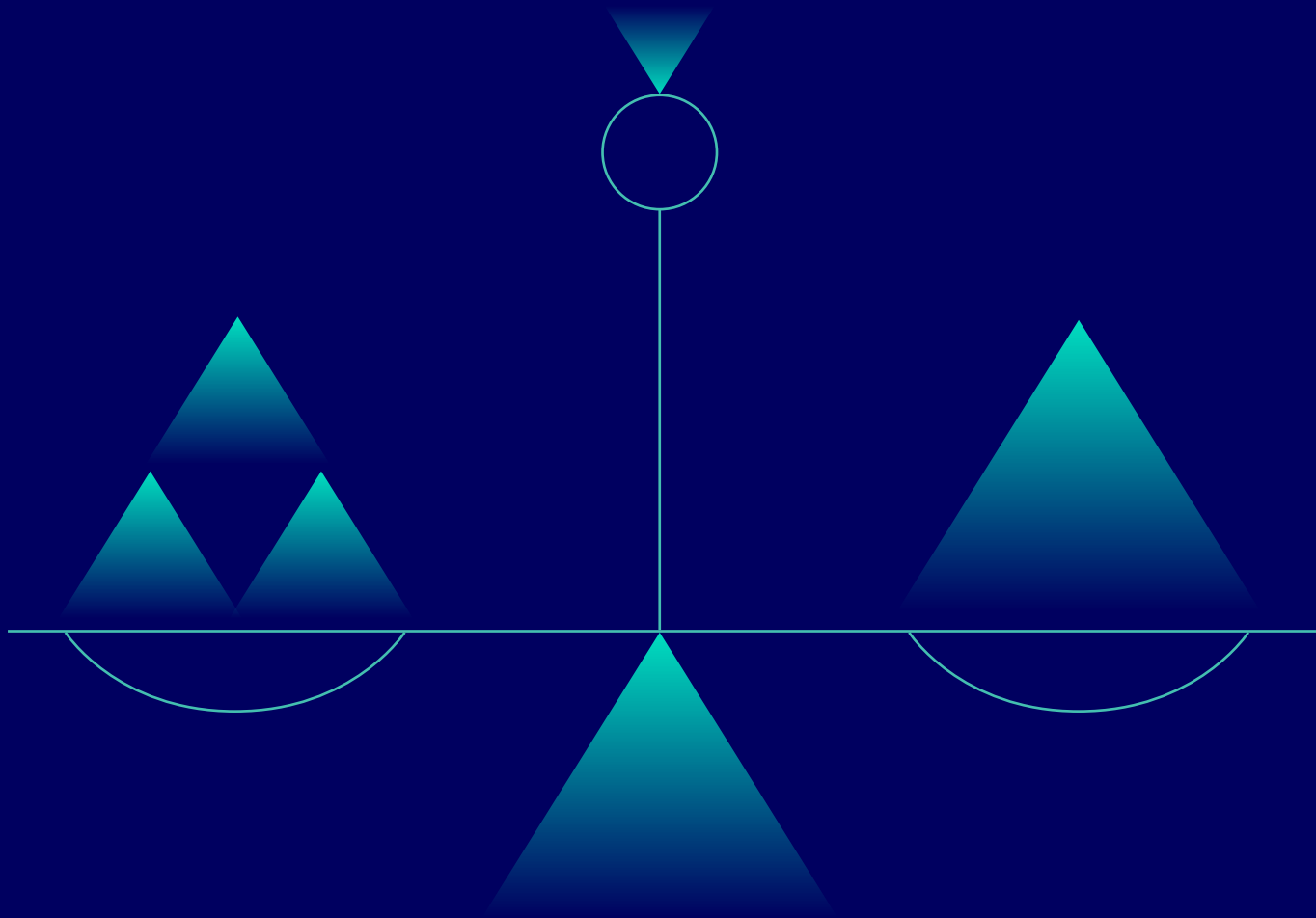




RÉÉQUILIBRER LES PRIORITÉS

Rapport de performance 2025-2026
du système de santé et de services sociaux

TABLES DES MATIÈRES

Mot de la commissaire	4
Sommaire	6
Introduction	12
Évaluer la valeur générée par le système de santé et de services sociaux en soutien à la prise de décisions	13
1. Ce qui compte pour la population est clair	15
1.1. Les priorités de la population sont sans ambiguïté	15
1.2. L'approche de santé populationnelle répondrait en grande partie à ces attentes	16
1.3. Les Premières Nations et Inuit expriment des attentes spécifiques en matière de droits, de sécurisation culturelle et d'autodétermination	17
2. L'écart entre les attentes à l'égard du système et le rendement perçu affecte la confiance de la population	18
2.1. La population exprime peu de satisfaction par rapport à ses priorités	18
2.2. L'insatisfaction laisse supposer un enjeu de confiance et de légitimité	20
3. Des services spécialisés forts et des défis persistants	22
3.1. Les forces du système	24
3.2. Les faiblesses du système de santé et de services sociaux	28
3.3. Des angles morts du système	37
4. La viabilité du système menace sa pérennité	38
4.1. La part de la santé dans le budget gouvernemental est de plus en plus importante	38
4.2. La quantité de services rendus par habitant diminue	39
4.3. La suffisance et le maintien du capital humain et des ressources matérielles sont préoccupants	40
5. Politiques publiques : un défi considérable de mise en œuvre	42
6. Agir maintenant pour préserver la capacité du système à créer de la valeur	49
Chantier 1 – Consolider et intensifier le virage vers la santé populationnelle	49
Chantier 2 – Rééquilibrer l'organisation des services pour répondre à ce qui crée de la valeur pour la population	50
Chantier 3 – Rendre les décisions du système plus transparentes	51
7. Bibliographie	52
8. Annexe : Principales lois et politiques publiques consultées pour l'analyse par thèmes transversaux	56

MOT DE LA COMMISSAIRE

Au moment où se multiplient les transformations du système de santé et de services sociaux, le rôle du Commissaire à la santé et au bien-être prend tout son sens. J'ai la responsabilité de rendre compte chaque année de la performance du système pour en mesurer les résultats, mais surtout pour en éclairer la cohérence, la soutenabilité et la valeur produite pour la population du Québec.

La dernière année s'inscrit dans une période charnière. Le Québec investit dans une réforme ambitieuse de sa gouvernance du système de santé et de services sociaux, affirme un virage vers la prévention et la santé populationnelle, tout en évoluant dans un contexte budgétaire tendu, marqué par la rareté des ressources humaines et la pression croissante des besoins. Aurions-nous frappé le mur tant redouté? Si la création de Santé Québec et la réorganisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) témoignent d'une volonté d'efficacité, nos analyses laissent supposer que la pérennité du système demeure fragile. Les contraintes budgétaires, sans modifications dans l'organisation des services, limitent la capacité du réseau à continuer à répondre aux besoins, ce qui peut mettre à l'épreuve la promesse d'équité.

Pourtant, une vision commune se dessine, celle d'un système davantage axé sur la santé populationnelle, où les acteurs partagent un objectif collectif : améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, et non uniquement soigner les maladies. Cette vision, désormais largement acceptée et de plus en plus présente dans les orientations publiques, appelle une transformation profonde : mieux soutenir la première ligne, renforcer la proximité, miser sur la promotion, la prévention et la collaboration intersectorielle. Elle suppose notamment des marges de manœuvre réelles à travers une décentralisation, qui redonne aux milieux les leviers nécessaires pour agir, innover et s'adapter aux réalités territoriales.



Je constate aussi que le potentiel du réseau public demeure considérable. Les équipes font preuve d'un engagement remarquable et les intervenantes et intervenants sont reconnus pour leur compétence et leur humanisme. Mais ces forces ne suffisent pas à compenser les fragilités structurelles : le système est encore trop centré sur l'hôpital, peu outillé pour la prévention et insuffisamment arrimé aux autres acteurs — communautaires, municipaux, sociaux — qui influencent la santé et le bien-être au quotidien.

Dans cette perspective, l'évaluation annuelle du Commissaire vise certes à porter un jugement sur la valeur, mais elle sert aussi à interroger la direction que prend notre système. Produisons-nous réellement la valeur attendue pour la population? Nos politiques soutiennent-elles effectivement la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises? Sommes-nous en mesure de préserver la confiance du public dans l'un des biens collectifs les plus précieux du Québec : son système de santé et de services sociaux?

Les données des différents travaux rassemblées dans ce rapport reconnaissent un changement de cap. Centrer le système sur le maintien de la santé et le bien-être de la population, plutôt que sur l'augmentation de la quantité de services, s'inscrit dans une orientation de plus en plus présente, qui met l'accent sur la santé populationnelle et la création de valeur pour la population. C'est une condition importante pour mieux concilier les dimensions de la performance et produire les résultats de santé et de bien-être attendus.

En terminant, je tiens à souligner la contribution des membres du Forum de consultation 2022-2025, qui ont terminé leur mandat en juin 2025. Leurs délibérations ont nourri l'évaluation présentée dans ce rapport, en contribuant à ancrer les constats du Commissaire dans les priorités exprimées par la population. Je souhaite la bienvenue à la nouvelle cohorte 2025-2028.

La commissaire

Joanne Castonguay



SOMMAIRE

Ce rapport propose une **évaluation de la valeur** générée par le système de santé et de services sociaux du Québec sous quatre angles :

- Ce que la population considère comme prioritaire;
- Ce que les données sur les résultats montrent;
- Ce que les politiques publiques annoncent;
- Ce que l'analyse de la cohérence entre les attentes, les résultats et les politiques révèle.

Le Commissaire évalue si le système de santé et de services sociaux produit les résultats qui comptent pour la population, ce qu'il désigne comme la *valeur*. Deux constats doivent être posés d'emblée : le système contribue à améliorer la santé de la population, et la compétence comme l'engagement des professionnels sont reconnus. Les fragilités observées relèvent davantage de l'organisation du système que du travail de ceux qui y œuvrent.

Ce que la population considère comme prioritaire

Les consultations publiques (Forum du Commissaire, sondage, veille des organisations de la société civile) ont permis de dégager un portrait d'ensemble cohérent de ce qui compte pour la population. Celle-ci souhaite un système capable de garantir l'accessibilité, la continuité des parcours, l'équité, l'efficacité et une responsabilité à l'égard de la santé de la population, y compris en amont, par la prévention et une attention aux conditions de vie. Pour les organisations des Premières Nations et Inuit, les priorités ciblent le respect des droits, la sécurisation culturelle et l'autodétermination.

Les travaux du Commissaire soulèvent deux questions d'alignement :

1

L'alignement entre les priorités de la population et ce qu'elle perçoit recevoir est faible

La population veut des soins accessibles, conviviaux, continus et humains. Or, elle se montre peu satisfaite de l'accessibilité, de la convivialité des processus organisationnels et de la continuité des soins et des services, malgré une perception positive de l'humanisme des soins. **Ce désarrimage expose le système à une perte de satisfaction, avec un risque d'érosion de la confiance.**

2

Les services spécialisés sont forts, mais des défis persistent

Les données montrent que le système influence favorablement la santé de la population et que les services spécialisés sont excellents. Toutefois, les secteurs impliquant une coordination soutenue ou une prise en charge longitudinale, comme la santé mentale et certains services généraux, présentent davantage de défis.

La viabilité du système menace sa pérennité

Au cours de la période analysée (2015-2023), la croissance moyenne des dépenses publiques de santé et de services sociaux était plus élevée que celle des revenus consolidés du gouvernement et du PIB. Pendant cette même période, la quantité de services par habitant des principaux secteurs de services de santé a diminué et, en général, l'accès aux services ne s'est pas amélioré. Les ressources humaines sont insuffisantes et les ressources matérielles, vieillissantes. **Assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux exigera des transformations profondes de son organisation** alors que le budget qui lui est accordé est contraint au taux de croissance du PIB.

Politiques publiques : un défi considérable de mise en œuvre

Les politiques publiques adoptées ou actualisées en 2024 et en 2025 affichent une ambition structurante et une volonté claire de transformation : améliorer la performance et l'efficacité du système, renforcer la cohérence organisationnelle, accroître la responsabilité populationnelle et mieux répondre aux besoins.

Une dynamique de transformation est engagée par une forte utilisation des leviers de gouvernance normatifs et structurels : réorganisations, clarification des responsabilités, encadrement de pratiques, multiplication de cadres et d'orientations, centralisation de certaines fonctions et standardisation de secteurs ciblés. Cependant, des leviers essentiels pour assurer cette transformation méritent une attention soutenue : appropriation, accompagnement, apprentissage organisationnel, boucles de rétroaction, arrimage transversal.

La capacité réelle de transformation est un défi considérable

La direction d'ensemble des politiques publiques semble cohérente, mais la capacité réelle de transformation du système dépendra de la lisibilité, du séquençage, des ressources d'implantation et de la capacité d'absorption du système. La capacité de mener de front de tels changements alors que le système est déjà sous forte tension en raison du manque chronique de ressources présente un défi considérable.



Trois chantiers prioritaires

À partir de ces constats, le Commissaire conseille au gouvernement d'entreprendre trois chantiers. Le premier soutient une orientation claire vers la santé populationnelle et se concrétisera à plus long terme. Les deux autres devraient être mis en place à court terme.

Chantier

1

Consolider et intensifier le virage vers la santé populationnelle

Objectif : Améliorer la santé de la population, mieux répondre à ses besoins et assurer la pérennité du système

Le Commissaire recommande au gouvernement :

- d'engager un rééquilibrage progressif et mesurable de l'allocation des ressources en faveur de la promotion, de la prévention, des soins de proximité et des fonctions de coordination;
- de renforcer la santé publique dans l'action de première ligne pour agir sur les déterminants de la santé;
- de mobiliser les professions en santé et en services sociaux dans une logique de responsabilité populationnelle partagée;
- d'intensifier les initiatives intersectorielles locales, régionales et nationales avec des partenaires communautaires, municipaux et sociaux;
- de donner aux acteurs territoriaux les marges de manœuvre nécessaires pour adapter l'offre de services aux réalités locales et aux dynamiques démocratiques de leur milieu;
- de soutenir l'innovation organisationnelle et la coconstruction intersectorielle d'initiatives qui répondent aux besoins des milieux, en donnant aux acteurs territoriaux les leviers pour agir, innover et s'adapter;
- d'inciter et d'améliorer le soutien aux populations marginalisées et de diminuer les iniquités;
- de planifier le développement intégré de données en soutien à la santé populationnelle.



Chantier**2****Rééquilibrer l'organisation des services pour répondre à ce qui crée de la valeur pour la population**

Objectif : Accroître la valeur produite par le système et la réponse aux besoins prioritaires de la population

Le Commissaire recommande au gouvernement :

- de prioriser les investissements qui améliorent directement l'expérience de la population relativement à la navigation et à la continuité des soins et des services;
- de renforcer les services de proximité et de maintien de l'autonomie comme pivot du système : un point d'entrée stable et accessible pour tous, offrant des soins et des services coordonnés, de la prévention à la réadaptation;
- d'identifier et de réduire les interventions à faible valeur ajoutée pour libérer des marges de manœuvre au bénéfice de la promotion, de la prévention et des services de proximité;
- de mesurer et de publier régulièrement la valeur produite par le système, incluant des mesures tirées de bases de données médico-administratives, des PREMs (mesures des résultats rapportés par les patients), des PROMs (mesures de l'expérience rapportée par les patients) et des mesures de la satisfaction de la population.



Chantier

3

Rendre les décisions du système plus transparentes

Objectif : Faire des choix éclairés, soutenables et légitimes dans un contexte de ressources limitées

Le Commissaire recommande au MSSS :

- d'explicitier les arbitrages : identifier publiquement les choix entre des besoins et des priorités concurrents et documenter les critères utilisés pour guider la prise de décision;
- de solliciter la contribution citoyenne à différents moments stratégiques décisionnels;
- d'assainir l'environnement normatif : simplifier et clarifier les politiques en place, clarifier le portefeuille de politiques publiques existant et s'assurer que toute nouvelle politique tient compte de ce qui est déjà en cours.



INTRODUCTION

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

C'est dans cette conjoncture que le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « le Commissaire ») exerce sa mission : apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux afin de fournir à la population et aux décideurs les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement.

Ce rapport propose une évaluation de la valeur générée par le système de santé et de services sociaux du Québec sous quatre angles :

- Ce que la population considère comme prioritaire;
- Ce que les données sur les résultats montrent;
- Ce que les politiques publiques annoncent;
- Ce que l'analyse de la cohérence entre les attentes, les résultats et les politiques révèle.



Évaluer la valeur générée par le système de santé et de services sociaux en soutien à la prise de décisions

Le Commissaire propose de passer d'une évaluation du système de santé et de services sociaux centrée sur les délais, les volumes et les budgets à une approche axée sur la valeur.

Le système de santé et de services sociaux peut très bien atteindre ses objectifs sans produire de valeur pour la population. Il est performant s'il atteint les objectifs qu'il s'est donnés. Cependant, il ne génère de la valeur que s'il répond aux besoins prioritaires et aux attentes de la population en tenant compte des ressources dont il dispose et des valeurs de la société. Un système qui ne crée pas suffisamment de valeur génère de l'insatisfaction et une perte de confiance envers lui.

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

Quand on parle de « performance », on pense aux délais d'attente, aux volumes de services, aux budgets ou aux cibles d'une organisation. Le Commissaire propose de déplacer le regard vers la valeur pour orienter la transformation du système. Cette notion implique que le système soit conçu, piloté et évalué en fonction des résultats significatifs pour la population, tout en tenant compte des ressources limitées et des attentes sociales élevées.

La valeur¹ d'un système de santé et de services sociaux correspond à l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société. Un système crée de la valeur lorsqu'il :

- améliore la santé et le bien-être de la population;
- répond aux besoins et aux priorités de la population;
- assure sa viabilité;
- agit de manière équitable et efficiente;
- favorise la protection sociale et la durabilité environnementale.

1. Cette définition de la valeur, issue des travaux du Commissaire, fait l'objet d'une publication dont la parution est prévue au printemps 2026 (CSBE, s.d.-c).

Piloter un système de santé et de services sociaux implique d'assurer sa viabilité en considérant les priorités et les valeurs de la population, les capacités du système, les résultats atteints et les perspectives démographiques et économiques.

Rendre explicite l'ensemble de ces éléments permet d'éclairer les choix collectifs à effectuer. À défaut de cette explicitation, ces choix à faire se traduisent par des arbitrages implicites ou méconnus, ce qui contribue à des incohérences ou à des échecs.

Une bonne gouvernance implique d'informer, de consulter et d'écouter la population; d'analyser les données et de publier les résultats; de faire des choix et de soutenir le changement ainsi que d'assurer la cohérence dans la transformation.

L'évaluation de la valeur constitue :

- un mécanisme d'**imputabilité** transparent envers la population;
- un levier pour soutenir l'alignement entre les résultats du système, les choix de gouvernance et de gestion, et les priorités de la population;
- une façon de rendre plus explicites les tensions et les arbitrages qui traversent les décisions, notamment en matière d'accès, d'équité, de viabilité, de saine utilisation des fonds publics et de durabilité environnementale.

Cette approche d'évaluation de la valeur vise à rendre l'évaluation plus compréhensible, plus transparente et plus utile au débat public pour soutenir les arbitrages nécessaires afin de garantir la pérennité de notre système.



1. CE QUI COMPTE POUR LA POPULATION EST CLAIR

Le Commissaire a mobilisé trois sources pour documenter ce qui compte pour la population : son Forum de consultation, un sondage réalisé auprès de plus de 4 600 répondants et une veille d'organismes de la société civile. Bien que distinctes dans leur nature, ces sources font ressortir des éléments largement convergents quant aux priorités de la population.

1.1. Les priorités de la population sont sans ambiguïté

Quatre grandes priorités se dégagent :

- Accéder plus facilement à des services de qualité, qui améliorent concrètement la santé et le bien-être, tout en soutenant l'autonomie et l'équité.
- Agir davantage en amont sur les conditions de vie.
- Renforcer une gouvernance de proximité et une capacité de pilotage transparentes; préserver une architecture de solidarité soutenable.
- Répondre à l'exigence transversale de respect des droits, de sécurisation culturelle et d'autodétermination pour les Premières Nations et Inuit.

Les sources d'information consultées permettent de distinguer deux niveaux complémentaires : des résultats jugés prioritaires (amélioration de la santé, accès, qualité, convivialité, autonomie, équité, etc.) et des conditions nécessaires à leur réalisation (moyens et modalités jugés nécessaires).

Les priorités exprimées sont l'amélioration de la santé, la qualité des soins et services, l'accès en temps opportun, la continuité et la coordination des parcours, l'équité et l'absence de discrimination, le maintien de l'autonomie, particulièrement chez les personnes âgées, ainsi qu'un virage plus marqué vers la prévention et les déterminants de la santé.

Ces priorités s'expriment comme une attente simple : pouvoir obtenir les bons soins au bon moment, offerts de façon humaine, continue et équitable, avec une information compréhensible, permettant d'éviter aux personnes usagères de se perdre dans le système.

Le sondage du Commissaire, réalisé en 2024 auprès de plus de 4 600 répondants, précise ces priorités. Ceux-ci accordent une importance élevée à l'ensemble des 11 dimensions de la valeur. Parmi les dimensions jugées les plus importantes, on note l'efficacité des soins (leur capacité réelle à améliorer la santé), la qualité des soins (compétence professionnelle, conformité aux meilleures pratiques), l'accès en temps opportun, la convivialité du système et l'humanisme des soins.

Ces priorités s'accompagnent d'inquiétudes qui en éclairent la lecture. Plusieurs regroupements d'acteurs de la société civile évoquent la fragilisation des conditions de vie : logement, alimentation et revenu, entre autres. Ils soulignent également son impact direct sur la santé. D'autres décrivent les difficultés d'accès, les délais, des parcours jugés complexes et une pression accrue liée à la santé mentale. Des préoccupations de gouvernance reviennent aussi : centralisation perçue, participation citoyenne jugée insuffisante, place grandissante du privé, pérennité du financement du milieu communautaire ainsi que des préoccupations exprimées par des organismes quant à la fragilisation de leur autonomie.

1.2. L'approche de santé populationnelle répondrait en grande partie à ces attentes

L'ensemble de ces attentes converge vers des principes généralement associés à l'approche de santé populationnelle, telle que décrite dans la littérature et certaines orientations gouvernementales (CSBE, 2025b). Cette approche vise à maintenir et à améliorer la santé de toute la population, à répondre aux besoins exprimés et non exprimés, et à offrir une gamme complète de soins coordonnés, de la promotion et de la prévention jusqu'à la réadaptation et au maintien de l'autonomie des personnes.

Concrètement, elle suppose :

- un système qui agit en amont des problèmes et qui soutient des initiatives intersectorielles répondant aux besoins des milieux;
- une première ligne forte, organisée par territoires, qui coordonne les soins tout au long du parcours et soutient le maintien de l'autonomie des personnes;
- une santé publique qui participe à la compréhension des besoins territoriaux par des données sociodémographiques et sanitaires;
- une offre de soins et de services adaptée aux besoins régionaux et locaux, organisée par sous-groupes populationnels dont les besoins et les caractéristiques sont similaires;
- un système qui inclut la population et des représentants des personnes usagères dans ses décisions.

La santé populationnelle comme levier de création de valeur. Plus un système améliore la santé et le bien-être de sa population de manière efficiente, plus il crée de la valeur. L'approche de santé populationnelle vise de meilleurs résultats de santé pour une

population, encourage des interventions efficaces et préventives, et permet d'optimiser l'utilisation des ressources.

Pour le Forum de consultation, l'orientation vers un système de santé populationnelle apparaît importante pour mieux aligner l'organisation du système sur les besoins réels et évolutifs des populations (CSBE, 2025a).

Le Forum : un espace délibératif. Le Forum constitue un pilier central de la démarche du Commissaire. Composé de personnes citoyennes et expertes provenant d'horizons variés et de diverses régions du Québec, il permet d'approfondir les enjeux au-delà des réactions spontanées. Les membres examinent des informations, confrontent des perspectives, reconnaissent les tensions et explicitent les arbitrages possibles. Un enseignement transversal se dégage : ce qui fonde la valeur du système tient à sa capacité à garantir l'accessibilité, la continuité des parcours, l'équité et une responsabilité à l'égard de la santé de la population – y compris en amont, par la prévention et une attention aux conditions de vie.

1.3. Les Premières Nations et Inuit expriment des attentes spécifiques en matière de droits, de sécurisation culturelle et d'autodétermination

Des attentes spécifiques sont formulées par des organisations Premières Nations et Inuit, autour du respect des droits, de la sécurisation culturelle et de l'autodétermination, ainsi que des enjeux d'accessibilité linguistique et culturelle et, dans certains cas, des enjeux liés au logement et à l'autonomie.

Plus largement, plusieurs citoyens insistent sur la reconnaissance des réalités culturelles et linguistiques et sur la participation des communautés aux décisions qui les concernent. Ces attentes rappellent que la valeur se juge aussi par la capacité du système à répondre de façon juste, pertinente et sécurisante à des réalités distinctes.

2. L'ÉCART ENTRE LES ATTENTES À L'ÉGARD DU SYSTÈME ET LE RENDEMENT PERÇU AFFECTE LA CONFIANCE DE LA POPULATION

Les priorités de la population se résument ainsi : pouvoir obtenir des soins et des services de qualité, qui améliorent leur santé, au bon moment, offerts de façon humaine, continue et équitable, avec une information compréhensible, permettant d'éviter aux personnes usagères de se perdre dans le système. La population sondée se montre peu satisfaite de l'accessibilité, de la convivialité des processus organisationnels et de la continuité des soins, malgré une perception relativement positive de l'humanisme des soins. **Ce désarrimage expose le système à une perte de confiance, avec un risque d'érosion de sa légitimité.**

2.1. La population exprime peu de satisfaction par rapport à ses priorités

Dans son évaluation réalisée au moyen d'un sondage de la satisfaction de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux, le Commissaire arrive à la conclusion qu'il existe un écart entre les priorités exprimées par la population et le niveau de réponse perçue du système.

Le sondage montre que **les répondants accordent une importance élevée à l'ensemble des 11 dimensions de la valeur** évaluées, avec des niveaux moyens de priorité entre 8,2 et 9,1 sur 10 pour chacune d'entre elles (CSBE, s. d.-b). Les scores concernant **les rendements perçus varient entre 5,2 et 7,9 sur 10, des taux relativement faibles en majorité.**

Parmi les cinq dimensions jugées les plus importantes par les répondants, l'efficacité, la qualité et l'humanisme des soins sont les mieux perçues.



- **L'efficacité** désigne la capacité des soins et des services à améliorer la santé et la qualité de vie, ainsi qu'à réduire les symptômes ou les problèmes.
- **La qualité des soins** désigne, par exemple, la compétence professionnelle, des soins appropriés et conformes aux meilleures pratiques, des conseils pour prévenir les récidives.
- **L'humanisme** désigne une approche selon laquelle les services, les lieux de soins et les relations avec les personnes usagères sont empreints de valeurs telles que l'empathie, l'écoute, la dignité, le respect, la confidentialité et la liberté de choix.

Les deux autres dimensions, soit la convivialité et l'accessibilité en temps opportun, sont perçues comme ayant les rendements les plus faibles.

- **La convivialité** fait référence à la facilité avec laquelle une personne peut accéder au système de santé et de services sociaux, obtenir l'information dont elle a besoin et naviguer entre les différents services. Elle repose sur des processus simples, une communication claire et des transitions fluides pour la personne usagère.
- **L'accessibilité en temps opportun** fait référence à l'obtention de soins et de services dans des délais jugés raisonnables.

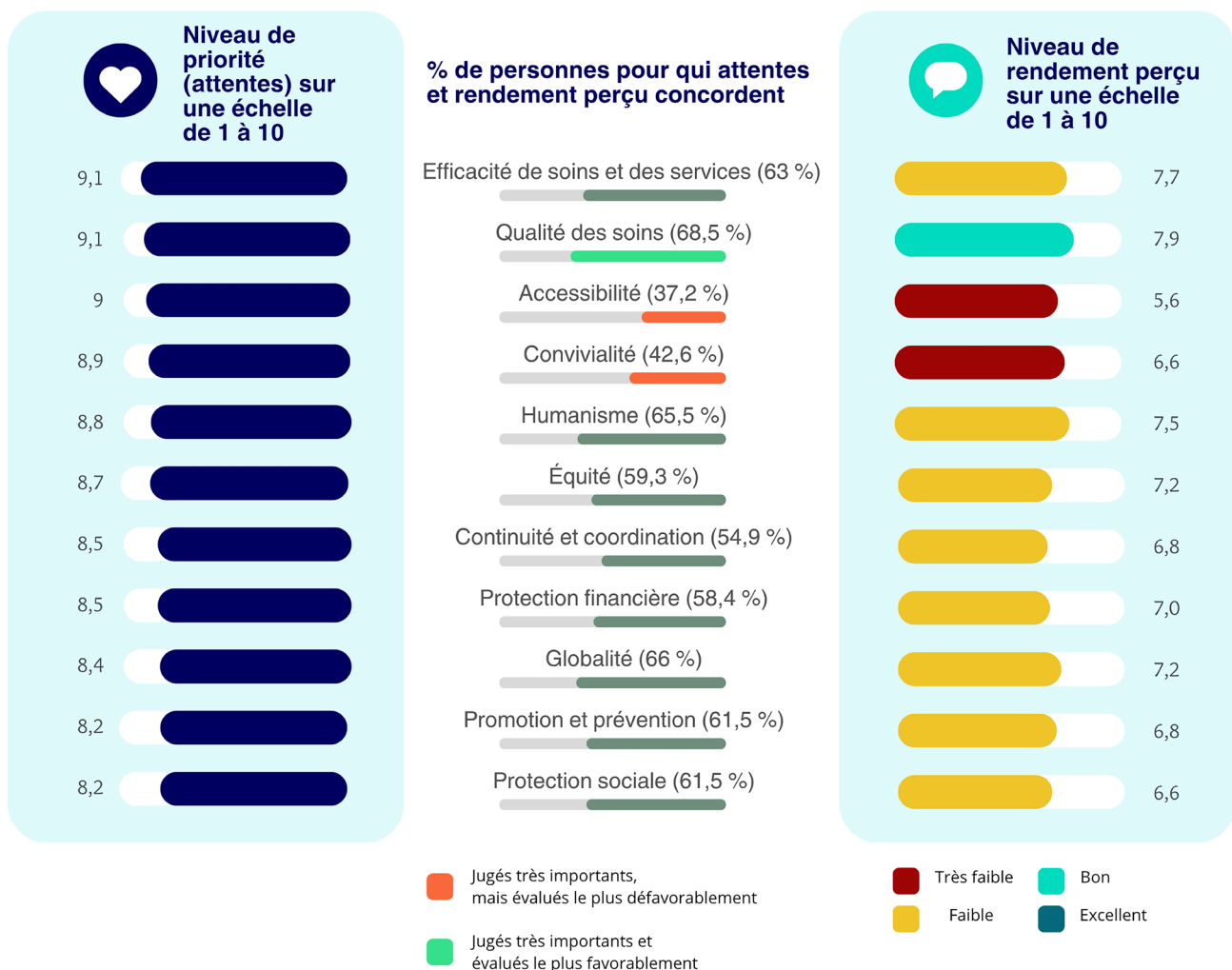
L'enjeu est lié au fait que la convivialité du système et l'accessibilité sont prioritaires (8,9 et 9 sur 10) alors qu'elles reçoivent les niveaux de satisfaction les plus bas. En effet, la convivialité du système reçoit un niveau de satisfaction moyen de 6,6 sur 10 et l'accessibilité en temps opportun, de 5,6. Ces résultats indiquent que la capacité de la population à entrer dans le système de santé et de services sociaux, à y naviguer et à le comprendre est problématique.



2.2. L'insatisfaction laisse supposer un enjeu de confiance et de légitimité

La satisfaction à l'égard du système est mesurée en comparant ce que les personnes estiment recevoir avec ce qu'elles considèrent comme important. Lorsque les résultats correspondent globalement à leurs attentes (avec une marge d'environ 15 %), on peut considérer que le système est jugé satisfaisant.

Pourcentage de personnes pour qui il y a correspondance entre les attentes et le rendement perçu du système de santé et de services sociaux



Les faibles pourcentages de personnes pour qui il y a correspondance entre le niveau de priorité et le rendement perçu indiquent un enjeu de satisfaction de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux. Cet enjeu semble relativement peu lié aux interactions cliniques entre les professionnels et les personnes usagères, mais apparaît particulièrement saillant en ce qui concerne le fonctionnement organisationnel du système.

La confiance découle de l'alignement entre les attentes sociétales et la perception de la réponse institutionnelle, et est fortement déterminée par la satisfaction (Papanicolas et al, 2022; Levesque et Sutherland, 2020; Neill et al., 2007). La satisfaction de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux devrait donc être appréhendée comme un indicateur de la valeur perçue du système : elle reflète l'alignement (ou le décalage) entre les priorités exprimées et la perception de la réponse institutionnelle. Ainsi, un système qui répond aux besoins et aux priorités de la population génère de la satisfaction et de la confiance à l'égard de l'institution. Cette dernière peut être décrite comme la conviction que le système sera accessible, navigable et offrira des soins coordonnés, humains et de qualité en cas de besoin (Straten et al., 2002; Van der Schee et al., 2006). La confiance envers l'institution est influencée à la fois par les expériences vécues lors des interactions avec les représentants du système et par des facteurs plus larges, tels que les représentations médiatiques (Straten et al., 2002).

**Si l'alignement se fragilise,
la confiance peut s'éroder,
même lorsque plusieurs
indicateurs demeurent favorables.**



3. DES SERVICES SPÉCIALISÉS FORTS ET DES DÉFIS PERSISTANTS

Les données montrent que le système influence favorablement la santé de la population et que les services spécialisés sont excellents. Toutefois, les secteurs impliquant une coordination soutenue ou une prise en charge longitudinale, comme la santé mentale et certains services généraux, présentent davantage de défis.

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

Par ailleurs, les données renforcent l'hypothèse d'un système de santé et de services sociaux principalement structuré autour d'interventions curatives, moins à l'aise pour répondre à des enjeux tels que le développement des enfants, les troubles de santé mentale ou l'accompagnement de problématiques chroniques.

Autrement dit, le système est fort là où il est historiquement structuré, mais fragile là où l'expérience, l'accessibilité et la coordination sont déterminantes pour la valeur. Cette fragilité n'annule pas les forces observées, mais met plutôt en relief un enjeu d'équilibre.

Il faut noter que les indicateurs présentés dans les sections qui suivent ont été retenus pour illustrer les principaux constats sur la performance du système de santé et de services sociaux. D'autres indicateurs publiés sur la plateforme numérique [Grand repères](#) complètent les données présentées.



Forces, faiblesses et angles morts : une évaluation du système à partir de jugements et de tendances

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

Pour chaque indicateur de résultat pour lequel des données comparables étaient disponibles, l'écart en pourcentage entre la valeur observée au Québec et une balise d'excellence a été calculé, en privilégiant les comparaisons internationales. Les jugements sont effectués par un groupe d'experts pour chaque dimension et sous-dimension évaluée en fonction d'un groupe d'indicateurs.

Jugement par groupe d'indicateurs :

- **À MAINTENIR** : indique une performance globalement adéquate, pour laquelle les efforts doivent être maintenus;
- **À AMÉLIORER** : reflète un bilan mitigé, où certains aspects sont satisfaisants, mais d'autres nécessitent des améliorations;
- **À CORRIGER** : signale une performance globalement faible, nécessitant des changements importants.

Tendances observées dans le temps par indicateur :

La comparaison des données sur plusieurs années permet de distinguer trois tendances de l'évolution du résultat d'un indicateur :

↗ **S'améliore**

↘ **Se détériore**

Demeure stable

La méthodologie de construction des jugements est présentée en détail sur la plateforme Grands repères dans l'onglet Méthodologie.

 <https://grandsreperes.com/grands-reperes/methodologie>

3.1. Les forces du système

Des résultats de santé globalement favorables

Le système de santé et de services sociaux contribue à améliorer la santé de la population, mais il n'est pas le seul déterminant. Plusieurs relèvent de l'environnement social, économique et physique, ainsi que de facteurs individuels, tels que le comportement ou la génétique.

L'espérance de vie à 65 ans est excellente et parmi les meilleures au monde. Certains indicateurs liés à la capacité du système à réduire la mortalité prématurée montrent aussi une performance satisfaisante et des améliorations au fil du temps. Le Québec se situe au deuxième rang parmi les provinces canadiennes pour son taux de décès évitables.

Espérance de vie

À MAINTENIR

Les Québécois bénéficient d'une excellente espérance de vie à 65 ans ainsi que d'une excellente espérance de vie en bonne santé à 65 ans, toutes deux en progression.

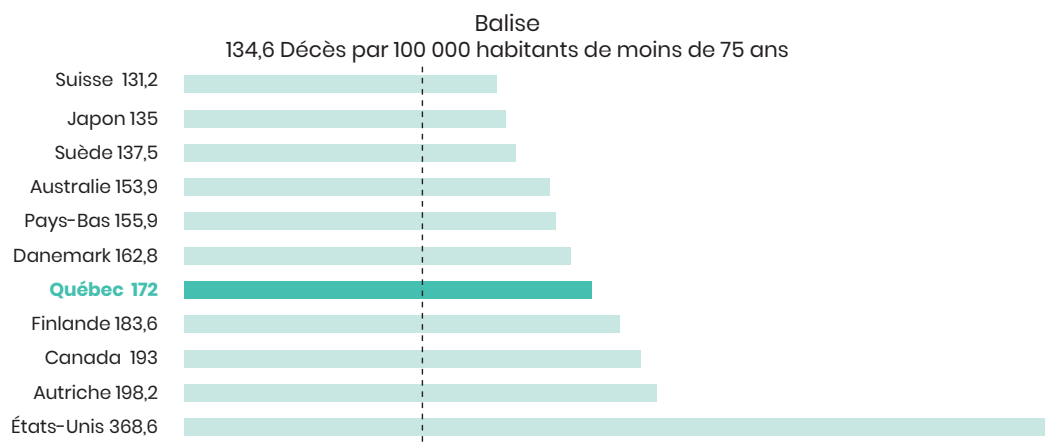
Espérance de vie à 65 ans (années)



Source : [Grands repères](#)

Décès évitables

Décès évitables (taux par 1 000 habitants de moins de 75 ans)



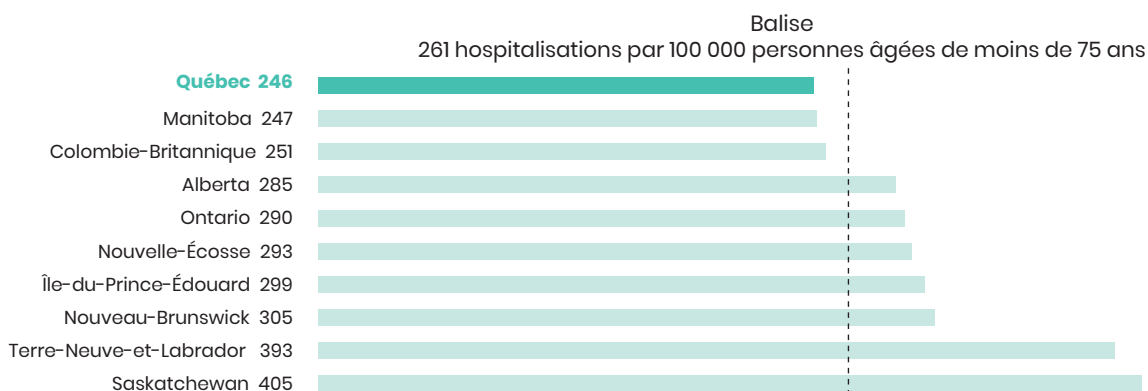
Source : [Grands repères](#)

Un très bon taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires

Le Québec est la province avec le meilleur taux d'hospitalisations de courte durée pour des conditions propices aux soins ambulatoires.

En 2022-2023, ce taux s'élevait à 246 hospitalisations pour 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans.

➤ S'améliore Hospitalisations (taux par 100 000 habitants de moins de 75 ans)



Source : [Grands repères](#)

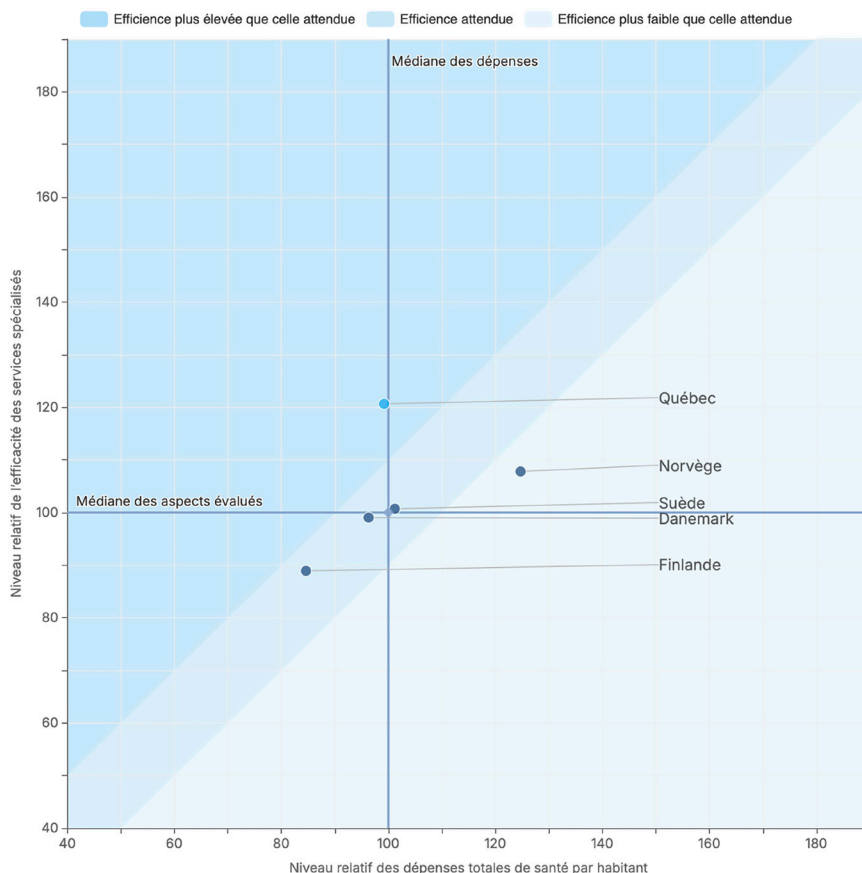
Les hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires représentent une mesure indirecte de la capacité du système à prendre en charge des problèmes de santé nécessitant des soins de première ligne (Khan et Sanmartin, 2011). Bien que toutes les admissions pour ces conditions ne puissent être évitées, on suppose que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir l'apparition de ce type de problèmes de santé, aider à maîtriser les problèmes de santé épisodiques nécessitant des soins de courte durée, ou encore contribuer à la gestion d'une maladie chronique, réduisant ainsi le risque d'être hospitalisé (ICIS, s. d.).

L'efficacité et la qualité des soins de santé spécialisés sont excellentes

Les services spécialisés pour les conditions aiguës et graves sont excellents et parmi les meilleurs au monde. D'autres résultats indiquent également une capacité technique élevée et des parcours hospitaliers performants.

Cette force doit être reconnue : elle témoigne de la qualité des pratiques cliniques, de la compétence des professionnels et de la robustesse des processus de prise en charge de certaines situations graves et urgentes. De plus, elle constitue un actif collectif souvent invisibilisé lorsque l'attention publique se concentre uniquement sur les défaillances.

Pour des dépenses totales de santé par habitant semblables à la médiane des pays comparés, le système de santé québécois se démarque favorablement quant à l'efficacité des soins de santé spécialisés.



**Mortalité
hospitalière****À MAINTENIR**

Au Québec, les taux de mortalité hospitalière sont parmi les plus faibles au Canada, ce qui reflète la bonne efficacité des traitements.

**Survie
au cancer****À MAINTENIR**

Au Québec, les chances de survie 5 ans après un diagnostic de cancer parmi les plus fréquents sont très bonnes comparative-ment à l'international, ce qui atteste l'efficacité des stratégies de dépistage et de traitement.

**Réadmission
à l'hôpital****À MAINTENIR**

Au Québec, les taux de réadmissions à l'hôpital sont faibles par rapport à ceux des autres provinces canadiennes. Ces taux indiquent une excellente performance des soins hospitaliers et de la prise en charge dans les différents milieux.

Des soins et services empreints d'humanisme

Les soins et services sont globalement empreints d'humanisme, c'est-à-dire qu'ils sont prodigués avec respect et courtoisie, que le temps passé avec le patient est suffisant, que ce dernier est suffisamment impliqué dans les décisions et que les explications qu'on lui donne sont claires.

Des études ont démontré qu'une attitude respectueuse de la part du praticien influence positivement la satisfaction des patients, favorise une meilleure adhésion aux traitements et améliore les résultats de santé (Chandra et al., 2018).

Bonne performance**7,5 / 10**

Score moyen donné
à l'humanisme des soins
et services

Excellente performance**94,5 %**

Pourcentage de la population
qui estime être traitée avec
courtoisie et respect



Source pour les deux vignettes : [Grands repères](#).

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

3.2. Les faiblesses du système de santé et de services sociaux

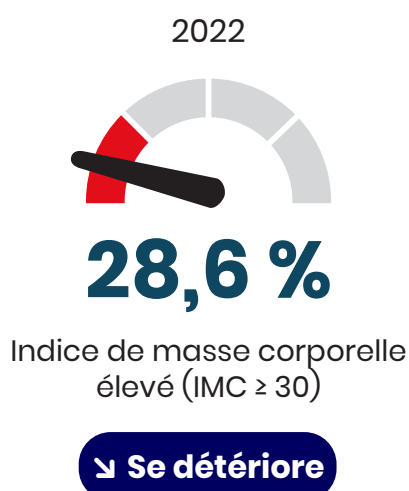
L'efficacité des activités de prévention et de promotion est faible

Le système envoie des signaux préoccupants en matière d'efficacité des activités de promotion et de prévention. Plusieurs résultats sont mitigés et indiquent une capacité inégale à rejoindre efficacement les populations cibles ou en situation de marginalité.

Promotion de la santé

À AMÉLIORER

Les activités de lutte contre le tabagisme semblent efficaces, puisque le Québec affiche un faible pourcentage de fumeurs quotidiens. En revanche, la prévention de l'obésité semble moins porter fruit, puisque le pourcentage de la population en excès de poids reste élevé.



Prévention

Vaccination	À AMÉLIORER Le Québec affiche de bons taux de vaccination chez les enfants, mais ces taux sont faibles chez les personnes âgées.
Dépistage	À AMÉLIORER Le taux de couverture du dépistage du cancer colorectal est très faible au Québec, tandis que celui pour le cancer du sein est considéré comme bon.
Faible poids à la naissance	À CORRIGER Le taux de faible poids à la naissance est préoccupant au Québec lorsqu'on le compare à celui d'autres pays.

Cette variation dans les résultats réduit l'effet global des interventions préventives et limite leur capacité à modifier durablement les trajectoires de santé. À moyen et long terme, ces faiblesses ne sont pas neutres : elles réduisent la capacité à freiner la morbidité évitable et exercent une pression supplémentaire sur l'ensemble du système, y compris sur les secteurs déjà performants. Ces signaux invitent à lire la performance non seulement comme une capacité à soigner, mais également comme une capacité à prévenir la maladie, à agir en amont et à soutenir des parcours continus, là où les déterminants de la santé, l'accès précoce et la coordination jouent un rôle central.

Les résultats en matière de mortalité infantile et de suicide demeurent préoccupants

Les taux de suicide et de mortalité infantile sont significativement plus élevés au Québec que ceux de pays comparables (ex. : Suisse, Japon, Suède, etc.). Ces résultats permettent de juger que le système de santé et de services sociaux doit améliorer ces résultats.

Faible performance



4,5 décès pour 1 000 naissances

Le Québec se classe au 15^e rang sur 17 pays en matière de mortalité infantile.

↗ S'améliore

Très faible performance



12 décès pour 100 000 habitants

Le Québec se classe au 7^e rang sur 11 pays en matière de mortalité par suicide.

↗ S'améliore

 Source pour les deux vignettes : [Grands repères](#)

En effet, la mortalité infantile présente de moins bons résultats avec 4,5 décès par 1 000 naissances (balise d'excellence = 2 décès par 1 000 naissances). De même, l'indicateur de mortalité par suicide présente un résultat très préoccupant avec 12 décès par 100 000 habitants (balise d'excellence de 6,3 décès par 100 000 habitants).

Les services de santé mentale présentent une efficacité mitigée

L'efficacité des services de santé mentale doit être améliorée. La fréquentation répétée des services d'urgence pour des problèmes de santé mentale, avec ou sans trouble d'utilisation de substances psychoactives, marque de potentiels enjeux associés à l'accessibilité, à la coordination et à la continuité des services dans la communauté (Fleury et al., 2016 ; Fleury et al., 2019). Elle peut également traduire une inadéquation entre la configuration et l'intensité de l'offre de services et les besoins des personnes concernées (Fleury et al., 2019).

Faible performance



7,7 %

Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances

Le Québec se classe au 3^e rang sur 7 provinces au Canada.

↗ S'améliore

Bonne performance



12,3 réadmissions par 100 épisodes de soins

Réadmissions dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances

Le Québec se classe au 7^e rang sur 10 provinces au Canada.

↘ Se détériore

 Source : [Grands repères](#)

Certains aspects sont à corriger en ce qui concerne la qualité des soins

Le taux de polypharmacie chez les personnes âgées le plus élevé au Canada

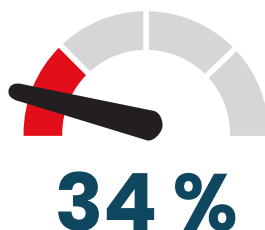
Le système de santé et de services sociaux québécois affiche, de loin, les plus forts pourcentages de polypharmacie¹ chez les personnes âgées au Canada, ce qui témoigne potentiellement de problèmes de sécurité des soins. En effet, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui consomment 10 médicaments ou plus est de 34 % au Québec, ce qui est très préoccupant.

1. Utilisation concomitante de plusieurs médicaments.

La polypharmacie peut être nécessaire pour traiter adéquatement les problèmes de santé de certaines personnes, mais elle est également associée à de nombreux impacts négatifs sur la santé, comme les hospitalisations accrues, un risque de mortalité plus élevé, les chutes et la fragilité (Gosselin et al., 2020).

Pourcentage de personnes qui consomment 10 médicaments et plus par jour

Très faible performance



Le Québec se classe au 10^e rang sur 10 provinces au Canada

➔ **S'améliore**

 Source : [Grands repères](#)

Un taux de sepsis à l'hôpital à surveiller

Le taux de sepsis¹ à l'hôpital est préoccupant, révélant une qualité des soins insuffisante, notamment en ce qui a trait à leur sécurité en milieu hospitalier. En effet, le Québec compte 3,3 infections par 1000 hospitalisations. Représentant une cause majeure de mortalité, un sepsis entraîne une utilisation accrue des ressources hospitalières et prolonge les séjours en soins intensifs. Cet indicateur permet d'évaluer la qualité des soins de courte durée, notamment en matière de sécurité des patients (ICIS, 2019).

Taux de sepsis par 1 000 hospitalisations (ajusté pour le risque)

Faible performance



3,3 infections par 1 000 hospitalisations

Le Québec se classe au 4^e rang sur 10 provinces au Canada

➔ **S'améliore**

 Source : [Grands repères](#)

1. Réaction excessive de l'organisme à une infection qui entraîne un dysfonctionnement des organes et peut mettre la vie en danger.

La qualité des processus organisationnels est préoccupante et doit être améliorée

La valeur que crée un système de santé se trouve moins dans la qualité technique des soins que dans la capacité du système à rendre les parcours lisibles, coordonnés et accessibles. Alors que peu de personnes jugent la convivialité du système de santé et de services sociaux satisfaisante (voir la section précédente), l'accès au système présente un problème consternant.

La difficulté d'accès, un symptôme récurrent de dysfonctionnements du système

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

Le constat sur la capacité du système à assurer un accès opportun aux soins et aux services est sans équivoque : des corrections majeures sont nécessaires. Cet enjeu est central, puisque la capacité à avoir accès à un service constitue la première interaction entre le système et la population et influence directement la satisfaction et la confiance de la population à l'égard de celui-ci.

Toutefois, les difficultés d'accessibilité doivent être comprises comme le symptôme d'enjeux organisationnels et systémiques persistants marqués par un déséquilibre entre l'offre et la demande de services. L'accès aux soins et aux services est influencé par de multiples facteurs liés à l'offre, notamment l'organisation des services, la disponibilité et la composition des ressources humaines, matérielles et technologiques, la qualité de vie au travail des professionnels, la productivité du système et sa capacité d'innovation (Thiebaut et al., 2020). D'autres facteurs, tels que les coûts des services assumés directement par les personnes, la distance géographique à parcourir et l'adéquation des services aux caractéristiques sociodémographiques des populations, jouent également un rôle déterminant.

Le tableau suivant présente un sommaire des évaluations rapportées dans Grands repères au regard de l'accessibilité.

Services généraux

À MAINTENIR

Bien que les Québécois soient nombreux à avoir un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) ou une équipe de soins attirée, cela ne leur garantit pas un accès en temps opportun.

À CORRIGER

Obtenir un rendez-vous en temps opportun avec un médecin ou une infirmière, sans devoir passer par l'urgence, est très difficile.

À AMÉLIORER

L'accès aux services offerts en CLSC est moins problématique, mais doit être amélioré.

Services de santé spécialisés

À CORRIGER

Les délais d'accès aux services d'urgence posent un problème pour les patients non admis et sont encore plus préoccupants pour les patients admis.

À CORRIGER

L'accès à un médecin spécialiste pour une première consultation après une référence d'un médecin de famille est préoccupant pour les cas prioritaires et encore plus pour les cas moins prioritaires.

À AMÉLIORER

L'accès en temps opportun aux chirurgies orthopédiques, oncologiques et aux chirurgies cardiaques moins prioritaires est très limité, tandis que les délais pour les chirurgies cardiaques prioritaires sont excellents.

**Services
sociaux
spécialisés****À CORRIGER**

Les délais d'accès aux services en protection de la jeunesse sont très préoccupants.

À AMÉLIORER

En ce qui concerne les services en déficience intellectuelle, l'accès en temps opportun est favorable pour les demandes de priorité modérée ou élevée, mais insuffisant pour celles de priorité urgente.

À AMÉLIORER

Concernant les services spécialisés pour les personnes ayant une déficience physique, les délais d'accès sont adéquats pour les demandes de priorité modérée ou élevée, mais très préoccupants pour celles les plus urgentes.

À CORRIGER

L'accès aux services pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme est bon pour les demandes de priorité élevée, mais inadéquat pour celles de priorité modérée ou urgente, ainsi que pour les enfants de moins de 5 ans.

**Services
en santé
mentale****À CORRIGER**

De manière générale, les services en santé mentale ne sont pas facilement accessibles. De nombreux Québécois signalent des besoins non comblés, ce qui reflète des difficultés d'accès aux services généraux en santé mentale. De plus, les délais pour les services ambulatoires de santé mentale offerts en CLSC et pour les autres services spécialisés excèdent les standards établis. Notons toutefois que les services de soutien dans la communauté et d'évaluation en dépendance sont accessibles dans les délais prescrits.

Des résultats nuancés en matière de continuité et de coordination

À AMÉLIORER

Les médecins et les professionnels de la santé rencontrés connaissent généralement l'historique médical des usagers et contribuent à organiser les soins qui sont offerts à l'extérieur de leur clinique. Toutefois, des enjeux sont rapportés en lien avec la continuité relationnelle étant donné que peu de personnes mentionnent être suivies par un professionnel de la santé. Par ailleurs, plusieurs Québécois déclarent des problèmes de continuité de l'information entre le médecin spécialiste et le médecin traitant. Or, connaître l'historique de soins du patient permet d'assurer une prise en charge cohérente et efficace (Van Walraven et al., 2010; Waibel et al., 2012).

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

Des progrès à réaliser en matière de globalité et de convivialité des services

À AMÉLIORER

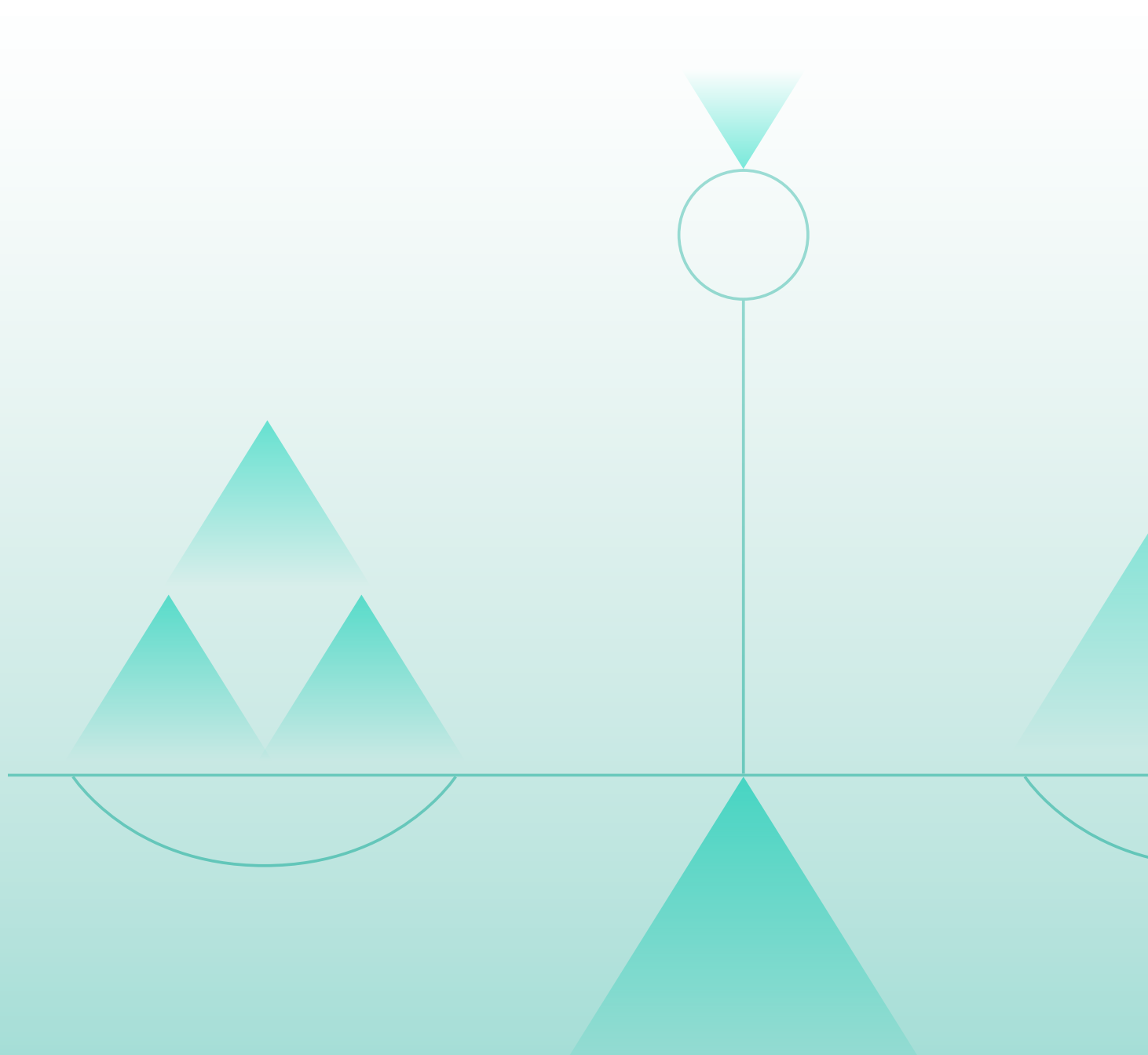
La convivialité est un des aspects les plus valorisés par la population et pour lequel l'insatisfaction est la plus grande. Des difficultés importantes d'orientation (trouver l'information dont on a besoin) et de navigation sont observables pour les personnes et leurs proches.

L'enjeu renvoie aussi à un problème d'architecture de première ligne : l'offre est fragmentée et aucune porte d'entrée n'assure aujourd'hui, pour l'ensemble de la population, un premier contact stable et une navigation continue.

3.3. Des angles morts du système

Absence ou insuffisance de mesures concernant certains secteurs

Nous disposons de trop peu de données sur l'efficacité des services de première ligne, de réadaptation ou pour des populations spécifiques comme les jeunes ou les personnes âgées. En effet, l'efficacité du système pour desservir ces clientèles est plus difficile à apprécier en raison du faible nombre, voire de l'absence d'indicateurs valides et comparables internationalement ou provincialement. Cela limite la portée globale du jugement du Commissaire et constitue un angle mort auquel il faut remédier.



4. LA VIABILITÉ DU SYSTÈME MENACE SA PÉRENNITÉ

La pérennité du système n'est pas assurée. Au cours de la période analysée, soit de 2015 à 2023, les dépenses publiques de santé et de services sociaux ont augmenté plus rapidement que les revenus consolidés du gouvernement et le PIB. Pendant cette même période, la quantité de services par habitant des principaux secteurs de services de santé a diminué et, en général, l'accès aux services ne s'est pas amélioré. Les ressources humaines sont insuffisantes et les ressources matérielles, vieillissantes. Assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux exigera des transformations profondes de son organisation alors que les budgets qui lui sont accordés sont contraints au taux de croissance du PIB.

4.1. La part de la santé dans le budget gouvernemental est de plus en plus importante

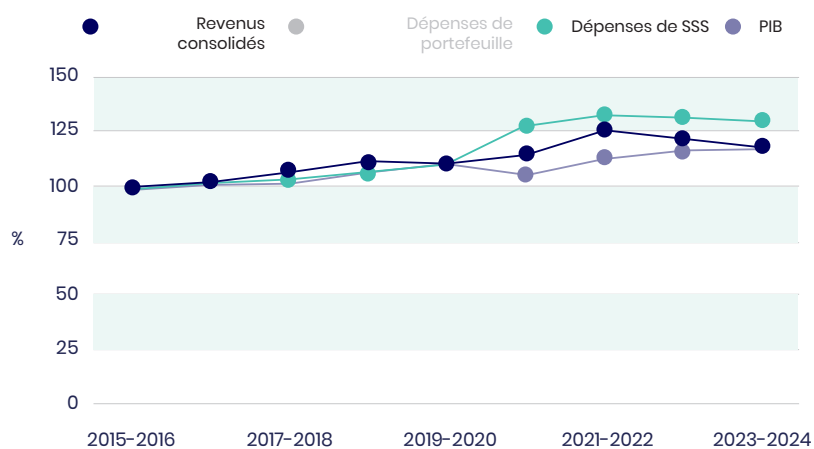
La croissance des dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec dépasse celles de ses revenus consolidés et du PIB depuis 2015-2016.

Variation annuelle moyenne

	De 2015-2016 à 2023-2024	De 2019-2020 à 2023-2024
Revenus consolidés	2 %	1,6 %
Dépenses de portefeuille	3,4 %	3,1 %
Dépenses de santé et services sociaux	3,4 %	4,1 %
PIB	2 %	1,5 %



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



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

Source : [Grands repères](#)

D'ailleurs, l'évolution récente du budget a eu pour effet de détériorer le solde budgétaire du gouvernement provincial et de diminuer la quantité de services de santé par habitant. Entre 2015-2016 et 2019-2020, le Québec est passé d'une situation de surplus budgétaires à une situation marquée, à partir de 2020-2021, par des déficits budgétaires.

Les dépenses publiques de santé sont en croissance et continueront à exercer une pression sur les finances publiques.

4.2. La quantité de services rendus par habitant diminue

Pendant cette même période, la croissance de la population était plus élevée que celle de la quantité de services de santé rendus. Ainsi, la quantité des services rendus per capita a généralement diminué.

Taux de services par 1 000 habitants pour l'année la plus récente

	Valeur	Sens de la tendance	Variation annuelle moyenne depuis 2015-2016	Année la plus récente
Visites chez le médecin	4 597,7 visites par 1 000 habitants	Diminution	-1,3 %	2022-2023
Hospitalisations de courte durée	76,1 hospitalisations par 1 000 habitants	Diminution	-1,6 %	2022-2023
Jours-présence à l'hôpital	590,9 jours-présence par 1 000 habitants	Diminution	-1,9 %	2022-2023
Chirurgies	142,5 chirurgies par 1 000 habitants	Diminution	-0,8 %	2023-2024

Source : [Grands repères](#)

4.3. La suffisance et le maintien du capital humain et des ressources matérielles sont préoccupants

Le Québec dispose d'un niveau de ressources cliniques inférieur à la médiane des pays comparables, tant pour les médecins que pour le personnel infirmier. Cette situation peut constituer une limite dans la capacité de production de soins et de services. Avec 3,1 médecins par 1 000 habitants, le Québec se situe au 15^e rang sur 18 pays. La situation est sensiblement la même pour les infirmières avec 11,6 infirmières par 1 000 habitants; le Québec est au 12^e rang à l'international et 6^e à l'échelle canadienne. Ces taux sont stables alors que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale observe un déficit de ces ressources et s'attend à ce qu'il se poursuive au moins jusqu'en 2028 (MESS, 2025). Par ailleurs, le nombre d'employées et d'employés par 1 000 habitants calculé en équivalent temps complet (ETC) est en croissance.

	Taux par 1 000 habitants (médiane)	Rang sur 18 pays	Rang provincial	Tendance
Infirmières	11,6 (13)	12	6 sur 9	stable
Médecins	3,1 (4)	15	5 sur 10	stable
Personnel du RSSS en ETC	29,4 (n. d.)	n. d.	n. d.	augmentation

n. d. : non disponible

La rareté de médecins est particulièrement préoccupante en raison de la désaffiliation croissante des médecins omnipraticiens du régime public au profit d'une pratique exclusivement privée. En 2024, 5,1 % des omnipraticiens exerçaient dans le secteur privé, une proportion en hausse marquée depuis 2015 (+3,7 points de pourcentage).

La suffisance des ressources matérielles est aussi préoccupante, particulièrement en ce qui concerne la capacité hospitalière et l'hébergement de soins de longue durée. Cela pourrait exercer une pression importante sur la capacité de production et le niveau de réponse aux besoins de la population. Par ailleurs, le maintien des infrastructures suscite également des inquiétudes. En effet, une proportion très importante de bâtiments est en mauvais ou en très mauvais état et près du quart de l'équipement médical a dépassé sa durée de vie. Cela pourrait fragiliser la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à maintenir durablement la production de soins et de services.

	Taux par 1 000 habitants	Rang sur 18 pays	Tendance
Lits d'hôpitaux	2,3	17	stable
Lits de longue durée	50,8	n. d.	diminution

	Proportion	Rang sur 18 pays	Tendance
Bâtiments en mauvais ou en très mauvais état	39 %	n. d.	n. d.
Équipements médicaux avec durée de vie dépassée	22,8 %	n. d.	amélioration

n. d. : non disponible

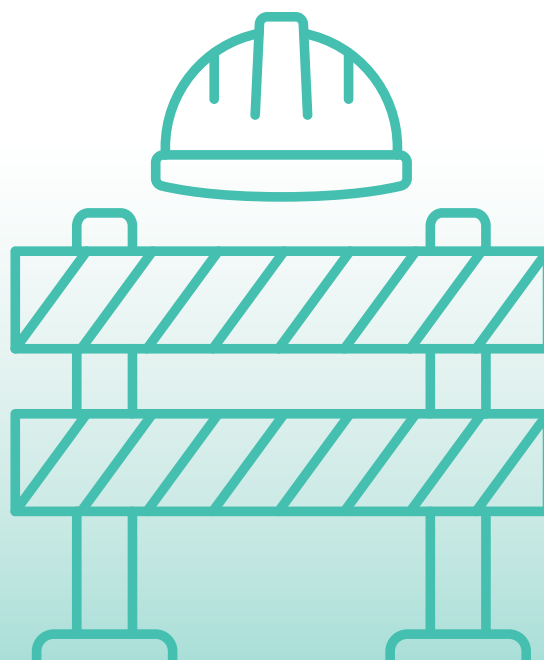


5. POLITIQUES PUBLIQUES : UN DÉFI CONSIDÉRABLE DE MISE EN ŒUVRE

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

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

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



Comment les politiques publiques ont-elles été analysées?

Le Commissaire a effectué une analyse non exhaustive des politiques publiques en 2024 et 2025. Sont inclus dans l'analyse les lois, les stratégies nationales ou plans stratégiques, les politiques gouvernementales, les plans d'action ou les plans de développement, les cadres de référence et les orientations ministérielles.

Cette analyse porte sur les politiques publiques mêmes (orientations, objectifs, instruments, règles formelles), et non sur leur implantation, leurs effets concrets ou leur performance. Ainsi, l'analyse ne vise pas à répondre à la question « *Est-ce que ces politiques fonctionnent?* », mais plutôt à documenter :

- les enjeux auxquels elles prétendent répondre;
- les orientations et les logiques d'action qui les sous-tendent;
- leur cohérence d'ensemble.

Cette lecture permet de dégager des constats sur la direction générale de l'action publique, sans préjuger de sa mise en œuvre effective et de son efficacité sur le terrain.

Au total, 72 lois et politiques publiques ont été analysées :

- 8 lois;
- 2 projets de loi;
- 62 politiques publiques.

Parmi celles-ci, les documents structurants suivants servent de repères :

- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (loi qui institue Santé Québec pour les fonctions opérationnelles et recentre le MSSS sur un rôle stratégique) (LGSSSS, c. G-1.021);
- Plan stratégique 2023-2027 du MSSS (plan qui s'oriente vers la promotion de la santé, la prévention, avec une visée de résultats pour la santé populationnelle) (MSSS, 2023);
- Plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec — Prendre soin des gens. Aller de l'avant (plan mettant l'accent sur l'accessibilité, la fluidité des trajectoires, dont la réduction de certains passages à l'urgence et la réduction des listes d'attentes) (Santé Québec, 2025).

D'autres politiques¹ viennent nous renseigner sur la logique d'action au regard des enjeux du système de santé et de services sociaux et sur la convergence d'ensemble au regard des priorités et fragilités mises en évidence par l'évaluation de la valeur du système, notamment les suivantes :

- Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (RLRQ, c. 29.);
- Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services (loi structurant l'affiliation des personnes à un milieu de pratique) (RLRQ, c. 25);
- Plan d'action gouvernemental 2024-2029 issu de la Politique gouvernementale – Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec (maintien de l'autonomie et vieillissement) (MSSS, 2024g);
- Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 (MSSS, 2025b);
- Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, c. E-20.002);
- Cadres de référence Soutien d'intensité variable et Suivi intensif dans le milieu (santé mentale) (MSSS, 2024o, 2024p);
- Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux (Premières Nations et Inuit) (RLRQ, c. A-20.1.1.);
- Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du MSSS (gouvernance de l'information) (MSSS, 2025h).

Le réalisme de passer de l'ambition à l'implantation

En 2024 et 2025, l'action publique en santé et services sociaux a été marquée par une activité soutenue : reconfiguration de la gouvernance avec Santé Québec, repositionnement du MSSS dans un rôle davantage stratégique, modernisation de cadres professionnels et réglementaires, orientations touchant l'accessibilité, la prévention, la main-d'œuvre et la transformation numérique. Ces actions témoignent d'une volonté de transformation dans un contexte de pressions convergentes (vieillissement, trajectoires complexes, inégalités de santé, contraintes structurelles), avec des objectifs explicites :

1. Une liste plus exhaustive des politiques publiques analysées, classées en fonction de thèmes transversaux, est disponible à l'annexe 1.

préserver la pérennité du système tout en améliorant sa capacité à répondre aux besoins; améliorer la performance et l'efficacité du système; renforcer la cohérence organisationnelle; et accroître la responsabilité populationnelle.

Une transformation de cette ampleur ne se joue pas uniquement dans les lois, les structures ou les plans d'action. Elle se joue aussi dans la capacité du système à aligner dans le temps les règles, les ressources, les cultures professionnelles et les mécanismes de rétroaction. C'est précisément pour cette raison qu'il importe d'examiner, à partir des politiques publiques analysées, dans quelle mesure certains leviers de gouvernance (CSBE, 2026), apparaissent suffisamment alignés pour soutenir une mobilisation cohérente et durable.

Il faut préciser que cette analyse porte sur les politiques rendues publiques. Elle aide principalement à mieux comprendre les règles et les structures en place, tout en donnant aussi quelques indications sur les leviers qui devraient être mis en place. Par conséquent, elle ne prend pas en compte des travaux non publics qui pourraient être en cours au MSSS, à Santé Québec ou au sein d'autres instances.



Les quatre types de leviers de gouvernance

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

Des leviers normatifs et structurels forts, mais un accompagnement peu visible

On constate qu'une dynamique de transformation du système est engagée par une forte utilisation des leviers de gouvernance normatifs et structurels : réorganisations, clarification des responsabilités, encadrement de pratiques, multiplication de cadres et d'orientations, centralisation de certaines fonctions et standardisation de secteurs ciblés. Toutefois, ils doivent être accompagnés d'autres leviers essentiels pour assurer cette transformation : appropriation, accompagnement, apprentissage organisationnel, boucles de rétroaction, arrimage transversal.

Les politiques dessinent une reconfiguration institutionnelle où le ministère de la Santé et des Services sociaux se positionne davantage comme pilote et où Santé Québec prend une place centrale dans l'opérationnalisation. Ici, l'analyse est volontairement circonscrite aux politiques elles-mêmes — orientations, objectifs, instruments — sans préjuger de leur implantation ou de leurs effets concrets.

Qui plus est, cette densité d'instruments envoie un signal politique, mais pose une question de lisibilité et de séquençage. En effet, quand plusieurs chantiers avancent en parallèle, la cohérence temporelle, la disponibilité des ressources pour implanter les changements ainsi que la capacité d'absorption du système deviennent des conditions déterminantes.

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

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

Cette situation soulève une question structurante de gouvernance : existe-t-il un mécanisme explicite et périodique permettant d'évaluer la pertinence, l'actualisation ou la caducité des politiques publiques? Le cas échéant, permet-il de décider de leur consolidation, de leur ajustement ou de leur retrait? En l'absence d'un tel processus, le risque est celui d'une accumulation d'instruments qui complexifie l'environnement organisationnel sans nécessairement accroître la cohérence stratégique ni la capacité d'implantation.

Notre analyse ne couvre pas de manière exhaustive l'ensemble des leviers mis en place pour soutenir le déploiement des politiques observées. Toutefois, l'on peut affirmer que le succès des transformations souhaitées dépendra de la cohérence des leviers qui seront implantés.

Levier économique : un écart entre ambition et capacité d'implantation

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

Levier culturel et informationnel : une réforme sans sens partagé risque de rester formelle

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

Une réforme peut être stratégiquement cohérente tout en demeurant difficilement soutenable si l'accumulation des exigences dépasse la capacité d'absorption du système. La question centrale n'est pas seulement celle de la direction choisie, mais aussi celle de la capacité réelle du système à transformer cette direction en expérience améliorée pour les personnes.

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



6. AGIR MAINTENANT POUR PRÉSERVER LA CAPACITÉ DU SYSTÈME À CRÉER DE LA VALEUR

Les constats rassemblés dans ce rapport convergent : le système de santé et de services sociaux du Québec produit des résultats cliniques remarquables, mais les conditions qui rendent ces résultats possibles s'érodent. Les dépenses croissent plus vite que la richesse collective, la quantité de services par habitant diminue, l'accès se détériore, et la population exprime une insatisfaction croissante à l'égard de ce qui compte le plus pour elle : vivre en santé, pouvoir entrer dans le système, le comprendre et s'y faire accompagner.

L'écart entre la valeur attendue par la population et la valeur produite par le système continuera de se creuser si on ne change pas d'approche.

La réussite de la transformation ne dépend pas seulement de l'adoption de nouvelles lois ou structures. Elle repose d'abord sur la capacité de l'ensemble des acteurs (gouvernement, réseau, partenaires et société civile) à s'engager dans une vision commune et à ajuster leurs actions au fil du temps. L'approche de santé populationnelle signifie que la valeur ne se crée pas uniquement dans les soins et les services. Elle se crée aussi en agissant en amont, en améliorant les milieux de vie et en coordonnant les actions au-delà du réseau de la santé, là où le système n'a pas toujours un contrôle direct.

Le Commissaire identifie trois chantiers prioritaires qui visent à renforcer la cohérence de la transformation engagée, à expliciter les arbitrages sur l'allocation des ressources entre des priorités concurrentes et à en assurer la soutenabilité.

Chantier

1

Consolider et intensifier le virage vers la santé populationnelle

Objectif : Améliorer la santé de la population, mieux répondre à ses besoins et assurer la pérennité du système

Le Commissaire recommande au gouvernement :

- d'engager un rééquilibrage progressif et mesurable de l'allocation des ressources en faveur de la promotion, de la prévention, des soins de proximité et des fonctions de coordination;
- de renforcer la santé publique dans l'action de première ligne pour agir sur les déterminants de la santé;
- de mobiliser les professions en santé et en services sociaux dans une logique de responsabilité populationnelle partagée;

- d'intensifier les initiatives intersectorielles locales, régionales et nationales avec des partenaires communautaires, municipaux et sociaux;
- de donner aux acteurs territoriaux les marges de manœuvre nécessaires pour adapter l'offre de services aux réalités locales et aux dynamiques démocratiques de leur milieu;
- de soutenir l'innovation organisationnelle et la coconstruction intersectorielle d'initiatives qui répondent aux besoins des milieux, en donnant aux acteurs territoriaux les leviers pour agir, innover et s'adapter;
- d'inciter et d'améliorer le soutien aux populations marginalisées et de diminuer les iniquités;
- de planifier le développement intégré de données en soutien à la santé populationnelle.

Chantier 2

Rééquilibrer l'organisation des services pour répondre à ce qui crée de la valeur pour la population

Objectif : Accroître la valeur produite par le système et la réponse aux besoins prioritaires de la population

Le Commissaire recommande au gouvernement :

- de prioriser les investissements qui améliorent directement l'expérience de la population relativement à la navigation et à la continuité des soins et des services;
- de renforcer les services de proximité et de maintien de l'autonomie comme pivot du système : un point d'entrée stable et accessible pour tous, offrant des soins et des services coordonnés, de la prévention à la réadaptation;
- d'identifier et de réduire les interventions à faible valeur ajoutée pour libérer des marges de manœuvre au bénéfice de la promotion, de la prévention et des services de proximité;

- de mesurer et de publier régulièrement la valeur produite par le système, incluant ses mesures tirées de bases de données médico-administratives, des PREMs (mesures des résultats rapportés par les patients), des PROMs (mesures de l'expérience rapportée par les patients) et des mesures de la satisfaction de la population.

Chantier**3****Rendre les décisions du système plus transparentes**

Objectif : Faire des choix éclairés, soutenables et légitimes dans un contexte de ressources limitées

Le Commissaire recommande au MSSS et à Santé Québec :

- d'expliciter les arbitrages : identifier publiquement les choix entre des besoins et des priorités concurrents et documenter les critères utilisés pour guider la prise de décision;
- de solliciter la contribution citoyenne à différents moments stratégiques décisionnels;
- d'assainir l'environnement normatif : simplifier et clarifier les politiques en place, clarifier le portefeuille de politiques publiques existant et s'assurer que toute nouvelle politique tient compte de ce qui est déjà en cours.

Ces trois chantiers ne s'ajouteraient pas aux réformes en cours : ils en sont la condition de réussite. Dans un contexte où l'État ne peut répondre seul à tous les besoins et attentes, la solidité de la transformation reposera sur une orientation claire, des choix d'allocation des ressources explicites et une véritable responsabilité partagée. C'est à ces conditions que le système pourra répondre à ce qui compte vraiment pour les personnes, tout en demeurant viable, équitable et capable de faire face aux défis à venir.

La valeur du système de santé et de services sociaux ne se mesure pas uniquement à ses résultats cliniques. Elle se mesure aussi à sa capacité à être là, au bon moment, de façon juste, humaine et fiable, pour tout le monde. C'est selon ces critères que la population jugera la transformation en cours.

7. BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale du Québec (ASSNAT). (2025). Projets de loi n^{os} 2 et 16 sur l'accès aux services médicaux.

Boelen, C. et Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*. Document de travail. <https://iris.who.int/handle/10665/67346>

Chandra, S., Mohammadnezhad, M. et Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 36. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-a). Fluidité et continuité des soins et services lors des transferts des personnes âgées : analyse du rôle des politiques publiques québécoises. [Document non publié; publication prévue en 2026].

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

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (s. d.-c). La valeur du système de santé et de services sociaux : une approche conceptuelle pour guider l'évaluation systémique. [Document non publié; publication prévue en 2026].

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025a). *La perspective du Forum de consultation sur l'approche de santé populationnelle au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnelle/CSBE_Rapport_Sante_populationnelle_ForumCSBE.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2025b). *LGSSSS : Rôles et responsabilités partagées entre Santé Québec, le MSSS et les établissements*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2026/Documents_methodologiques/CSBE-Cadre_evaluation_gouvernance_01.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026). *Cadre d'évaluation de la gouvernance*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2026/Documents_methodologiques/CSBE-Cadre_evaluation_gouvernance_01.pdf

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Perreault, M. et Caron, J. (2016). Variables Associated With Perceived Unmet Need for Mental Health Care in a Canadian Epidemiologic Catchment Area. *Psychiatric services*, 67(1), 78–85. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400363>

Fleury, M.-J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H.-M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, É. et Lesage, A. (2019). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux* (Numéro 31). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf

Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. Dans K. L. White, J. Frenk, C. Ordóñez, Paganini, J. M. et Starfield B. (dir.), *Health Services Research: An Anthology* (pp. 842–855). Pan American Health Organization (PAHO).

Gosselin, E., Simard, M., Dubé, M. et Sirois, C. (2020). *Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2679_portrait_polypharmacie_aines_quebecois.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (s. d.). *Répertoire des indicateurs. Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires*. Consulté le 17 février 2025, à l'adresse <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/hospitalisations-pour-des-conditions-propices-aux-soins-ambulatoires>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Tendances des dépenses nationales de santé 1975 à 2019*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2019-fr.pdf>

Khan, S. et Sanmartin, C. (2011, 30 juin). Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : les facteurs qui importent. Statistique Canada.

Kittler, A. F., Wald, J. S., Volk, L. A., Pizziferri, L., Jagannath, Y., Harris, C., Lippincott, M., Yu, T., Hobbs, J. et Bates, D. W. (2004). The role of primary care non-physician clinic staff in e-mail communication with patients. *International journal of medical informatics*, 73(4), 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.02.004>

Levesque, J. F. et Sutherland, K. (2020). Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare: an integrated measurement framework. *BMC health services research*, 20(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4807-5>

Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuit et des Métis, LC 2019, c. 24. <https://www.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-2019-c-24/>

Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRC, c. E-20.002. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/E-20.002>

Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. A-20.1.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1>

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSS), c. G-1.021, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021>

Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle, RLRQ, c. 26. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C26F.PDF

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux, RLRQ, c. 25. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2025/2025C25F.PDF

Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins, RLRQ, c. 29. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C29F.PDF

Long, M.J. (1994). *The Medical Care System: A Conceptual Model*. Health Administration Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Plan stratégique 2023-2027*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024a). *Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées. Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024b). *Cadre de référence en approvisionnement responsable*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-733-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024c). *Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-929-13W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024d). *Certification – Trousse globale de vérification (TGV)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-38W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024e). *Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants. Le Programme Agir tôt. Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-864-06W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024f). *Guide des pratiques efficaces conduisant à la réduction du temps intrahospitalier passé par l'équipe des techniciens ambulanciers paramédicaux à l'urgence à la suite d'un transport ambulancier*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-924-25W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024g). *La fierté de vieillir. Plan d'action gouvernemental 2024-2029*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024h). *Les soins de fin de vie. Fonctions d'un groupe interdisciplinaire de soutien*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-828-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024i). *Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-929-14W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024j). *Orientation sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-864-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024k). *Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé 2024-2027*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-218-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024l). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024m). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/version-accessible/plan-mfa-2017-2022/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024n). *Politique sur la certification des dossiers médicaux électroniques (DMÉ)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-715-20W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024o). *Soutien d'intensité variable (SIV). Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-05W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024p). *Suivi intensif dans le milieu (SIM). Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025a). *Actions de santé publique pour favoriser la santé et la qualité de vie des personnes vieillissantes*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025b). *La prévention, c'est la santé. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025c). *Mémoire sur le projet de loi n° 106. Loi visant la responsabilité collective des médecins*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Memoires/CSBE-Memoire_projet_Loi106.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025d). *Orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-24W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025e). *Orientations ministérielles sur la composition des équipes de soins infirmiers – milieux d'hébergement*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-945-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025f). *Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2024-2025*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-action/PL_24-824-10W_MSSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025g). *Plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs 2025-2030*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-829-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025h). *Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du MSSS*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-107-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025i). *Politique ministérielle concernant la prévention et le mieux-être des personnes au travail*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-410-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025j). *Programme national de santé publique 2025-2035*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025k). *Programme pour premiers épisodes psychotiques. Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-914-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025l). *Utilisation appropriée de certaines substances désignées dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec. Orientations ministérielles*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-728-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026). *Plan d'action de développement durable 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-733-02W.pdf>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). (2025). *État d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes. Diagnostics pour 516 professions*. Édition 2024. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/Diagnostic_516_Professions_VF.pdf

National Health Service in England (NHS) Institute for Innovation and Improvement. (2005). *Improvement Leaders' Guide Improving flow Process and systems thinking*. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.3-Improving-Flow.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (s.d.). *Principles for putting evidence-based guidance into practice*. Consulté en décembre 2025, à l'adresse <https://intopractice.nice.org.uk/principles-putting-evidence-based-guidance-into-practice/index.html?utm>

Neill, G., Tremblay, M.-E., Végiard, S., Lavoie, A. et Moisan, K. (2007). *Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et de services sociaux du Québec, 2006-2007 : description et méthodologie*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/enquete-sur-la-satisfaction-des-usagers-a-legard-des-services-de-sante-et-des-services-sociaux-du-quebec-2006-2007-description-et-methodologie.pdf>

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. et Figueras, J. (dir.). (2022). *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/>

Parandeh, A., Khaghanizade, M., Mohammadi, E. et Mokhtari Nouri, J. (2014). Factors influencing development of professional values among nursing students and instructors: a systematic review. *Global journal of health science*, 7(2), 284–293. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p284>

Rajan, D., Papanicolas, I., Karanikolos, M., Koch, K., Roher-Herold, K., Rechel, B., Greenley, R., Lessof, S. et Figueras, J. (dir.). (2023). *Health system performance assessment: A renewed global framework for policy-making*. World Health Organization et European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-renewed-global-framework-for-policy-making>

Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L. et Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine*, 51(Suppl 1), 204. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164>

Santé Québec. (2025). Plan stratégique 2025–2028. *Prendre soin des gens. Aller de l'avant*. https://sante.quebec/inc/documents/plan_strategique-complet.pdf

Smith, P. C., Sagan, A., Siciliani, L., Panteli, D., McKee, M., Soucat, A. et Figueras, J. (dir.). (2020). *Building on value-based health care: Towards a health system perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33844486/>

Straten, G. F., Friele, R. D. et Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social science & medicine*, 55(2), 227–234. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00163-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00163-0)

Thiebaut, G-C., Lavoie, C., Labrecque-Pégoraro, S. et Maillet, L. (2020). Pour des trajectoires de soins et de services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHU. https://www.iuplssss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Pour_des_trajectoires_de_soins_et_de_services_performantes_Un_outillage_pour_l%E2%80%99analyse_et_la_mesure.pdf

Van der Schee, E., Groenewegen, P. P. et Friele, R. D. (2006). Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of health organization and management*, 20(5), 468–476. <https://doi.org/10.1108/14777260610701821>

Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. et Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947–956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x>

Waibel, S., Henao, D., Aller, M. B., Vargas, I. et Vázquez, M. L. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1), 39–48. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068>

Wilkes, L., Cioffi, J., Warne, B., Harrison, K. et Vonu-Boriceanu, O. (2008). Clients with chronic and complex conditions : their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 160–168. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02454.x>

8. ANNEXE : PRINCIPALES LOIS ET POLITIQUES PUBLIQUES CONSULTÉES POUR L'ANALYSE PAR THÈMES TRANSVERSAUX

Thème transversal	Principales politiques publiques, lois et principaux cadres de référence	Ce que l'action publique fait	Point de vigilance
Gouvernance et architecture institutionnelle	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (c. G1.021); Plan stratégique 2023–2027 du MSSS (MSSS, 2023); Plan stratégique 2025–2028 de Santé Québec (Santé Québec, 2025).	Reconfiguration institutionnelle majeure. L'entrée en vigueur de la LGSSSS a redéfini les rôles : le MSSS assume un rôle stratégique et d'orientation, tandis que Santé Québec exerce les fonctions opérationnelles. Cette clarification vise à renforcer le pilotage, l'imputabilité et la cohérence du système.	L'alignement entre gouvernance, financement et partenariats demeure un chantier en évolution. La transformation structurelle avance plus rapidement que la démonstration d'un arrimage explicite entre allocation des ressources, priorisation des besoins populationnels et mécanismes de collaboration avec les acteurs communautaires et privés.
Accessibilité, proximité et organisation des services	Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (RLRQ, c. 29); Projets de loi n ^{os} 106, 2 et 16 sur l'accès aux services médicaux (ASSNAT, 2025); Orientations ministérielles sur la desserte des services ambulanciers (MSSS, 2024i).	Accent sur l'allègement des freins organisationnels (ex. : charge administrative des médecins), l'élargissement de certaines pratiques professionnelles, et des mécanismes visant à renforcer la prise en charge et l'affiliation des personnes à une offre de proximité. Plusieurs orientations sectorielles aussi (services préhospitaliers d'urgence, programmes ciblés, accès linguistique, etc.).	Les orientations peuvent être cohérentes et nombreuses, tout en se heurtant à une contrainte centrale : la capacité d'absorption (ressources humaines disponibles, stabilité des équipes, organisation des parcours, synchronisation des chantiers).
Information au public et orientation dans le système	Cadre normatif de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (MSSS, 2024c); Cadre de référence — Fonction d'un groupe interdisciplinaire de soutien — les soins de fin de vie (MSSS, 2024h); Orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux communautaires (CLSC) (MSSS, 2025d); Orientation sur l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (MSSS, 2024j).	Plusieurs documents clarifient des rôles et trajectoires, souvent par secteurs (ex. : préhospitalier, première ligne), ce qui contribue indirectement à la navigation.	Enjeux de cohérence intersectorielle et de capacité à simplifier l'expérience vécue au-delà des cadres programmatiques.

Thème transversal	Principales politiques publiques, lois et principaux cadres de référence	Ce que l'action publique fait	Point de vigilance
Coordination clinique et trajectoires pour avoir un parcours continu et coordonné	Cadre de référence — Programme Agir tôt — Ensemble pour mieux soutenir le développement des enfants (MSSS, 2024e); Orientations sur l'évaluation diagnostique des troubles neuro-développementaux (MSSS, 2024j).	Les instruments explicites sont moins nombreux. Certains cadres (notamment dans des programmes ciblés) outillent la coordination et la continuité, mais l'architecture transversale apparaît moins visible dans les politiques publiques formelles.	Le risque est que la coordination demeure un objectif affirmé sans mécanismes suffisamment lisibles. La valeur ne dépend pas seulement de la qualité des interventions cliniques, mais aussi de la capacité du système à les relier de façon fluide et intelligible pour les personnes.
Qualité de l'organisation des services	Orientations ministérielles — Certification — Trousse globale de vérification (MSSS, 2024d); Orientations ministérielles — Utilisation appropriée de certaines substances désignées dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec (MSSS, 2025l).	À ce stade, peu de politiques publiques récentes ciblent directement et explicitement la qualité et la sécurité dans une perspective transversale.	Enjeu de capacité d'apprentissage systémique sur la qualité de l'organisation (écart entre besoins et offre, compréhension des causes organisationnelles, ajustement de la configuration des services).
Organisation des services en santé mentale	Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle (RLRQ, c. 26); Cadres de référence Soutien d'intensité variable (SIV) et Suivi intensif dans le milieu (SIM) (MSSS, 2024o, 2024p); Cadre de référence du Programme de premiers épisodes psychotiques (MSSS, 2025k).	Activité normative (cadres de référence, harmonisation de pratiques, clarification de certaines trajectoires et instruments spécifiques), avec un accent mis sur la standardisation de programmes et l'encadrement de services de proximité à intensité variable.	Risque d'une standardisation par programmes sans mécanisme transversal suffisamment explicite pour réduire l'entrée par la crise et assurer une continuité réelle.

Thème transversal	Principales politiques publiques, lois et principaux cadres de référence	Ce que l'action publique fait	Point de vigilance
Maintien de l'autonomie et soins de longue durée	Plan d'action gouvernemental 2024-2029 (MSSS, 2024g); Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (MSSS, 2024a); Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2024-2025 (MSSS, 2025f); Orientations ministérielles sur la composition des équipes de soins infirmiers en milieux d'hébergement (MSSS, 2025e); Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (MSSS, 2024m).	Densification normative importante (approches de proximité, plans de déploiement, orientations gériatriques, actions intersectorielles sur les conditions de vie des aînés, cadres sur le soutien aux personnes proches aidantes).	La multiplication d'instruments appelle une vigilance à l'égard de la cohérence (articulation, actualisation, non-redondance) et surtout de la mise en œuvre : ces orientations exigent une capacité de coordination locale, des ressources et des partenariats effectifs avec la société civile.
Prévention et santé populationnelle	Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 (MSSS, 2025b); Programme national de santé publique 2025-2035 (MSSS, 2025j); Plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs (MSSS, 2025g); Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 (MSSS, 2024l).	Les documents structurants expriment des intentions claires, et plusieurs politiques récentes convergent (stratégie de prévention, programme de santé publique, plans sectoriels).	Le risque est l'absence d'un point de départ véritablement commun et opératoire entre secteurs (déclinaisons parallèles, intentions convergentes, mais insuffisamment intégrées). La prévention dépend d'une coordination intersectorielle stable, d'une littérature soutenue et d'outils de suivi capables de mesurer des effets à moyen et long terme.
Main-d'œuvre et organisation du travail	Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, c. E-20.002); Politique ministérielle concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être des personnes au travail (MSSS, 2025i).	L'enjeu est reconnu dans les documents stratégiques, et ceux-ci visent à déployer une culture favorisant l'expérience employé, l'harmonisation des pratiques, l'engagement et la valorisation des talents.	On ne peut durablement améliorer l'accès sans agir simultanément sur l'attractivité, la stabilité et les conditions concrètes de production des soins et services. La question n'est pas uniquement quantitative (nombre de postes), mais aussi organisationnelle et qualitative : charge de travail, reconnaissance, soutien clinique, climat de travail, intégration des nouveaux professionnels.

Thème transversal	Principales politiques publiques, lois et principaux cadres de référence	Ce que l'action publique fait	Point de vigilance
Gouvernance de l'information et du numérique	Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux du MSSS (MSSS, 2025h); Plan directeur sur l'IA en santé 2024-2027 (MSSS, 2024k); Politique sur la certification des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) (MSSS, 2024n).	Les politiques récentes suggèrent une intensification de l'action publique dans ce champ.	Le risque principal est celui d'une transformation technologique qui évolue plus rapidement que l'appropriation organisationnelle (usages, formation, gouvernance locale, qualité des données).
Durabilité environnementale	Plan d'action de développement durable 2023-2028 (MSSS, 2026); Cadre de référence en approvisionnement responsable (MSSS, 2024b).	Plusieurs instruments témoignent d'une intégration graduelle de la dimension environnementale dans les politiques de santé.	Si la durabilité environnementale est reconnue comme un déterminant environnemental de santé, elle ne peut demeurer un volet accessoire. La question n'est pas seulement environnementale : elle touche à l' efficience , à la viabilité financière et à une responsabilité intergénérationnelle.
Premières Nations et Inuit	Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RLRQ, c. A-20.1.1); Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (fédéral) (LC 2019, c. 24).	Deux politiques publiques ont été adoptées ou actualisées en 2024 et 2025.	Les instruments actuels reposent souvent sur des actions peu contraignantes dont la capacité opérationnelle varie. La création de valeur dépendra de mécanismes plus structurants de coconstruction, d'accès, de pertinence linguistique et culturelle, et de capacités concrètes d'implantation sur les territoires et dans les milieux.

