

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

UNE GOUVERNANCE RENOUVELÉE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX JUIN 2022

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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

Québec, le 10 juin 2022

Monsieur le Ministre,

Le 29 mars 2022, le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* était lancé par le gouvernement du Québec afin d'offrir à tous les Québécois et Québécoises une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des soins. Ce plan pose les jalons d'une série de changements, notamment en ce qui a trait à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) : pour un réseau plus humain, plus autonome et plus agile.

Dans le cadre de ce plan et conformément au mandat qui m'a été confié, je vous présente le rapport diagnostic sur la gouvernance du RSSS. Préparé avec le soutien de différents partenaires et de mes équipes, vous y trouverez un portrait des principaux défis rencontrés en matière de gouvernance, mais également des recommandations et des pistes de réflexion en termes d'organisation du travail et de redéfinition des rôles entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et son réseau.

Le rapport diagnostic rend compte de certaines difficultés vécues, mais révèle également la capacité du ministère et du RSSS à revisiter son mandat et les efforts récemment déployés en ce sens. J'espère que ces réflexions sur l'amélioration continue de la performance du RSSS contribueront à la démarche en cours pour améliorer notre réseau de soins de santé et de services sociaux et, plus précisément, au regard de sa gouvernance.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

ORIGINAL SIGNÉ

Dominique Savoie

Table des matières

1. Contexte	1
1. Mandat	2
2. Résumé de la démarche	2
2.1 Veille des modèles d'organisation à l'échelle nationale et internationale	4
3. Apprentissages de la pandémie	8
3.1 Les bons coups	8
3.2 Les défis rencontrés	10
4. Les effets découlant de la réforme de 2015	11
5. Diagnostic et constats	13
5.1 La gestion de proximité	13
5.2 L'expérience usager et les relations employeur-employé(e)s	14
5.3 La gouvernance	16
5.4 La coordination entre le MSSS et le RSSS	20
6. Conclusion et remerciements	23
ANNEXE 1	26
Structure du réseau	26
ANNEXE 2	28
Tableau illustrant l'ampleur des responsabilités des PDG	28
ANNEXE 3	31
Liste des principaux documents consultés	31
ANNEXE 4	32
Liste des recommandations	32

1. Contexte

Le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* (ci-après le Plan santé) amorce un virage majeur dans l'organisation des soins de santé au Québec. Il vise à offrir à tous les Québécois et Québécoises une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité des soins.

Au cours des dernières années et particulièrement dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, la configuration actuelle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a révélé certaines lacunes. Par ailleurs, bien avant la pandémie, le RSSS présentait déjà des difficultés, notamment en matière d'accès aux soins de santé et de pénurie de main-d'œuvre dans un contexte de vieillissement de la population, d'accroissement des besoins, d'une vétusté des systèmes d'information et d'accès difficile aux données. De nombreux rapports produits par les experts en ont d'ailleurs fait la démonstration au fil des ans.

Comme le relève le Plan santé, la pire crise jamais vécue au Québec a exacerbé les défis et les vulnérabilités existantes du RSSS, notamment en ce qui a trait à sa gouvernance. Néanmoins, elle a également permis de démontrer qu'il est possible d'y orchestrer de vrais changements. En effet, dans le contexte de l'urgence sanitaire, de nouvelles instances de coordination ont été déployées. De plus, afin de faciliter la prise de décision et de renforcer l'imputabilité, des gestionnaires de proximité ont été désignés dans chaque CHSLD.

Ainsi, de premiers gestes ont été posés dans une approche de décentralisation et d'optimisation de la prise de décision. Ces premiers jalons ont permis d'envisager des changements, devenus nécessaires.

1. Mandat

Le mandat confié à M^{me} Dominique Savoie, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, vise à réaliser un diagnostic et à dégager des pistes de réflexion en matière de gouvernance, d'organisation du travail et de redéfinition des rôles entre le MSSS et son réseau sur la base des défis rencontrés au cours des dernières années et des leçons apprises de la pandémie. L'objectif est d'identifier des pistes de solution concrètes qui pourront guider les actions au cours des prochains mois afin de réaliser les changements nécessaires à l'adaptation et l'évolution de la gouvernance du RSSS pour la mettre au service de l'accessibilité, de la performance et de la fluidité des soins et des services et de s'assurer de l'exécution du Plan santé.

2. Résumé de la démarche

Les constats et les recommandations de ce rapport prennent appui sur une consultation menée auprès de différents partenaires, ainsi que sur une revue de littérature non exhaustive des modèles de gouvernance au Canada et à l'étranger et des constats tirés par M^{me} Savoie depuis son entrée en fonction à titre de sous-ministre au MSSS.

Au terme de la démarche, les personnes et les groupes suivants ont été consultés dans le cadre d'entrevues semi-dirigées :

- Les présidents-directeurs généraux (PDG) des CISSS et des CIUSSS;
- Les sous-ministres adjoints et associés du MSSS, actuels et anciens;
- Certains partenaires reconnus pour leur connaissance du réseau et en matière de gouvernance;
- Le Regroupement provincial des comités des usagers, le Conseil pour la protection des malades et l'Alliance pour les patients en santé;
- Le Regroupement des médecins pour la décentralisation du RSSS;
- Différents groupes syndicaux et associations médicales.

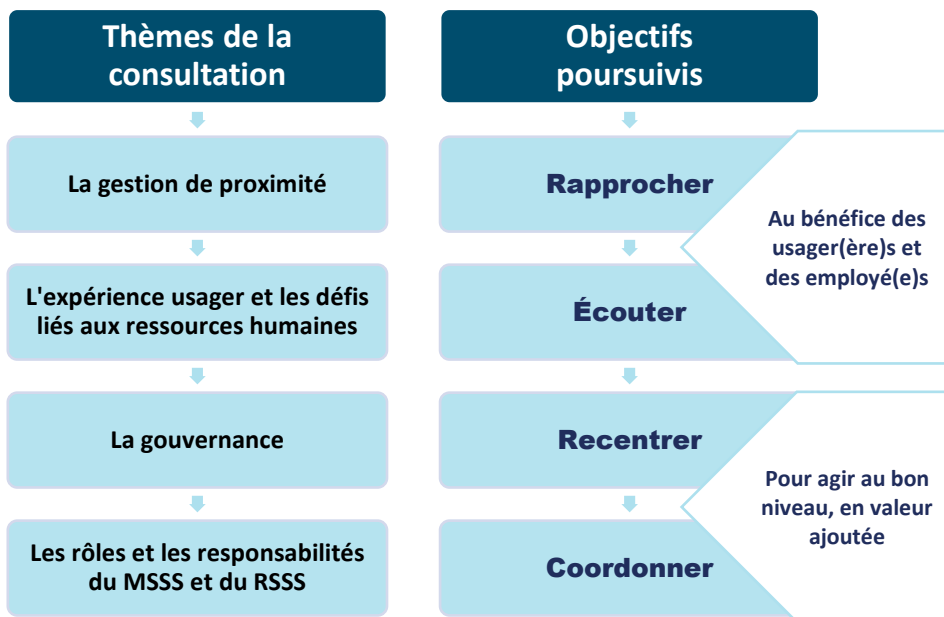
Par ailleurs, des consultations ad hoc et complémentaires sont également venues alimenter la rédaction du présent rapport. De même, différents documents ont aussi été consultés, dont la liste complète figure à l'annexe 3. Parmi eux, soulignons :

- Le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, lancé par le gouvernement du Québec le 29 mars 2022;

- Le rapport *Le devoir de faire autrement : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*, publié en janvier 2022 par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Particulièrement, nous tenons à relever l'apport du CSBE qui contribue, par ses connaissances et son expertise, à éclairer la prise de décision gouvernementale pour un système de santé pérenne, agile et performant. Son rapport a grandement inspiré nos réflexions notamment par son approche axée sur la valeur.

Les principaux constats présentés aux sections suivantes s'appuient sur les apprentissages de la pandémie et les acquis à préserver de la réforme amorcée en 2015.

Les enjeux et les recommandations qui sont ensuite présentés s'articulent autour des quatre thèmes abordés lors des consultations et poursuivent quatre grands objectifs :

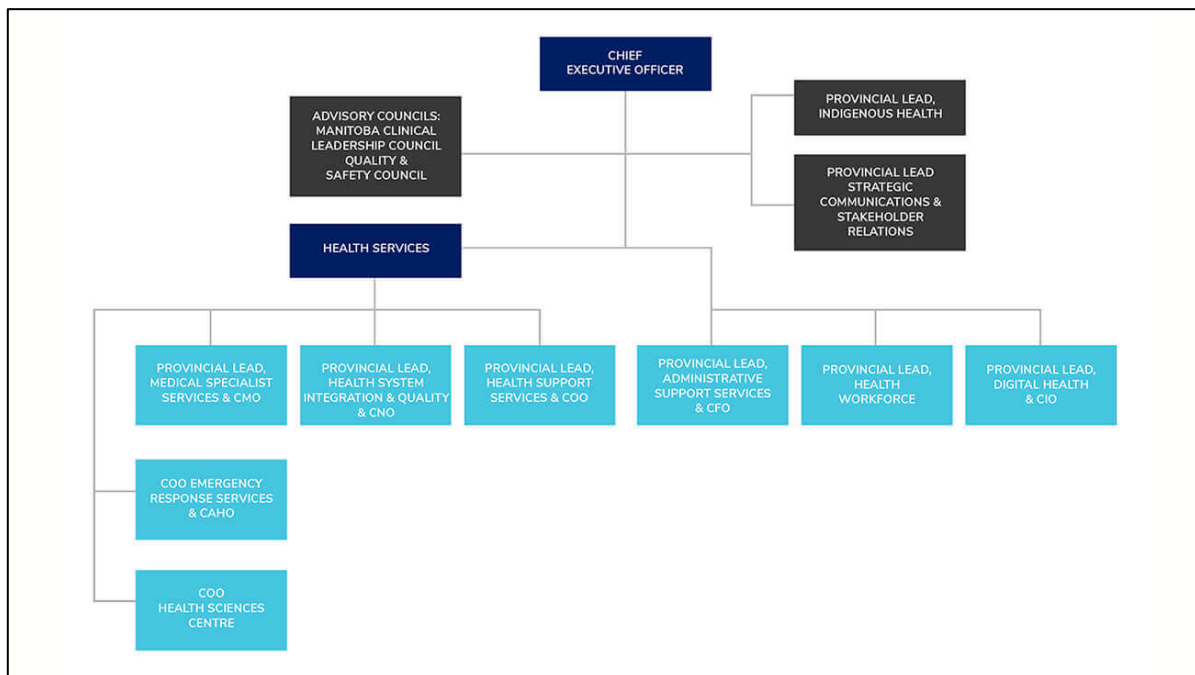


2.1 Veille des modèles d'organisation à l'échelle nationale et internationale

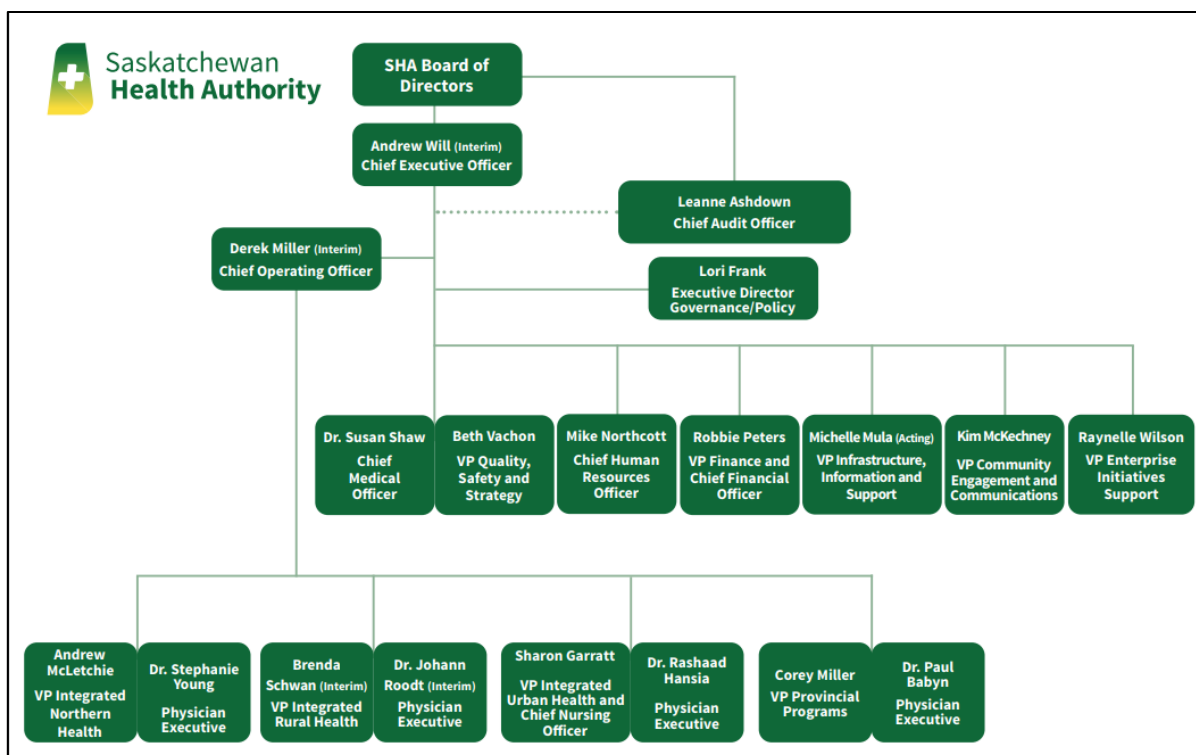
Outre les consultations mentionnées précédemment, une analyse sommaire des modèles d'organisation à l'échelle internationale et nationale a également permis d'alimenter les réflexions ayant mené à la rédaction de ce rapport.

Centralisation et décentralisation : les tendances 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. À ce moment, 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 11 à 5. Et récemment, cette province a créé une organisation provinciale unique – Shared Health – permettant de centraliser 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, la Saskatchewan, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont toutes trois remplacé, dans les dernières années, leurs autorités régionales par une seule autorité à l'échelle provinciale.



Source : Structure organisationnelle, *Shared Health* Manitoba <https://sharedhealthmb.ca/about/organizational-structure/>

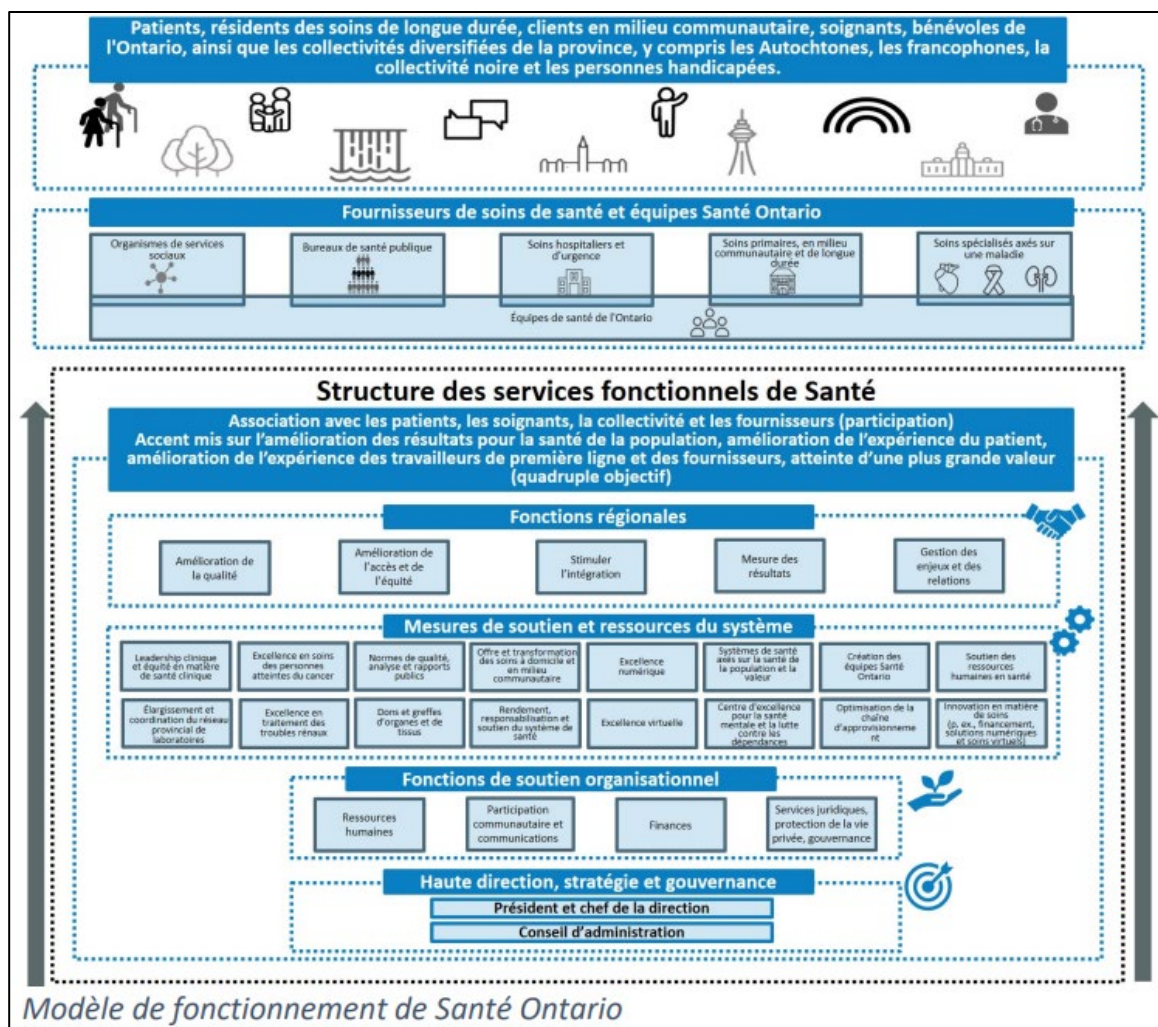


Source : Structure organisationnelle, Saskatchewan Health Authority <https://www.saskhealthauthority.ca/sites/default/files/2022-02/ELT-Org-Chart.pdf>

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, l'Agence 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 santé¹.

¹ 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>



Source : https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-09/OH_OpModel%20and%20OrgStructure_Internal_Sep92020_FR.pdf

Le Québec a aussi suivi cette tendance en abolissant les agences de la santé et des services sociaux, qui constituaient le palier régional. Ainsi, le 1^{er} avril 2015, le système de santé et de services sociaux est passé de trois à deux paliers de gouvernance. Le RSSS comprend alors 22 CISSS ou CIUSSS, 7 établissements non fusionnés et 5 établissements desservant une population nordique et autochtone (annexe 1). Les fonctions et les responsabilités qui étaient dévolues aux agences ont été partagées, d'une part, entre le MSSS et, d'autre part, entre les nouveaux établissements issus de la fusion des établissements publics d'une région et de l'agence de cette région.

Centralisation et décentralisation : les tendances à l'échelle internationale

De façon globale, les comparaisons internationales en matière de gouvernance ne permettent pas de dégager une tendance prédominante en matière de déplacement des responsabilités². 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. Mentionnons ici quelques exemples :

- **Australie** : En 2015, création 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 du 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 public, 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 santé mentale, ainsi qu'un nouveau réseau de soins de première ligne permettant une meilleure intégration des pratiques.

² The Commonwealth Fund, *Profils de pays : profils des systèmes de soins de santé internationaux*, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries>.

En somme, aucune province ni aucun pays ne semble avoir mis en place le système le plus optimal, notamment pour des raisons de partage des compétences. Bien que l'approche populationnelle du Québec semble nous rapprocher davantage de ce qu'on observe dans les pays scandinaves, il apparaît que plusieurs de leurs modèles ne pourraient être transposables ici. Nous retenons également de cette brève analyse une tendance à la création d'instances intermédiaires de gouverne qui, conjuguées à l'élargissement du rôle et de l'autorité du palier central au regard de l'élaboration de politiques et d'orientations, permettent d'attribuer les fonctions relatives à la prestation des services sous la responsabilité d'instances décentralisées.

Par ailleurs, considérant l'actuel mandat qui vise l'adaptation et l'évolution de la gouvernance du RSSS, notre regard se porte davantage dans une perspective d'évolution naturelle du réseau plutôt que de révolution. Le RSSS ayant été fragilisé par la pandémie, une attention particulière est accordée à cet aspect afin d'éviter de le déstabiliser davantage.

3. Apprentissages de la pandémie

3.1 Les bons coups

La pandémie a mis en lumière de belles réussites qui nous inspirent dans la présente réflexion. Elles nous amènent à revoir et ajuster nos façons de faire dans les prochaines années afin de tirer profit et préserver l'agilité et la marge de manœuvre qu'elles ont permis de dégager. Mentionnons principalement les réalisations suivantes³ :

- Formation accélérée de plus de 9 000 préposées dans les CHSLD;
- Recours à la télésanté;
- Mise en place d'une information de gestion reposant sur des données en temps réel;
- Utilisation des informations de gestion pour suivre les projets (tableau de bord de gestion);
- Adoption de solutions technologiques efficaces et agiles;
- Ajustement vers une gouvernance plus locale : déploiement d'un gestionnaire imputable dans chaque CHSLD, création d'un centre de commandement de Montréal pour une meilleure fluidité de l'information et désignation d'un responsable de la vaccination au sein des établissements;
- Mise en place d'unités de coordination responsables de l'expérience client (p. ex. : vaccination);

³ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p. 23

- Mise en place d’une équipe consacrée au MSSS pour le suivi et la coordination des dossiers prioritaires;
- Liens resserrés avec le RSSS : augmentation de la fréquence des rencontres de gestion permettant de créer un sentiment d’appartenance entre les PDG et les équipes du MSSS.

Ces différentes initiatives ont d’ailleurs été soulignées dans la majorité des échanges tenus lors des consultations.

La mise en place réussie d’une campagne de vaccination sans précédent⁴

Un des grands succès de la pandémie est la campagne de vaccination menée au Québec. Soulignée par les acteurs consultés dans le cadre de la présente démarche, la campagne de vaccination québécoise a aussi rayonné ailleurs dans le monde. Parmi les conditions de réussite, mentionnons la mobilisation sans précédent de l’ensemble des acteurs du RSSS, des pharmacies communautaires, des entreprises et des citoyens et citoyennes qui se sont impliqués via la plateforme web *Je contribue*, tous motivés par un objectif commun : une offre de service rapide et adaptée dans un effort collectif de vaccination.

En adéquation avec les constats présentés dans le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, nous retenons également des leçons importantes de cette campagne pour laquelle l’usager a été placé au cœur de la prise de décisions.

Au point de vue de la gouvernance nationale, il nous apparaît important de s’inspirer des apprentissages réalisés et de voir à les transposer dans d’autres contextes :

- Une prise de rendez-vous simplifiée avec Clic Santé et la capacité d’adapter l’offre à la demande afin de répondre aux besoins, et ce, dans de courts délais;
- Le déploiement de centrales d’appels consacrées à la vaccination;
- L’utilisation de la technologie pour mettre en œuvre de nouvelles façons de faire, notamment l’évaluation à distance par des infirmières en retrait préventif;
- Un personnel dont le nombre était en adéquation avec l’ampleur de la tâche à accomplir;

*En plus des étudiants inscrits à certains programmes, **23 professions** ont pu contribuer aux activités de **dépistage** plutôt que les 5 habituellement autorisées; **39 professions** ont contribué à l’effort de **vaccination** plutôt que les 6 habituellement autorisées.*

⁴ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p. 24

- Le décloisonnement des actes réservés à différents ordres professionnels (vaccination, dépistage, constats de décès, rôle accru des pharmaciens, etc.), qui a permis d’atteindre une cadence de plus de 700 000 doses par semaine au plus fort de la campagne;
- Une logistique adaptée et bien huilée;
- Un modèle d’affaires préconisant de la marge de manœuvre au regard de l’organisation du travail, permettant des adaptations régionales;
- Le déploiement de stratégies de vaccination en équipes mobiles et en cliniques éphémères a permis d’améliorer l’accès pour toutes les populations (Vaccin-O-Bus déployés dans certaines régions du Québec, cliniques dans des parcs);
- Une coordination centrale et régionale, par la création des directions de vaccination et d’équipes spécifiques dans tous les établissements du RSSS, qui a permis de favoriser une cohérence dans l’offre de services;
- Une disponibilité en temps réel de données granulaires qui a permis de suivre les résultats et agir rapidement sur la performance et ajuster la stratégie de communication auprès des groupes cibles.

3.2 Les défis rencontrés

La pandémie a aussi mis en lumière des défis importants au regard des ressources humaines qui ont été au cœur des préoccupations et qui ont limité la capacité d’intervention du RSSS :

- La pénurie de main-d’œuvre;
- Le recours à la main-d’œuvre indépendante;
- L’encadrement des conventions collectives et le manque d’agilité qui en découle (exemple : lourdeur des processus de dotation, absence de levier permettant d’avoir accès à une main-d’œuvre en continu (*Je contribue*), etc.);
- Le cloisonnement des professions;
- Les conditions d’exercice des travailleurs de la santé (conciliation travail-famille, lourdeur des tâches administratives, recours au temps supplémentaire obligatoire, etc.).

De plus, la lourdeur sur le plan de la gouvernance et des structures administratives a nui à une réponse rapide sur le terrain. Cette lourdeur s’est accompagnée dans certains cas d’une confusion quant aux missions des différentes instances, rendant floue la ligne entre les orientations et les opérations.⁵ Bien que des problèmes spécifiques ont été rencontrés à différents niveaux, mentionnons les difficultés de coordination vécues à Montréal et celles propres à la Santé publique. Elles ont d’ailleurs été identifiées dans le rapport *Diagnostic de la*

⁵ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p. 9

coordination des activités de santé publique et de prévention des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal.

Alors que la stratégie de dépistage, les enquêtes épidémiologiques et les activités de vigie constituaient les pierres angulaires de la lutte contre la pandémie en santé publique, le manque d'uniformité dans les pratiques a entraîné une iniquité dans les services offerts à la population, démontrant l'importance de se doter d'un « encadrement » commun.

De même, la désuétude des systèmes d'information s'est fait sentir ainsi que leur non-interopérabilité, rendant quasi impossible la gestion de la pandémie en temps réel. Cette difficulté d'accès à une information de qualité en temps opportun a grandement affecté la capacité de réaction du système au début de la pandémie.

La configuration actuelle du RSSS selon laquelle les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont responsables d'assurer le développement et le bon fonctionnement des soins et des services sur leur territoire a aussi montré ses lacunes dans la lutte contre la COVID-19. La responsabilité populationnelle des établissements comme prévu dans la loi s'est concrétisée de manière inégale entre les établissements et les régions. Citons l'exemple du soutien apporté aux milieux de vie (RPA, CHSLD), qui a été très variable selon les ressources de chacun des CISSS et des CIUSSS.

4. Les effets découlant de la réforme de 2015

Sommairement, rappelons que la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* suggérait de modifier l'organisation du RSSS par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques. Ainsi, elle proposait la création d'un établissement à mission élargie pour chaque région sociosanitaire, issu de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et de l'ensemble des établissements publics de la région. Des particularités ont été prévues pour certaines régions en raison de leur réalité géographique, démographique et socioculturelle.

Les modifications législatives de la réforme de 2015 visaient aussi à instaurer une nouvelle gouvernance. La Loi confie la direction des nouveaux établissements à un président-directeur général nommé par le ministre qui est secondé, dans ses fonctions, par un président-directeur général adjoint.

Les différents entretiens réalisés auprès des acteurs clés du RSSS ont permis de relever certains constats qui découlent des changements apportés aux structures de gouvernance en 2015, notamment :

- Une certaine amélioration de la communication et de la cohésion dans le réseau par le regroupement des installations d'un territoire sous un même établissement.
- Une réduction des bris de services en raison de l'intégration de ces derniers.
- Une plus grande collaboration entre les différentes installations d'un même territoire.
- Des échanges plus fluides entre le MSSS et son réseau en raison de la réduction du nombre d'interlocuteurs, qui ont été particulièrement utiles en contexte de pandémie.

Bien que la réforme de 2015 ait permis certaines avancées, elle a également généré des difficultés. Parmi celles-ci, les acteurs consultés ont soulevé l'abolition des gestionnaires de proximité. Cette révision de la gouvernance locale a d'ailleurs entraîné une perte de l'identité des employé(e)s envers leur établissement, de leur sentiment d'appartenance et, conséquemment, de la mobilisation collective sans compter une lenteur accrue pour prendre des décisions et régler les problèmes au quotidien.

D'autres problèmes ont également persisté au-delà de cette réforme et se sont même accentués en contexte de pandémie. Leur considération est incontournable et donne un sens encore plus grand aux propositions qui découleront de la présente démarche :

- 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 interétablissement.
- Les établissements non fusionnés contribuent à l'offre de services de façon inégale.

À la lumière de ces constats, la gouvernance doit se renouveler sous la forme d'une évolution naturelle du système, de manière à corriger certaines lacunes persistantes autour des grands thèmes mentionnés précédemment. Toutefois, il faudrait absolument éviter de déstabiliser les structures comme en 2015. Dans les prochaines sections, nous aborderons cette problématique, plus spécifiquement en regard des responsabilités des établissements ainsi que des disparités et

des inégalités interrégionales. Cette analyse vise à dégager des pistes de solutions porteuses, axées sur la création de valeur pour les usagers, notamment en matière d'accessibilité et d'efficience des soins et services.

5. Diagnostic et constats

5.1 La gestion de proximité

Rappelons qu'avec la réforme de 2015, de nombreux postes de gestionnaire ont été abolis. La gestion de proximité avec le personnel, la clientèle et les parties prenantes en a grandement souffert. La majorité des acteurs rencontrés observent une grande perte au regard du sentiment d'appartenance des employé(e)s et une diminution marquée de la fierté organisationnelle. Plusieurs ont mentionné la nécessité de décentraliser certaines actions et pratiques de ressources humaines (par exemple : faire participer le personnel aux décisions liées à leur organisation du travail, permettre la délivrance des cartes d'employés et des permis de stationnement localement, par installation). Aussi simples que ces pratiques puissent paraître, leur décentralisation pourrait avoir une influence significative sur le sentiment d'appartenance des employé(e)s, pour qui le CISSS ou le CUISSS semble parfois bien éloigné des réalités locales.

Les problèmes de mobilisation, de qualification et de disponibilité de main-d'œuvre affectent également le RSSS de manière significative et n'aident pas à la rétention des employé(e)s. Cette pénurie exacerbe la nécessité de mettre de l'avant des stratégies de maintien en emploi et de mobilisation, notamment en rapprochant la prise de décisions plus près des employé(e)s et en assurant une plus grande accessibilité et disponibilité des gestionnaires. Une gestion de proximité efficace favorisera un meilleur soutien aux équipes, facteur important de fidélisation, en plus de mieux superviser et coordonner la prestation des services offerts à la population sur le territoire. Cela permettra également de résoudre les problèmes au quotidien, notamment au regard de la gestion des niveaux de soins alternatifs (NSA), en plus d'établir un lien direct avec le personnel, les parties prenantes locales et les élus. Cette décentralisation pourra prendre plusieurs formes, déterminées par les établissements. Mais elle repose essentiellement sur une plus grande proximité des cadres intermédiaires avec leurs équipes opérationnelles afin d'identifier et déployer des solutions pour améliorer la coordination des services de proximité selon les besoins particuliers des territoires et des installations.

RAPPROCHER

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.

Cette décentralisation permettra aux établissements de se rapprocher des équipes et des clientèles et d'être plus autonomes dans l'identification des moyens appropriés pour atteindre les objectifs fixés.

5.2 L'expérience usager et les relations employeur-employé(e)s

Accorder une plus grande place à l'expérience patient est l'une des mesures phares du *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. L'expérience usager est aussi au cœur des motivations de l'ensemble des partenaires rencontrés puisque tous accomplissent leur mandat avec l'objectif ultime d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population. Au cours des dernières années, plusieurs instances se sont intéressées à l'amélioration des soins et services et les ressources pour l'apprécier se sont multipliées. Cette multiplication, tangible tant à l'échelle nationale (Agrément Canada, Protecteur du citoyen, Curateur public, Bureau du coroner) que dans les établissements (commissaires aux plaintes et à la qualité des services, comités des usagers, comités des résidents), génère une lourdeur qui n'est pas proportionnelle à ses retombées réelles sur la qualité des soins et services. La simplification de ces structures, leur arrimage et leur complémentarité nous apparaissent incontournables. Par ailleurs, bien que plusieurs de ces mécanismes prévoient une participation plus grande des usagers dans la détermination et l'élaboration des différents programmes, force est de constater qu'un changement de culture est nécessaire afin de se recentrer sur leurs besoins et, ainsi, s'inscrire davantage dans une réelle démarche de création de valeur.

Dans cette ère où la mesure, l'atteinte des résultats et la performance représentent des dimensions centrales à l'exercice optimal de la gouvernance, nous appuyons les constats que plusieurs nous ont partagés, à l'effet qu'une plus grande place devrait être accordée à la participation citoyenne dans les structures de gouvernance et à la nécessité de mesurer davantage et autrement l'expérience patient. Par exemple, on a proposé de systématiser une

approche d'évaluation de la satisfaction de la clientèle à chacune des étapes du parcours de soins et de développer des pratiques innovantes et contemporaines pour sonder l'appréciation des soins et des services reçus. Toute décision et tout nouveau développement en matière de santé et de services sociaux devraient être guidés par les bénéfices que pourront en tirer les usagers et la population.

Par ailleurs, les consultations réalisées ont aussi mis en évidence le besoin de clarifier le rôle des élus dans la structure de gouvernance. Puisqu'ils sont des acteurs importants assurant notamment le lien entre les établissements et la population, il apparaît nécessaire d'identifier le meilleur canal d'interaction avec eux. En étant à l'écoute et en interaction avec les élus, les établissements sont également à l'écoute de la population. Il importe toutefois d'identifier le bon intervenant, au bon endroit, au bon moment, pour canaliser et optimiser les efforts de communication. Créer des occasions propres à la reddition de comptes locale auxquelles les élus et la population peuvent se référer nous apparaît une bonne avenue à considérer pour optimiser leur implication.

ÉCOUTER

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).

ÉCOUTER

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.

Constats sur la relation employeur-employé(e)s

Puisqu'un personnel valorisé et en nombre suffisant constitue une condition indispensable pour l'atteinte des objectifs du *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*⁶, il importe d'accorder une place importante à l'écoute des employé(e)s du RSSS. Le gouvernement ayant formulé sa volonté de placer le personnel au centre de ses décisions, il apparaît nécessaire de prévoir des lieux d'échanges afin d'offrir à ce dernier l'occasion de se prononcer sur ses besoins à l'extérieur du cadre des négociations et sur des pistes de solution porteuses, réalistes et viables.

Les efforts requis par la gestion de la pandémie demandent beaucoup en énergie et en temps au personnel. Une attention particulière devrait donc être accordée à l'accompagnement de ces acteurs de la première ligne dans la mise en œuvre des changements afin de favoriser une transition en douceur.

ÉCOUTER

RECOMMANDATION 4

Être à l'écoute des employé(e)s 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.

5.3 La gouvernance

Les responsabilités des CISSS et des CIUSSS

Les nombreuses responsabilités assumées par les établissements du RSSS et leurs dirigeants méritent d'être soulignées. Ces derniers sont appelés à exercer leurs responsabilités auprès de multiples installations. Ils doivent notamment s'assurer de la qualité des soins et des services offerts aux clientèles et composer avec un cadre légal vaste et complexe. De plus, l'expérience client, l'expérience employé et la responsabilité populationnelle sont au cœur de tous les

⁶ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p. 35

processus d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la fluidité des services. Ils doivent aussi répondre de la gestion et du fonctionnement, et ce, en fonction des orientations ministérielles et de l'atteinte des résultats attendus. Les établissements sont également responsables de la planification de la formation et de la mobilisation de l'ensemble des ressources humaines. Ils assument par ailleurs des responsabilités de représentation auprès des différents partenaires de la communauté ainsi que des organisations et des associations locales, régionales et nationales. L'envergure de leurs responsabilités les empêche de se consacrer pleinement à l'offre et l'organisation des soins. Dans ce contexte, l'ensemble des responsabilités ne peuvent être toutes réalisées avec la même profondeur. On exige pourtant d'eux de tout maîtriser et de devoir continuellement conjuguer et s'adapter à de nouveaux contextes et de nouvelles priorités.

Les principales responsabilités dévolues aux établissements du RSSS sont donc multiples et, pour certaines, sans valeur ajoutée à être attribuées localement ou régionalement. De même, les plus petites régions peinent à assumer toutes les responsabilités par manque de ressources et de masse critique. Afin de pouvoir recentrer leur rôle vers l'organisation des soins, il apparaît nécessaire de dégager les établissements de certaines responsabilités, d'autant que quelques-unes d'entre elles pourraient gagner à être regroupées, tout en préservant les structures et les contours actuels du RSSS.

RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS DU RSSS ET DE SES DIRIGEANTS
<i>Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes.</i>
<i>Assurer un leadership fort, novateur et rassembleur au sein de l'établissement et des partenaires afin de répondre adéquatement aux besoins de la population de leur territoire.</i>
<i>Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales.</i>
<i>Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.</i>
<i>Faire siennes les attentes gouvernementales.</i>
<i>Atteindre les résultats et les engagements convenus à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI).</i>
<i>Assurer toute reddition de comptes demandée par le MSSS selon les paramètres exigés.</i>
<i>Actualiser toute nouvelle orientation, directive, ou tout nouvel engagement du ministre.</i>
<i>Mettre en place les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre budgétaire.</i>
<i>Planifier la formation et la mobilisation de l'ensemble des ressources humaines.</i>
<i>Veiller aux développements informatiques et à la gestion des infrastructures technologiques.</i>
<i>Assurer la gestion des infrastructures.</i>
<i>Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci.</i>
<i>Assurer les responsabilités en matière d'acquisitions (p. ex. : équipements de protection individuelle (ÉPI)).</i>
<i>Identifier et diffuser les bonnes pratiques cliniques.</i>

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Ententes de gestion et d'imputabilité 2021-2022, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003333/>

Dans ce contexte, mentionnons que la présente réflexion n’aborde pas l’ensemble des enjeux de gouvernance interne propre aux établissements. Elle s’inscrit davantage dans la définition de mécanismes à plus haut niveau. À titre d’exemple, le rôle des conseils d’administration (CA) des CISSS et des CIUSSS ne sera pas abordé dans ce rapport.

Clarification des rôles et responsabilités du MSSS et du RSSS

La pandémie a mis en évidence les problématiques découlant d’un manque de clarté dans le partage des rôles et responsabilités : enjeux de coordination entre le MSSS et le RSSS, au sein de la grande région de Montréal et à l’interne du MSSS; disparités et inégalités interrégionales, perméabilité de l’interface politico-administrative.

En 2008, l’ancien ministre Claude Castonguay constatait déjà que sur le plan de la gouvernance, un changement de culture s’imposait. Le MSSS était trop engagé dans la microgestion du système, les processus décisionnels procédaient du haut vers le bas, le contrôle budgétaire était strict et à courte vue et les missions des établissements n’étaient pas clairement définies⁷. La commissaire à la santé et au bien-être recommande également dans son rapport de janvier 2022 que le MSSS s’éloigne des opérations pour se concentrer sur son rôle de gestionnaire⁸.

La présente démarche nous mène aux mêmes constats et nous pousse à devoir clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs du RSSS pour les mettre au service de l’accessibilité, notamment l’accès à la première ligne, de la performance et de la fluidité des services. En parallèle, le temps est venu de recentrer la mission du MSSS sur la définition des objectifs et des orientations stratégiques, l’évaluation de la performance et le suivi des résultats.⁹

La situation exceptionnelle de la pandémie a exigé du MSSS une coordination plus serrée et plus opérationnelle des actions du RSSS au bénéfice des citoyens et citoyennes. Par exemple, c’est par une décision imposée par le Ministère que tous les citoyens et citoyennes ont pu profiter d’un accès unique à une offre de vaccination et de dépistage centralisée. Une situation similaire a pu être observée en matière de prévention et contrôle des infections, alors que la responsabilité de celle-ci a dû être confiée aux hauts dirigeants des établissements afin que toute l’importance qui lui était due lui soit accordée. La coordination des actions par le MSSS a aussi permis une mise en commun des ressources dans la région métropolitaine. Elle a également

⁷ Claude Castonguay, président du Groupe de travail sur le financement de la santé, février 2008.

⁸ Commissaire à la santé et au bien-être, *Le devoir de faire autrement*, Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19, janvier 2022.

⁹ Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, p.75.

permis aux citoyens et citoyennes de choisir leur service de vaccination, sans égard à leur lieu de résidence.

Avec le retour progressif à la normale, nous devons redonner aux bons niveaux leurs responsabilités respectives. Mais force est de constater qu'une coordination accrue des actions et des activités demeure nécessaire, au bénéfice des citoyens et citoyennes. Les établissements étant beaucoup plus à même de choisir les bonnes stratégies en vertu des caractéristiques propres à leur population, elle devrait toutefois être située plus près du RSSS, tout en étant capable de s'élever au-dessus des limites des établissements.

Les difficultés d'accès à une information de gestion de qualité en temps opportun ont aussi fait couler beaucoup d'encre et ont animé plusieurs débats, au moment où la pandémie happait le Québec de plein fouet. Une information disponible et fiable est nécessaire pour gouverner de manière efficace et efficiente. Des engagements forts ont d'ailleurs été pris dans le cadre du *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, dans l'optique d'effectuer un véritable virage en termes de modernisation technologique. Soulignons que les consultations réalisées nous ont permis d'aborder ces mêmes préoccupations, mais sous l'angle des établissements, et de révéler plusieurs pistes de réflexion à considérer, notamment au regard des mécanismes de circulation de l'information : multiplication des objets, des formats et des fréquences distinctes de redditions de comptes, questionnements relatifs à la portée et à la valeur ajoutée de certains suivis demandés, désuétude des systèmes d'information générant une contre-productivité des équipes qui doivent souvent compléter manuellement les redditions de comptes, etc.

RECENTER

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 au sein du réseau.

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.**

RECENTRER

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.

5.4 La coordination entre le MSSS et le RSSS

Bien qu'existant avant la situation de crise des dernières années, la disparité régionale et les inégalités qui en découlent ont été mises en évidence lors de la pandémie. Les limites des territoires géographiques des CISSS et CIUSSS peuvent représenter des freins à la fluidité des trajectoires de soins (limites à l'accès de certains services, gestion des NSA, gestion des locaux et des immeubles qui sont difficilement partageables entre les établissements, etc.). La pandémie a également dévoilé l'angle mort lié à la responsabilité populationnelle des établissements. Les liens entre les établissements et les RPA, les CHSLD privés, les organismes communautaires n'étaient pas bien implantés et ont exigé beaucoup de soutien de la part des établissements.

L'organisation actuelle des soins et des services ne tient pas toujours compte de ces disparités régionales, ce qui engendre parfois une incapacité des régions à répondre aux attentes et aux cibles du MSSS. On observe de plus un manque de mobilité dans les budgets, la gestion du parc immobilier, la gestion des projets technologiques, ce qui limite voire freine l'évolution du RSSS et sa capacité à répondre aux attentes. En découle également une disparité régionale dans l'offre de services aux usagers.

À une échelle plus locale, la pandémie a dévoilé au grand jour les problèmes de coordination dans les régions urbaines, particulièrement celles composées de plusieurs établissements et

spécifiquement celle de Montréal. Ces situations ont nécessité des ajustements rapides¹⁰. Rappelons ici la création d'un centre de commandement pour la région de Montréal (514-450) qui aura permis de s'assurer que les orientations soient bien opérationnalisées sur le terrain, de manière cohérente, permettant ainsi une adaptation rapide aux difficultés de cette région. Ces problèmes de coordination se situent à plus d'un niveau, et peuvent générer des obstacles de différents ordres. Malgré le rôle de concertation dévolu aux établissements urbains, nous avons pu constater que le rôle de coordination, quant à lui, est souvent contesté et alimenté par une perception de conflit d'intérêts et une non-reconnaissance du statut de coordonnateur.

Les défis propres aux régions éloignées ne sont toutefois pas à négliger. Bien que leurs difficultés diffèrent de celles observées en régions urbaines, une certaine forme d'arrimage et de soutien s'avère aussi nécessaire. Les difficultés soulevées justifieraient effectivement qu'une structure de coordination soit mise en place afin de soutenir l'identification de solutions porteuses pour ces régions aux prises avec des problèmes similaires. Une formule de soutien coordonné, notamment à l'égard des contraintes liées à la main-d'œuvre, devrait être envisagée.

Pour pallier certaines disparités et inégalités interrégionales, coordonner et concentrer certaines activités du réseau s'avère nécessaire (p. ex. : opérationnalisation des grands projets à l'instar de ce qui s'est fait pour la vaccination, projets informatiques, grands projets cliniques, etc.). La même logique devrait être appliquée à la gestion du parc immobilier et aux acquisitions. S'inspirant de ces actions porteuses déployées pendant la pandémie, l'instauration d'un niveau de coordination des opérations, tant au Québec que dans les établissements, apparaît comme une solution porteuse aux problèmes de concertation et d'offre de services inégale d'un territoire à l'autre.

La pandémie a entraîné la mise en place de formes nouvelles de coordination régionale et ministérielle permettant de régler différents problèmes en temps opportun et ainsi de faire des gains d'efficacité et de fluidité considérables. Les consultations menées auprès de certains partenaires ont fait ressortir leur efficacité et leur efficience : fréquence des rencontres du Comité de gestion du réseau (CGR), création d'un sentiment d'appartenance entre les PDG et les équipes du MSSS, soutien de la haute direction du MSSS et accessibilité des équipes ministérielles, un MSSS centré sur les orientations, dans une démarche tournée vers la gestion des priorités.

¹⁰ Ministère de la santé et des services sociaux, *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal*, 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>.

Afin de maintenir ces acquis, une réflexion sur la pérennisation de ces processus s'impose. Parmi les éléments de réflexion à considérer, notons, par exemple :

- Le rôle des tables nationales, leur pertinence et la fréquence de leurs rencontres;
- Le cheminement des orientations (CGR plutôt qu'etables nationales);
- Les communications entre le MSSS et le RSSS (difficultés d'interprétation);
- La coordination intraministérielle;
- Le partage et la mise à profit de toutes les connaissances générées par le RSSS.

COORDONNER

RECOMMANDATION 6

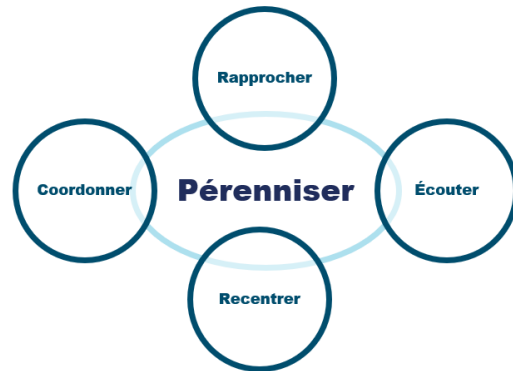
Créer une instance formelle de coordination et de supervision pour optimiser l'accès aux soins de santé et aux services sociaux et en améliorer la fluidité.

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.

6. Conclusion et remerciements

À la lumière des apprentissages tirés de la pandémie, des acquis et des défis de la réforme entreprise en 2015 et des constats observés, il convient de réaffirmer qu'une évolution majeure de la gouvernance des soins de santé s'avère essentielle à la mise en œuvre du Plan santé, au bénéfice des usagers et de l'accessibilité. Cependant, cette évolution devra se faire tout en assurant une certaine stabilité afin de ne pas plonger le RSSS dans un contexte d'insécurité qui serait délétère pour l'offre de services à la population. Ainsi, les recommandations proposées constituent, selon nous, les conditions nécessaires à cette transformation de la gouvernance. Elles sont orientées vers quatre objectifs principaux, auxquels nous ajoutons ici celui de « **pérenniser** ».



À cet effet, et toujours pour éviter de reproduire certains écueils de la réforme de 2015, précisons qu'une attention particulière devra être portée à l'accompagnement des acteurs concernés dans cette gestion du changement et, surtout, à l'introduction d'une transition en douceur auprès d'un RSSS fortement fragilisé au cours des réformes précédentes, mais également par la situation pandémique et sa gestion soutenue au cours des deux dernières années. Ce faisant, nous pourrons nous assurer de maximiser l'adhésion de ces acteurs, du maintien, voire de l'amélioration de l'offre de services, tout en visant l'atterrissage de cette proposition.

Les solutions sont connues, il faut passer à l'action. Nous croyons que des gestes peuvent être posés à court terme, soit à l'automne, notamment :

- en gestion de proximité;
- en créant une cellule de coordination décisionnelle au sein du réseau;
- en développant des indicateurs de performance basés sur la création de valeur.

Selon nos observations et les différents constats réalisés dans le cadre de ce mandat, mais également inspirés par ceux qui se sont penchés sur la grande question de la gouvernance en santé et services sociaux, il nous apparaît incontournable que le gouvernement réfléchisse à une révision de plus grande envergure des paliers de gestion actuels par la création d'une **nouvelle entité vers laquelle certaines responsabilités du MSSS et du RSSS seraient transférées, ce qui permettrait une coordination optimale**. Michel Clair abondait d'ailleurs dans ce sens et parlait déjà de concentration dans son rapport publié en 2001, *Les solutions émergentes – Rapport et*

recommandations (rapport Clair), en se demandant si « la structure ministérielle telle qu'on la connaît était toujours adaptée au contexte actuel pour agir comme principal instrument de gouverne en fait d'administration globale de l'offre de services »¹¹.

La création d'une entité neutre, pleinement imputable, très opérationnelle, orientée vers les résultats et la satisfaction des usagers et ayant pour mandat d'assurer le suivi, la coordination et l'intégration des dossiers prioritaires pourrait s'avérer aujourd'hui pertinente afin de combler les lacunes qui subsistent et alléger la tâche des établissements et des dirigeants, tout en dégageant le MSSS des actions courantes et opérationnelles du RSSS. Cette entité permettrait également d'améliorer la coordination interétablissements dans l'offre de services à la population. Ainsi, certaines responsabilités aujourd'hui partagées gagneraient à être regroupées afin d'en améliorer la coordination et de réduire les inégalités interétablissements. Rappelons, à titre d'exemple, la gestion des grands projets, la responsabilité de la vocation du parc immobilier, certaines fonctions transversales (RH, RF, RI, acquisitions) et les bonnes pratiques cliniques.

À l'abri des changements inhérents à la gestion d'un RSSS orienté sur les opérations, cette structure stable disposerait donc des moyens nécessaires pour assurer la continuité de ses travaux, nonobstant l'environnement complexe et dynamique dans lequel elle se situe.

S'inscrivant dans le même esprit de pérennisation, ces pistes de réflexion devront s'inscrire dans un contexte d'investissements additionnels et pourraient également impliquer des ajustements législatifs, selon les modèles retenus par le gouvernement.

*Ces changements nous apparaissent nécessaires pour un
réseau plus humain, plus performant.*

Considérant le délai imparti pour la rédaction de ce rapport, précisons que tous les secteurs d'activité n'ont pu être couverts. Les recommandations émises constituent donc une première étape, sachant que les travaux devront se poursuivre afin de dégager des orientations plus spécifiques pour tous les secteurs touchés.

Parmi ces prochaines étapes, rappelons les réflexions amorcées en juillet 2020, dans le cadre du mandat portant sur le *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal* et visant la **gouvernance en santé publique**. Celles-ci devront se poursuivre afin que soient revus le rôle et le niveau d'indépendance du directeur national de santé publique et pour ancrer davantage le rôle de la santé publique dans les CISSS et CIUSSS afin de permettre une plus

¹¹ *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Michel Clair, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>.

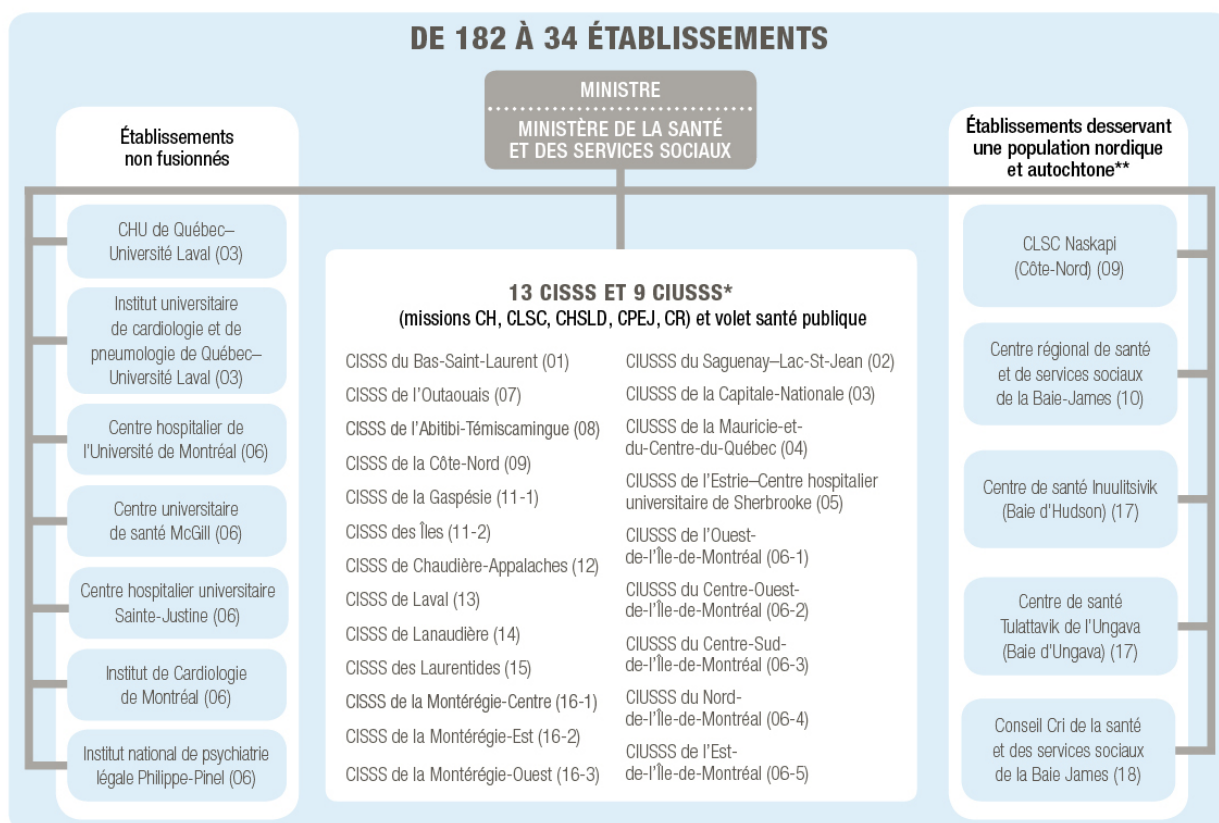
grande implication des directeurs régionaux de santé publique au sein de leurs établissements. La réflexion entourant **le rôle des CA** devra également être entreprise en lien avec les changements proposés.

Enfin, plusieurs éléments ont été soulevés dans le cadre du Plan santé, notamment en ce qui a trait à la gestion des **ressources humaines**. Les différents bons coups et défis vécus lors de la pandémie ont également été réaffirmés par les personnes consultées dans l'élaboration de ce rapport. Les échanges amorcés avec les différents partenaires se poursuivront au cours des prochains mois et plusieurs avenues seront à explorer afin de bien circonscrire ces défis et travailler à mettre en place des solutions pérennes, au bénéfice des employé(e)s et des usager(ère)s.

En terminant, nous tenons à remercier l'ensemble des acteurs et des groupes rencontrés dans le cadre de la présente démarche. Leur ouverture, leur transparence et leur volonté de cerner les véritables problèmes dans une perspective d'amélioration auront permis de guider nos réflexions vers des pistes de solution porteuses. Cette implication dans la réflexion constituera sans aucun doute un atout majeur, engendrant des acteurs de changement et facilitant l'adhésion aux recommandations et à leur mise en œuvre pour contribuer directement à cette évolution naturelle et incontournable du système de santé.

Structure du réseau

Le 1^{er} avril 2015, l'entrée en vigueur 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 (LMRSSS)* a permis la création d'une nouvelle structure du réseau.

ORGANISATION DU RÉSEAU DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL 2015

* Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, dans lesquelles on trouve les 9 CIUSSS (5 dans la région de Montréal, 1 dans la région de la Capitale-Nationale, 1 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1 dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et 1 dans la région de l'Estrie).

** À l'exception du CLSC Naskapi. Ces établissements ne sont pas visés par la LMRSSS.

Responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Réguler et coordonner l'ensemble du système de santé et de services sociaux;
- Déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application;
- Exercer les fonctions nationales de santé publique (surveillance de l'état de santé, promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé);
- Assurer la coordination interrégionale des services;
- S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- Répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles et voir au contrôle de leur utilisation;
- Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

Responsabilités dévolues à tous les établissements de la santé et des services sociaux :

- Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes;
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci;
- Réaliser des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention lorsque ces établissements ont une vocation universitaire;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes.

Responsabilités particulières dévolues aux centres intégrés :

- S'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- Planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales;
- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services (RTS) pour répondre aux besoins de la population;
- Assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) de leur territoire;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées.

Tableau illustrant l'ampleur des responsabilités des PDG

Nom d'établissement	Budget 2020-2021	ETC 2020-2021	Pop.	Territoire KM ²	# Installations	
CISSS du Bas-Saint-Laurent	679 711 717 \$	6 978	200 920	22 185	13 CHSGS 27 CLSC 16 CHSLD 9 CPEJ	17 CRDI 3 CRDP 1 CRD 5 CRJDA
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	883 972 107 \$	9 608	278 560	99 487	6 CHSGS 18 CHSLD 16 CLSC 6 CPEJ	14 CRDI 1 CRDP 8 CRJDA 2 CRD
CIUSSS de la Capitale-Nationale	1 313 835 534 \$	14 541	736 787	18 643	1 CHPSY 15 CHSGS 34 CHSLD 34 CLSC 9 CPEJ	41 CRDI 6 CRDP 17 CRJDA 8 CRMDA 9 CRD
CHU de Québec	1 120 478 560 \$	10 049	736 787	18 623	5 CHSGS	1 CHSLD
Inst. univ. cardio. et pneumo. de Québec – UL	249 909 507 \$	2 185	736 787	18 623	1 CHSGS	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	1 485 247 930 \$	15 236	510 163	42 369	18 CHSGS 34 CHSLD 47 CLSC 10 CPEJ 34 CRDI	13 CRDP 15 CRJDA 11 CRMDA 12 CRD
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	1 439 103 710 \$	15 477	476 108	12 724	19 CHSGS 32 CHSLD 37 CLSC 6 CPEJ	12 CRDI 10 CRDP 9 CRJDA 1 CRMDA 7 CRD
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	1 226 892 428 \$	12 887	527 085	127	13 CHSGS 17 CHSLD	2 CHPSY 9 CLSC
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	887 747 939 \$	9 087	368 740	184	3 CHPSY 6 CHSGS 12 CHSLD	5 CLSC 4 CPEJ 7 CRDI 17 CRJDA
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	812 559 557 \$	8 770	360 549	54	7 CHSGS 10 CHSLD 7 CLSC	1 CRDI 4 CRDP 28 CRJDA
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	1 402 878 370 \$	15 571	299 555	44	11 CHSGS 17 CHSLD 11 CLSC 10 CPEJ	21 CRDI 6 CRDP 3 CRD

Nom d'établissement	Budget 2020-2021	ETC 2020-2021	Pop.	Territoire KM ²	# Installations	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	944 553 088 \$	9 658	436 177	89	4 CHPSY 14 CHSGS	11 CHSLD 8 CLSC
CUSM	1 064 366 366 \$	9 107	360 549	54	6 CHSGS	1 CHSLD
CHUM	930 395 816 \$	8 249	299 555	44	6 CHSGS	
CHU Sainte-Justine	393 756 347 \$	4 177	360 549	54	2 CHSGS 1 CHSLD	2 CRDP
Institut de cardiologie de Montréal	170 422 350 \$	1 407	527 085	128	1 CHSGS	
INPL Philippe-Pinel	67 723 905 \$	771	527 085	128	1 CHPSY	
CISSS de l'Outaouais	856 470 155 \$	8 562	389 496	30 472	14 CHSGS 16 CHSLD 22 CLSC 7 CPEJ	6 CRDI 6 CRDP 4 CRJDA 5 CRD
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	503 731 046 \$	4 762	148 596	57 199	10 CHSGS 14 CHSLD 31 CLSC 6 CPEJ	10 CRDI 7 CRDP 3 CRJDA 7 CRD
CISSS de la Côte-Nord	367 668 212 \$	3 293	94 752	249 409	10 CHSGS 11 CHSLD 36 CLSC 9 CPEJ	8 CRDI 4 CRDP 2 CRJDA 8 CRD
CISSS de la Gaspésie	307 588 490 \$	2 932	80 353	20 085	9 CHSGS 9 CHSLD 18 CLSC 5 CPEJ	6 CRDI 6 CRDP 8 CRJDA 1 CRD
CISSS des Îles-de-la-Madeleine	57 567 395 \$	513	12 526	187	1 CHSGS 1 CHSLD	4 CLSC 1 CRDI
CISSS de Chaudière-Appalaches	1 008 297 768 \$	10 313	423 065	15 073	12 CHSGS 32 CHSLD 26 CLSC 8 CPEJ	17 CRDI 4 CRDP 10 CRJDA 2 CRD
CISSS de Laval	875 165 440 \$	8 835	429 430	246	7 CHSGS 7 CHSLD 8 CLSC 2 CPEJ	3 CRDI 1 CRDP 10 CRJDA 2 CRD
CISSS de Lanaudière	934 768 813 \$	10 367	502 846	12 308	8 CHSGS 15 CHSLD 22 CLSC 3 CPEJ	8 CRDI 6 CRDP 3 CRJDA 3 CRD

Nom d'établissement	Budget 2020-2021	ETC 2020-2021	Pop.	Territoire KM ²	# Installations	
CISSS des Laurentides	1 228 782 867 \$	12 613	595 202	20 545	21 CHSGS 20 CHSLD 30 CLSC 10 CPEJ	15 CRDI 8 CRDP 8 CRJDA 7 CRD
CISSS de la Montérégie-Centre	938 586 131 \$	9 250	401 486	1 390	18 CHSGS 12 CHSLD	9 CLSC 5 CRDP
CISSS de la Montérégie-Est	1 059 728 732 \$	11 578	523 227	3 481	7 CHSGS 19 CHSLD 16 CLSC	11 CPEJ 1 CRDP 16 CRJDA
CISSS de la Montérégie-Ouest	857 616 183 \$	8 198	423 065	3 714	10 CHSGS 11 CHSLD 38 CLSC	25 CRDI 16 CRDP 10 CRD

* Les installations des établissements regroupées et les sites non traditionnels créés dans le cadre de la pandémie sont inclus dans les données. Source : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002128/?&txt=capacit%C3%A9s&msss_valpub&date=DESC

Légende :

- CHPSY : Centre hospitalier de soins psychiatriques
- CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme
- CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique
- CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
- CRMDA : Centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation
- CRD : Centre de réadaptation en dépendance

Liste des principaux documents consultés

Agence Santé Ontario, salle presse – communiqué, *L'Ontario investit un milliard de dollars de plus pour élargir les soins à domicile*, 2022, [En ligne], <https://news.ontario.ca/fr/release/1002107/lontario-investit-un-milliard-de-dollars-de-plus-pour-elargir-les-soins-a-domicile>.

Commissaire à la santé et au bien-être, *Le devoir de faire autrement*, Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19, [En ligne], 2022, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE_Resume_exec_rapport_final.pdf.

Gouvernement du Québec, *En avoir pour notre argent*, [En ligne], 2008, https://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf.

Gouvernement du Québec, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, [En ligne], 2022, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal*, [En ligne], 2020, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Ententes de gestion et d'imputabilité 2021-2022*, [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003333/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, [En ligne], 2004, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le système de santé et de services sociaux au Québec – En bref*, [En ligne], 2017, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations (Rapport Clair)*, [En ligne], 2001, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Répartition des capacités et des services autorisés au permis par installation : fiche technique*, [En ligne], 2018, modifié 2022, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002128/>.

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

Liste des recommandations

RAPPROCHER**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.

Cette décentralisation permettra aux établissements de se rapprocher des équipes et des clientèles et d'être plus autonomes dans l'identification des moyens appropriés pour atteindre les objectifs fixés.

ÉCOUTER**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).

ÉCOUTER**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.

ÉCOUTER

RECOMMANDATION 4

Être à l'écoute des employé(e)s 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.

RECENTRER

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 au sein du réseau.

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.

COORDONNER

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.**

