

Système de santé et de services sociaux au Québec : défis, parties prenantes et typologie

Une analyse de la situation avant Santé Québec

Cynthia De Champlain, M.Adm., CPA

Marc Pilon, PhD, CPA, CA

François Brouard, DBA, FCPA, FCA

Juin 2025

Introduction

Les défis du système de santé et de services sociaux sont nombreux et présents un peu partout dans le monde. Au Québec, plusieurs parties prenantes forment le système de santé et de services sociaux (SSSS). À l'aide d'une approche conceptuelle, cette analyse vise à classifier les organisations sous l'angle de deux dimensions, soit les secteurs économiques et les rôles organisationnels (voir Pilon et Brouard (2020) pour l'analyse pour l'Ontario). En ce sens, la présente note de recherche propose une typologie pour classifier une liste des organisations composant ce SSSS.

L'utilisation de la typologie et de liens concrets entre les parties prenantes permet aux personnes intéressées par ce système de mieux comprendre sa structure, son fonctionnement de même que les liens de responsabilisation le définissant. La création de Santé Québec viendra modifier la classification et les rôles de chacune des organisations et ces changements seront présentés ultérieurement.

Contexte

La santé revêt un caractère important tant sous l'angle individuel que collectif. La pandémie COVID a rappelé cette importance, et ce, de manière évidente en raison des besoins croissants et de la disponibilité limitée des ressources. En raison de divers défis (par exemple, une territorialité particulière, un réseau diversifié et complexe, une pénurie de main-d'œuvre, la vétusté de certaines infrastructures, une population vieillissante et croissante, les effets de la pandémie, des besoins croissants, des lacunes en gouvernance) et des transformations requises par ceux-ci, il importe de s'y intéresser (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2022a).

Ne serait-ce que par l'importance des dépenses publiques y étant consacrées, la santé mérite une attention particulière notamment en matière de gouvernance et de responsabilisation entre les parties prenantes au sein de ce système. Au Québec, le système de santé et de services sociaux (SSSS) accapare une part importante des dépenses publiques de la province et présente des défis de financement public. La prévision de dépenses 2023-2024 au regard du portefeuille en Santé et Services sociaux se situait à 59 015 millions de dollars ce qui représentait 43 % du budget de dépenses de l'ensemble des portefeuilles gérés par le Gouvernement du Québec (138 392 milliards) (Secrétariat du Conseil du trésor, 2023).

Le Québec représente une province figurant au deuxième rang des provinces du Canada au regard de la taille de sa population (8,9 millions de personnes), après l'Ontario (15,8 millions de personnes) (Statistique Canada, 2023). Le Québec se situe au deuxième rang en ce qui concerne sa superficie (1,4 million km²), après le territoire du Nunavut (1,9 million km²) (Statistique Canada, 2018). La dispersion de sa population sur son vaste territoire pose certains défis en matière d'accessibilité. Certains usagers doivent parcourir de longues distances afin d'obtenir des services, particulièrement ceux spécialisés.

Le système québécois de santé et de services sociaux a subi de nombreux changements au fil du temps. Notons simplement la publication du Plan santé (MSSS, 2022a), la formulation de constats et de recommandations en matière de gestion et de gouvernance (MSSS, 2022b) et l'adoption le 9 décembre 2023 du projet de loi no 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (RLRQ, chapitre 34) duquel la création de Santé Québec a officiellement été amorcée.

Le but de cette note de recherche consiste à présenter une typologie et, à partir de celle-ci, à offrir une représentation du système de santé et de services sociaux afin d'aider les parties concernées (administrateurs, personnel d'encadrement, employés, public, etc.) à mieux comprendre sa structure et son fonctionnement actuels de même que les relations de responsabilisation avec les parties prenantes.

Cette typologie permet de visualiser plus facilement le système et, par conséquent, elle en facilite la compréhension. Elle facilite la comparaison entre les systèmes de santé de différentes juridiction et l'étude des impacts des différents changements, au fil du temps. La question de recherche s'énonce ainsi : Quelle serait la représentation du système de santé et de services sociaux du Québec en vue de mieux comprendre sa structure et son fonctionnement par les relations de responsabilisation des parties prenantes?

Cette analyse permettra ainsi d'offrir une représentation du système de santé du Québec en vue de le comprendre davantage. D'un point de vue pratique, cette recherche contribue en (1) proposant une typologie et une liste des organisations pour représenter le système, (2) permettant de connaître les parties constituant le système, (3) contribuant à la compréhension de la structure et du fonctionnement actuels du système et, de ce fait, (4) en améliorant le transfert des connaissances entre les personnes ayant à interagir avec le système.

Cette note de recherche présente d'abord le système de santé et de services sociaux puis, ses défis. Suivra le cadre d'analyse, puis, l'illustration du SSSS au Québec sera exposée. Finalement, une conclusion sera présentée.

Système de santé et services sociaux (SSSS)

Le système de santé peut être dépeint de diverses façons soit par juridiction, financement, installations, etc. Voyons comment une organisation mondiale expose celui-ci : « L'Organisation mondiale de la santé (OMS) dispose d'un cadre qui décrit les systèmes de santé en fonction de six composantes de base. Ces dernières définissent les éléments essentiels que tous les systèmes de santé du monde (quelle que soit leur organisation) doivent posséder pour atteindre leurs objectifs » (Organisation mondiale de la santé, 2021, p. 12). Ces composantes de base s'énumèrent ainsi : (1) leadership et gouvernance, (2) personnel de santé, (3) système de financement, (4) services de santé, (5) système d'information sanitaire et (6) médicaments essentiels, vaccins et technologies médicales. Van Olmen *et al.*, (2010) en proposent dix : les buts et objectifs, les valeurs et principes, la prestation de services, la population, le contexte, le leadership et la gouvernance ainsi que l'organisation des ressources (financières, humaines, infrastructure / fournitures et connaissance / information). La présente note de recherche s'inscrit principalement dans la composante relative au leadership et à la gouvernance.

Santé et des Services sociaux du Québec

Au Québec, depuis 1971, un système couvre tant la santé que les services sociaux d'où son appellation de système de santé et de services sociaux (SSSS), bien qu'une part majeure soit dédiée au volet santé.

Avant de débuter l'étude du cas du Québec, il peut être utile de se remémorer certaines définitions de base à propos de la santé et des services sociaux. Selon l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) (1946) et reprise par le Gouvernement du Canada (2008), la définition, qui n'a pas changé depuis ces années, est : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les services sociaux se définissent comme l'« [e]nsemble des services de prévention, de réadaptation et de protection sociale dispensés par la société aux personnes, familles, groupes et collectivités pour assurer leur bien-être et favoriser leur autonomie » (Office québécois de la langue française, 1999).

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017, p. 3), « Le système québécois est public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur ». Ce système comporte deux paliers de gestion, soit : le palier provincial (avec des responsabilités dévolues au ministère de la Santé et des Services sociaux) et le palier local (avec des responsabilités dévolues aux établissements de la santé et des services sociaux). Un palier régional se situait entre le palier provincial et le palier local. Ce palier régional (avec les agences de la santé et des services sociaux de différentes régions) a été aboli, le 1^{er} avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O-7.2). La réalisation de la « mission santé et services sociaux » requiert la mise à contribution d'autres acteurs que ceux identifiés pour les paliers encore existant (provincial et local). À titre d'exemples, citons des organismes communautaires et des aidants naturels.

Dans le cadre de la planification, la budgétisation, l'allocation de ressources et la reddition de comptes, le système est subdivisé en neuf programmes-services (santé publique, services généraux – activités cliniques et d'aide, soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique) et trois programmes-soutien (administration, soutien aux services et gestion des bâtiments et des équipements) (MSSS, 2017).

Le SSSS a subi de nombreux changements au fil du temps, comme mentionné précédemment. De grandes réformes ont eu lieu dans le SSSS du Québec dont la plus récente avec la mise en place de Santé Québec et la précédente en 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O 7.2). Les établissements de santé et de services sociaux étaient alors passés de 182 à 34 entités et ils comprennent, selon le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 2017) :

- 7 établissements non fusionnés en vertu de la LMRSSS soit 4 centres hospitaliers universitaires (CHU), 2 instituts universitaires (IU) et 1 autre institut ;
- 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) dont 9 sont des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ;
- 5 établissements desservant une population nordique et autochtone.

Défis du système de santé

Les défis sont nombreux pour le réseau de la santé et des services sociaux. Ces défis ne se limitent pas au Québec ou au Canada (Barghiel, 2024; Gurney, 2022a, 2022b, 2024), mais également au niveau international (Roncarolo, Boivin, Denis, Hébert et Lehoux, 2017). Roncarolo *et al.*, (2017) catégorisent les défis comme ceci : la prestation de services, les ressources humaines, le leadership et la gouvernance, les finances, l'infrastructure, l'information, les principes et valeurs, la population et le contexte. Examinons certains de ceux-ci dans le contexte du Québec : une territorialité particulière, un réseau diversifié et complexe, les ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre, les ressources financières et infrastructures, une population vieillissante et croissante, les effets de la pandémie, des besoins croissants des coûts et des services ainsi que des lacunes en gouvernance (MSSS, 2022a; Roncarolo *et al.*, 2017). En raison de ces défis, un besoin émerge afin de mieux comprendre le système et d'offrir des services alignés aux besoins de la population.

Territorialité particulière au Québec

Aux fins de la gestion du SSSS, un découpage par région administrative a été établi. Les établissements de santé et de services sociaux sont répartis dans les 18 régions sociosanitaires de la province du Québec (voir Annexe A). La superficie du territoire et la population varient d'une région sociosanitaire à l'autre, soit de 46 916 habitants (Nord-du-Québec) à 2 038 845 habitants (Montréal) (Institut de la statistique du Québec, 2023), la moyenne étant à 511 509 habitants par région administrative (soit 8 695 659 habitants pour 17 régions, selon cette source). Conséquemment, cette situation engendre des défis différents quant à l'accessibilité pour les patients et à l'efficience dans la livraison des services pour les établissements.

Dans chacune de ces régions administratives, il y a au moins un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), sauf pour les régions avec établissements desservant une population nordique et autochtone (Nord-du-Québec (no 10), Nunavik (no 17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (no 18)) considérant leur petite taille. Les CISSS et les CIUSSS peuvent exploiter plus d'une mission parmi les cinq définies dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) (RLRQ, chapitre S-4.2) soit, suivant l'ordre d'inscription à l'article 79 de cette loi, un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier (CH), un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation (CR). De l'avis du MSSS (2018b, par. 1), « [c]es regroupements de missions visent une meilleure intégration des services ». L'Annexe B présente le système de santé et des services sociaux sous forme de liste des principaux établissements par région administrative.

Complexité et diversité du réseau de la santé

Le SSSS s'avère complexe, notamment en raison des nombreuses parties impliquées, de l'omniprésence du volet légal, des sujets délicats couverts et un important volet administratif et de reddition de comptes. Pour le volet légal, quelques lois (34) (voir Annexe C), règlements (21), arrêtés et décrets relèvent de la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux, que ce soit de manière totale ou partielle (MSSS, 2024). La nature de ces lois (par exemple, la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi concernant les soins de fin de vie*) accentue cette complexité parce que certains sujets comme l'aide médicale à mourir s'étendent au-delà de la santé vers d'autres sphères de la société.

Au niveau opérationnel, le SSSS opère continuellement sur une base de 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et ce, dans plusieurs milliers d'établissements et d'installations physiques (MSSS, 2022a). De nombreux partenaires communautaires sont aussi impliqués. Les soins et services rendus se situent à plusieurs niveaux, notamment au niveau des interventions chirurgicales, des visites aux urgences, de services en adaptation et en réadaptation, des soins et services de soutien à domicile et des interventions en dépendance (MSSS, 2022a).

Ressources humaines et pénurie de main-d'œuvre

Les ressources humaines sont au cœur du SSSS, avec plus 330 000 personnes rémunérées par le gouvernement, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou les établissements (MSSS, 2022a). Il existe plusieurs défis spécifiques, notamment : l'allocation des ressources humaines, la pénurie de main-d'œuvre, la compétence, la formation, l'embauche, l'absentéisme, la motivation, le salaire et les bénéfices, les incitatifs, la satisfaction au travail, la rétention, la charge de travail, la sécurité du personnel et le temps disponible pour communiquer avec les patients et leur famille.

Ressources financières et infrastructures

Compte tenu des coûts importants et grandissants, les ressources financières demeurent un défi pour les finances publiques. Il existe plusieurs défis spécifiques, notamment : l'allocation des ressources entre les parties et ses paramètres changeant, la formule de financement, l'autonomie financière, la vétusté de certaines infrastructures, le vieillissement des bâtiments et équipements, le coût de nouvelles technologies et des systèmes d'information.

La question des systèmes d'information est particulièrement préoccupante et « est essentielle à la gestion efficace du réseau de la santé et des services sociaux », afin d'obtenir une « information précise, de qualité et obtenue en temps opportun » (MSSS, 2022a, p. 21). La multitude de systèmes, certaines difficultés de connectivités et leur

désuétude représentent autant de défis supplémentaires auxquels s'ajoute la protection des renseignements personnels.

Population vieillissante et croissante

Le défi démographique affecte le Québec et son SSSS. Parmi ceux-ci, notons une population vieillissante suivant les cycles démographiques, l'accroissement de l'espérance de vie de la population, l'aggravation de leur état de santé (augmentation du nombre de maladies chroniques et comorbidité) et une population croissante, en particulier avec l'immigration. Plus spécifiquement, mentionnons la part des personnes de 70 ans et plus dans l'ensemble de la population québécoise qui se situait à 4,2 % en 1971 puis à 13,6 % en 2002 et qui est maintenant estimée à 20,5 % en 2035 (MSSS, 2022a).

Effets de la pandémie

La pandémie a mis en lumière et accentué certains défis. Les effets de la pandémie ont notamment allongé les listes d'attente, souligné la fragilité des chaînes d'approvisionnement, détérioré la santé des ainés, retardé le dépistage des enfants et contribué à la détérioration de la santé mentale (MSSS, 2022a).

Besoins croissants des coûts et des services

Couplé avec les effets de la pandémie, cela amène une croissance des coûts en santé d'environ 10 % annuellement sur les cinq dernières années pour les soins et services directs à la population (MSSS, 2022a). En plus des investissements importants durant la pandémie, des dépenses sont requises notamment pour combler le sous-financement important du SSSS, les demandes accrues pour de nouveaux médicaments et les traitements coûteux. Des besoins croissants de services surgissent, en plus de ceux associés aux défis démographiques, notamment pour la réduction des temps d'attente, l'accès aux services, la continuité des soins, le besoin de conserver une qualité acceptable des soins, la prévention accrue et les barrières linguistiques et culturelles à contrer (cas de Joyce Echaquan) (Josselin, 2021).

Lacunes en gouvernance

Le réseau de SSSS a subi de nombreuses transformations et de multiples changements au fil des années au niveau de la structure administrative et de la gestion, « mais les problèmes [de gouvernance] demeurent » (MSSS, 2022a, p. 21). Des lacunes en gouvernance apparaissent, au niveau de la réglementation, de l'imputabilité, de la responsabilité, de la transparence et de la stratégie sur le long terme. La gouvernance collaborative, faisant intervenir de multiples partenaires, pourraient aider en permettant l'intégration des systèmes et des parties prenantes, l'engagement de la collectivité et des patients (Calò *et al.*, 2024).

Cadre d'analyse – Typologie

La présente section expose des éléments méthodologiques et le cadre d'analyse adopté soit une typologie générique.

Méthodologie

Dans le cadre de la revue de littérature, les lois québécoises (Annexe C), les documents du ministère, les organigrammes, la liste des établissements par région (Annexe B) et d'autres informations issues du site officiel du MSSS (2025) ont été consultées.

Cette note de recherche implique des termes qu'il importe de définir, d'entrée de jeu. Ainsi, des définitions ont été retenues au regard des parties prenantes et des relations de responsabilisation. Ensuite, l'identification des parties prenantes et des relations de responsabilisation, s'est effectuée à l'aide de la revue de littérature, également, ainsi qu'avec l'expérience des auteurs au regard du SSSS.

La situation présentée est celle qui prévalait en janvier 2024, sans tenir compte de l'arrivée de Santé Québec. Suivant l'adoption, le 9 décembre 2023, du projet de loi no 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (RLRQ, chapitre 34), diverses étapes se sont succédées (mise sur pied du comité de transition, nominations, transfert des effectifs, etc.), jusqu'à l'intégration des établissements à Santé Québec le 1^{er} décembre 2024. Compte tenu des incertitudes et de l'implantation progressive de Santé Québec, l'identification et l'intégration des organisations s'est actualisée avant la mise en place de cette instance.

Également, il a été requis de circonscrire les organisations au cœur de la mission du système de santé et des services sociaux. Ainsi, les organisations retenues sont celles fondamentales à l'actualisation de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'accent est alors mis sur les liens formels de responsabilisation entre les parties prenantes ou sur les liens avec des parties pour lesquels des interventions régulières s'effectuent avec le SSSS. À titre d'exemple de partie incluse, les pharmacies privées sont retenues, bien qu'elles ne comportent aucun lien de responsabilisation directe, puisqu'elles apportent une contribution majeure dans le continuum de la prestation de soins en offrant notamment la médication et les fournitures médicales, hors des établissements de santé et de services sociaux.

Les relations de responsabilisation peuvent se caractériser comme ayant un lien d'imputabilité entre une organisation et ses parties prenantes (Pilon et Brouard, 2023). À cette fin, quelques moyens peuvent être utilisés pour traduire cette relation, comme une entente de responsabilisation, une reddition de comptes régulière (par exemple, sur l'utilisation annuelle des sommes perçues et versées par une fondation), la référence de patients ou les suivis en cas de plainte. À titre d'exemple, chaque année, le MSSS ratifie une entente de gestion et d'imputabilité (EGI) avec chacun des établissements de son

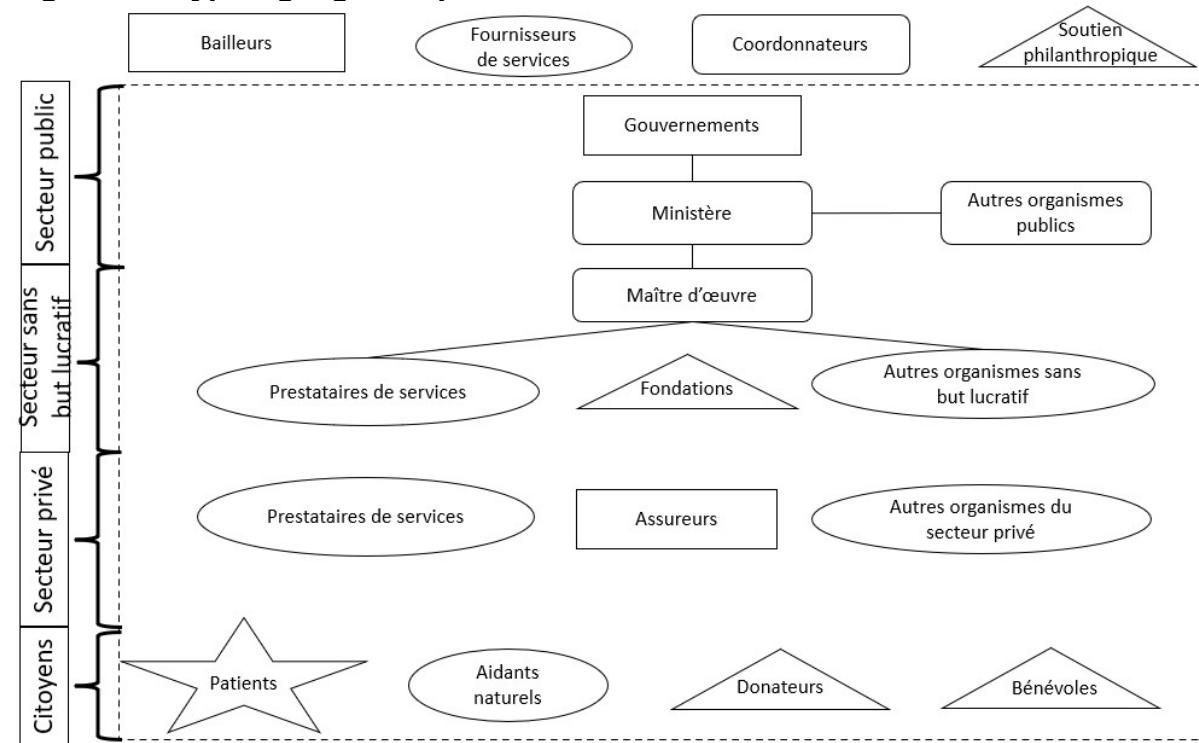
réseau (CISSS, CIUSSS, CHU et instituts). Comme l'exprime le MSSS (2021b, p. 4), « [c]e contrat est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire du CISSS pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition ».

En contrepartie, les liens de responsabilisation entre employeurs et employés (et leurs représentants syndicaux), entre les organisations et les patients /usagers /résidents /bénéficiaires (et leurs organismes de représentation) et les comités internes sont exclus de la présente typologie, car l'accent se veut sous l'angle interorganisationnel et non intraorganisationnel ou interpersonnel. Certaines parties qui pourraient aussi être impliquées, mais de manière plus périphérique (par exemple : corps de police, établissements en éducation ou en enseignement supérieur) sont donc absentes de la figure principale sur la typologie et se retrouvent plutôt dans la liste non exhaustive exposée à la partie B de l'Annexe D. L'accent porte sur la composante relative aux soins et non l'enseignement ou la recherche.

Typologie générique

Afin de visualiser la typologie avant son application au SSSS du Québec, une typologie générique est proposée (voir figure 1). Cette figure traduit la classification combinée en fonction des secteurs économiques et des rôles organisationnels qui pourrait s'appliquer à n'importe quel système de santé.

Figure 1 – Typologie générique



L'axe vertical de la figure 1 permettent de séparer les organisations par secteurs économiques soit le secteur public, le secteur sans but lucratif, le secteur privé et les citoyens.

L'axe horizontal de la figure 1 (avec les différentes formes) présentent les rôles organisationnels soit les bailleurs de fonds, les fournisseurs de services, les coordonnateurs et le soutien philanthropique.

Ces secteurs économiques et rôles organisationnels sont décrits dans la prochaine section.

Composantes de la typologie

D'entrée de jeu, il importe de préciser les définitions importantes au regard de la présente note de recherche, soit celle sur les parties prenantes et celle sur les dimensions des secteurs économiques et des rôles organisationnels. Selon Pilon et Brouard (2020), deux dimensions pourraient aider à différencier et à classifier les organisations de soins de santé, à savoir leurs secteurs économiques et leurs rôles organisationnels. Ce cadre d'analyse vient compléter les cadres existants pour mieux comprendre le SSSS (voir Van Olmen *et al.* (2010), pour un examen de certains de ces cadres).

Parties prenantes

Afin de classifier les acteurs du SSSS, la notion de parties prenantes est utilisée. Freeman, Harrison et Zyglidopoulos (2018, p. 15) définissent les parties prenantes (stakeholders) « as groups and individuals who have a valid interest (a stake) in the activities and outcomes of a firm and whom the firm relies on in order to achieve its objective ». De leur côté, Mitroff et Linstone (1993, p. 141) les définissent comme suit: « any individual, group, organization, institution that can affect as well as be affected by an individual's, group's, organization's, or institution's policy or policies ». La norme ISO26000:2010 (Organisation internationale de normalisation (2010, #2.20) définit une partie prenante comme un « individu ou groupe ayant un intérêt dans les décisions ou activités d'une organisation ».

Dans un système comme celui du SSSS, l'identification et la gestion des parties prenantes demeure importante pour permettre d'adopter une approche holistique, plutôt qu'en silo, et ainsi tendre vers un système plus intégré. Les parties prenantes peuvent être classifiées selon qu'ils sont primaires (*salient stakeholder*) ou secondaires (Benn, Abratt et O'Leary, 2016; Freeman, Harrison et Zyglidopoulos, 2018; Mitchell, Agle et Wood, 1997). Mitchell, Agle et Wood (1997) soulignent trois attributs représentés en trois cercles, soit le pouvoir, la légitimité et l'urgence et leur interrelation ou la combinaison de ces cercles.

Dimensions des secteurs économiques

Deber (2002) précise qu'un système de santé pourrait être découpé par une combinaison d'organisations appartenant aux secteurs publics, sans but lucratif et privé. À ces trois secteurs, Pilon et Brouard (2020) en ajoutent un quatrième, soit le volet citoyen. Également, comme le suggère Lee (2004), les organismes sans but lucratif devraient considérer les citoyens parmi les parties prenantes notamment en raison de la subvention publique accordée. Ajoutons que la santé et le bien-être de la population demeure au cœur de la mission du MSSS, ce qui appuie l'inclusion des citoyens.

Le tableau 1 présente des définitions pour chacun des secteurs économiques.

Tableau 1 – Définitions des secteurs économiques

| Secteurs économiques | Définitions |
|---------------------------|--|
| Secteur public | « Ensemble des entreprises et des organismes qui relèvent de l'État » (Office québécois de la langue française, 2003c). |
| Secteur sans but lucratif | Ensemble comportant des « [o]rganisme[s] constitué[s] notamment à des fins sociales, éducatives, religieuses, philanthropiques ou de santé qui n'émet généralement pas de titres de capital transférables et dont l'objet n'est pas de procurer un avantage économique direct à ses membres ou donateurs ni de leur distribuer les profits que certaines de ses activités pourraient lui procurer » (Comptables professionnels agréés du Canada - Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière, 2020b). |
| Secteur privé | « Ensemble des entreprises qui relèvent de particuliers plutôt que de l'État » (Office québécois de la langue française, 2003b). |
| Citoyens | « Personne reconnue comme membre d'un État et qui, de ce fait, bénéficie de droits et s'acquitte de certains devoirs » (Office québécois de la langue française, 2020). |

Dimension des rôles organisationnels

Un système de santé peut également être classifié en fonction des quatre rôles organisationnels comme ceux de bailleur de fonds, de fournisseur de services, de coordonnateur et de soutien philanthropique (Pilon et Brouard, 2020). Il s'agit d'une classification fonctionnelle qui semble couvrir la quasi-totalité des activités importantes au sein d'un système de santé.

Le tableau 2 présente des définitions pour chacun des rôles organisationnels.

Tableau 2 – Définitions des rôles organisationnels

| Rôles organisationnels | Définitions |
|-------------------------|--|
| Bailleur de fonds | « Personne physique ou morale qui fournit des ressources économiques à une entité en échange d'un droit accordé sur ces ressources, notamment une personne qui contribue aux capitaux propres de l'entité, un prêteur ou un autre créancier » (Comptables professionnels agréés du Canada - Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière, 2020a). |
| Fournisseur de services | « Organisation qui fournit des services ou des produits aux clients » (Office québécois de la langue française, 2003a). |
| Coordonnateur | « Personne qui coordonne diverses actions, fonctions ou services, qui assure la liaison entre ces actions, ces fonctions, ces services » (Office québécois de la langue française, 2001). |
| Soutien philanthropique | Soutien relatif à la philanthropie et cette dernière se définit ainsi « Action culturelle ou humanitaire qui consiste à faire preuve de générosité et à soutenir des causes de façon désintéressée » (Office québécois de la langue française, 1996). |

Application de la typologie au Québec

Dans un premier temps, la dimension des secteurs économiques puis la dimension des rôles organisationnels seront présentées pour le système de la santé et des services sociaux (SSSS) du Québec. Dans un deuxième temps, l'illustration des parties prenantes et des relations de responsabilisation au Québec est présentée.

Dimension des secteurs économiques pour le SSSS du Québec

Les secteurs économiques sont divisés entre les organisations appartenant au secteur public, au secteur sans but lucratif, au secteur privé et aux citoyens.

Une organisation peut se retrouver dans plus d'un secteur économique. Aux fins de la présente classification, la majeure est alors privilégiée. À titre d'exemple, les services préhospitaliers d'urgence (SPU) peuvent se retrouver dans plus d'un secteur (MSSS, 2018a). Le secteur privé a été retenu considérant que la majorité des effectifs œuvre dans ce secteur.

Secteur public

Le secteur public englobe le gouvernement du Canada, le gouvernement du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (dont certains pouvoirs ont été délégués par le gouvernement du Québec), et les autres organismes publics (par exemple, la Régie de l'assurance maladie du Québec) (voir partie A de l'Annexe D).

Au Canada, la santé est une compétence de juridiction provinciale. Cependant, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C., ch. C-6), le gouvernement fédéral est tenu de fournir des fonds aux provinces en échange du respect des règles énoncées dans la Loi. Grâce à cette loi, le gouvernement fédéral peut utiliser son financement pour influencer les soins de santé provinciaux. Notamment, pour recevoir un financement fédéral, les régimes provinciaux doivent en assurer la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des soins (L.R.C., ch. C-6, article 7).

Le gouvernement provincial a également délégué certains pouvoirs par la création de divers organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux. La mission de ce dernier s'énonce ainsi : « Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (MSSS, 2021a). Ainsi, il constitue un acteur principal dudit système.

Des partenaires du secteur public comme ceux œuvrant en éducation et aux affaires municipales offrent des services distincts mais complémentaires à ceux du système de santé et de services sociaux. Conséquemment, ils sont considérés comme périphériques (voir partie B de l'Annexe D) et sont exclus de la classification. À titre d'exemple, le secteur de l'éducation pourrait être interpellé par le SSSS pour une campagne de vaccination réalisée auprès de ses élèves.

Secteur sans but lucratif

Le secteur sans but lucratif englobe les établissements du système offrant des services à la population dont le but premier n'est pas de générer un profit aux actionnaires ou propriétaires. Les fondations et les autres organismes sans but lucratif (organismes communautaires et entreprises d'économie sociale, notamment d'aide à domicile) proviennent également du secteur sans but lucratif. Les organismes communautaires (OC) offrent des services parfois locaux (par exemple : Maison de la famille ou Centre de bénévolat), territoriaux (par exemple : Société Alzheimer Abitibi-Témiscamingue), provinciaux (par exemple : Fondation québécoise du cancer) ou nationaux (par exemple : Société canadienne du cancer).

Secteur privé

Le secteur privé inclut les organismes avec but lucratif, soit les établissements et autres ressources privés, les pharmacies privées parfois appelées pharmacies communautaires, les assureurs, les services préhospitaliers d'urgence, les ressources intermédiaires et les autres organismes du secteur privé (voir partie A de l'Annexe D). Les établissements et autres ressources privés comprennent des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des résidences pour personnes âgées (RPA).

<http://sprott.carleton.ca/parg/>

13

en collaboration avec

Les services préhospitaliers d'urgence (SPU) comprennent plusieurs interventions, dont celles menées par les services ambulanciers, le service d'urgence 9-1-1 et les évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) (MSSS, 2018a). « Au Québec, ces services ambulanciers sont assurés par des entreprises privées, des coopératives et par Urgences-santé, une entreprise du secteur public qui couvre les territoires de Montréal et de Laval » (MSSS, 2017, p. 8). Comme mentionné précédemment, le secteur privé a été retenu considérant que la majorité des effectifs œuvre dans ce secteur.

Le secteur privé comprend aussi les ressources intermédiaires soit « toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. [...] » (RLRQ, chapitre S-4.2, article 302). À noter que les agences régionales ont été abolies à la suite de l'adoption, en avril 2015, de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Le palier régional a alors été intégré dans les CISSS/CIUSSS.

Citoyens

Le volet des citoyens comprend les patients (au cœur du système et est représenté par une étoile), les aidants naturels, les ressources de type familial, les donateurs et les bénévoles.

Les citoyens consomment des services à des moments, durées et intensités variables d'un à l'autre. Ces consommateurs portent parfois le nom de patients, d'usagers, de bénéficiaires ou de résidents (notamment en CHSLD). Pour les fins du présent exercice, le terme « patients » a été retenu et englobe ces différents noms. Les consommateurs de services peuvent être des résidents et parfois des non-résidents du Québec.

Quant aux ressources de type familial, elles regroupent les familles d'accueil et les résidences d'accueil se définissant respectivement ainsi : « Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial » (RLRQ, chapitre S-4.2, article 312) et « Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel » (RLRQ, chapitre S-4.2, article 312). Les citoyens peuvent aussi s'engager à titre de donateurs ou de bénévoles.

Le tableau 3 présente une synthèse des organisations du système par secteurs économiques.

Tableau 3 – Synthèse des organisations par secteurs économiques

| Niveaux | Description |
|---------------------------|---|
| Secteur public | Gouvernement du Canada, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et autres organismes publics (voir partie A de l'Annexe D) |
| Secteur sans but lucratif | Établissements, fondations et autres organismes sans but lucratif (voir partie A de l'Annexe D) |
| Secteur privé | Établissements et autres ressources privés, pharmacies communautaires, services préhospitaliers d'urgence, assureurs, ressources intermédiaires et autres organismes du secteur privé (voir partie A de l'Annexe D) |
| Citoyens | Patients, aidants naturels, ressources de type familial, donateurs et bénévoles |

Dimension des rôles organisationnels pour le SSSS du Québec

Selon le cadre proposé, le SSSS peut être divisé selon quatre rôles organisationnels, soit les bailleurs de fonds, les fournisseurs de services, les coordonnateurs et le soutien philanthropique.

Bailleurs

Les bailleurs de fonds sont concentrés auprès du gouvernement du Canada (palier fédéral), du gouvernement du Québec (palier provincial) et des assureurs privés. Les gouvernements collectent des fonds par l'entremise du processus d'imposition et de taxation et les redistribuent ensuite à diverses instances, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le financement demeure principalement public, et ce, tant au Canada qu'au Québec. En effet, « [d]epuis 1997, la part du total des dépenses de santé assumée par le secteur public est demeurée relativement stable à environ 70 % » (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2019, p. 12). Au Québec, le même ordre de grandeur fut constaté avec une proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé de 70,2 % (MSSS, 2017).

En général, le fédéral n'intervient qu'indirectement par sa contribution financière, sauf pour ce qui est de la prestation de services aux membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits, les militaires des Forces canadiennes en service, les anciens combattants admissibles, les détenus dans les pénitenciers fédéraux et quelques groupes de demandeurs du statut de réfugié (L.R.C., ch. C-6).

Fournisseurs de services

Plusieurs organismes fournissent des soins de santé et de services sociaux et ils se retrouvent dans plusieurs secteurs économiques. Comme leur nom l'indique, les établissements et les autres organismes sans but lucratif figurent dans le secteur sans but lucratif. Les fournisseurs du secteur privé englobent les établissements et autres ressources privés, les pharmacies, les services préhospitaliers d'urgence et les autres organismes du secteur privé. Les aidants naturels et les ressources non institutionnelles apparaissent parmi le volet des citoyens.

Coordonnateurs

Les coordonnateurs s'avèrent responsables de la coordination des soins dans l'ensemble du système. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, d'autres organismes publics (par exemple, la régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)) et les établissements (CISSS, CIUSSS, CHU, instituts et établissements desservant une population nordique et autochtone) agissent comme coordonnateurs.

Soutien philanthropique

Le soutien philanthropique se traduit par l'entremise des fondations ainsi que des donateurs (individuels, corporatifs ou autres) et des bénévoles.

Le tableau 4 résume le classement des organisations du système en fonction de leurs rôles organisationnels.

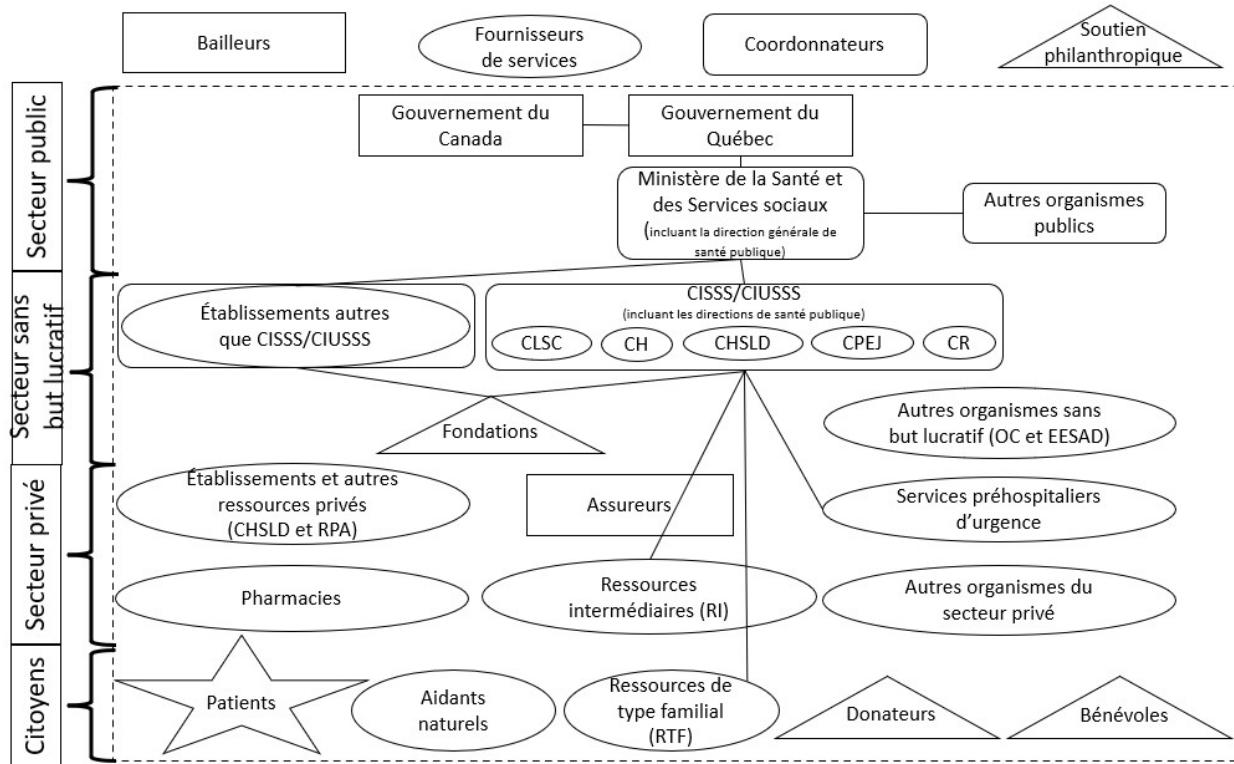
Tableau 4 – Synthèse des organisations par rôles organisationnels

| Rôles | Description |
|--------------------------|---|
| Bailleurs | Gouvernement du Canada, gouvernement du Québec et assureurs |
| Fournisseurs de services | Établissements et autres organismes sans but lucratif, établissements et autres ressources privés, pharmacies, services préhospitaliers d'urgence, autres organismes du secteur privé, aidants naturels et ressources non institutionnelles |
| Coordonnateurs | Ministère de la Santé et des Services sociaux, autres organismes publics et établissements |
| Soutien philanthropique | Fondations, donateurs et bénévoles |

Illustration des parties prenantes et des relations de responsabilisation au Québec

La figure 2 illustre la typologie appliquée au SSSS du Québec, telle que décrite dans les sections précédentes. Dans cette figure, certaines des relations de responsabilisation les plus évidentes sont traduites, à l'aide d'une ligne reliant l'organisation et la partie prenante avec laquelle un lien de responsabilisation formel existe. Précisons que la taille des formes a été modulée en fonction de l'ampleur du texte à y insérer, sans aucune autre signification.

Figure 2 – Relations de responsabilisation dans les organisations du système de santé et de services sociaux du Québec



Légende

- CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- CLSC : Centre local de services communautaires
- CH : Centre hospitalier
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CR : Centre de réadaptation
- OC : Organisme communautaire
- EESAD : Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile
- RPA : Résidence privée pour aînés
- RI : Ressource intermédiaire
- RTF: Ressource de type familial

Conclusion

Le système de santé et de services sociaux sollicite plusieurs parties prenantes et demeure complexe comme exposé dans la typologie (voir figure 2). Cette typologie démontre les parties prenantes clés, classées par leur secteur économique et leur rôle respectif au sein du système. L'implication et l'interrelation de nombreuses parties demeurent nécessaires à l'actualisation de l'offre de soins à la population.

Cette note de recherche offre un cadre d'analyse pour mieux comprendre les parties prenantes et leurs relations de responsabilisations au regard du SSSS du Québec. Il permet également de présenter une nouvelle perspective aux parties concernées par ce système. La figure 1 présente une illustration plus générique qui pourrait être adaptée à un autre système de santé.

En guise de contribution, la présente note de recherche propose une représentation du SSSS du Québec, à l'aide d'une typologie, et permet d'identifier et de situer les parties constituant le système. Ainsi, il contribue à une meilleure compréhension de la structure et du fonctionnement actuels du système et, conséquemment, à l'amélioration du transfert des connaissances entre les personnes ayant à interagir avec ce système (les administrateurs, le personnel d'encadrement, les employés, les étudiants, etc.). Comme tout système de santé est voué au changement, cette représentation pourra être ajustée et permettra ainsi de mieux saisir l'implication sous l'angle administratif et de la gouvernance.

Face aux nombreux défis, il y a un besoin pour l'ensemble des parties prenantes de travailler en collaboration pour implanter des solutions efficientes, pour le court et le long terme. Le système de santé et de services sociaux devrait être vu comme un système, dans son ensemble, et non uniquement par l'un des secteurs, l'un des rôles ou l'une des organisations.

Le SSSS demeure complexe et difficile à résumer. De nombreuses parties prenantes composent ce système et des choix ont dû être effectués comme le regroupement de certaines parties dans une section « autres organismes ». La figure 2 est composée de plusieurs éléments, et ce, malgré l'absence de quelques nuances (choix des auteurs) et des éléments identifiés dans les critères d'exclusion, comme les composantes enseignement et recherche. De plus, le système étant dynamique, il demeure en perpétuels changements.

Finalement, la comparaison avec d'autres systèmes de santé de même que l'examen et la description du système de gouvernance des organisations constituent des avenues potentielles de recherche pouvant alimenter des réflexions et futures décisions relatives au système de santé de services sociaux du Québec et d'ailleurs.

Bibliographie

- Barghiel, N. (2024). Canada's health care crunch has become 'horrific and inhumane', doctors warn, *Global News*, January 14.
<https://globalnews.ca/news/10224314/canada-healthcare-emergency-room-crisis/>
- Benn, S., Abratt, R., O'Leary, B. (2016). Defining and identifying stakeholders: Views from management and stakeholders. *South African Journal of Business Management*, 47(2), 1-11.
- Bibliothèque du parlement (2023). *Régimes linguistiques dans les provinces et les territoires. Études de la Colline*.
https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201166E
- Calò, F., Teasdale, S., Roy, M.J., Bellazzecca, E., Mazzei, M. (2024). Exploring Collaborative Governance Processes Involving nonprofits. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 53(1), 54-78. <https://doi.org/10.1177/08997640231155817>
- Comptables professionnels agréés du Canada (2020a). Bailleurs de fonds. Dans *Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière*, 3^e édition, version 3.2.
- Comptables professionnels agréés du Canada (2020b). Organismes sans but lucratif. Dans *Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière*, 3^e édition, version 3.2.
- Deber, R.B. (2002). *Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private? (Discussion paper no. 17)*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Freeman, R.E., Harrison, J.S., Zyglidopoulos, S. (2018). *Stakeholder Theory*, Cambridge Elements on Organization Theory, Cambridge: Cambridge University Press.
- Gouvernement du Canada (2008). *Qu'est-ce que la santé?* 12 septembre.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/la-sante.html>
- Gurney, M. (2022a). Health care in crisis, Part 1: Ontario's hospital-association president on a system 'under massive pressure', *TVO Today*, July 18.
<https://www.tvo.org/article/health-care-in-crisis-part-1-ontarios-hospital-association-president-on-a-system-under-massive>
- Gurney, M. (2022b). Health care in crisis, Part 2: Ontario's top nursing advocate on a system that's 'sinking – sinking fast', *TVO Today*, July 19.
<https://www.tvo.org/article/health-care-in-crisis-part-2-ontarios-top-nursing-advocate-on-a-system-thats-sinking-and-sinking>
- Gurney, M. (2024). Can you remember the last time health care wasn't in crisis? *TVO Today*, January 15. <https://www.tvo.org/article/can-you-remember-the-last-time-health-care-wasnt-in-crisis>

- 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-web.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2023). *Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1^{er} juillet 1986 à 2022*, 11 janvier.
<https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/3595>
- Josselin, M.-L. (2021). Joyce Echaquan : le racisme est une des causes de la mort, *Radio-Canada Espaces autochtones*, 1 octobre. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1828421/coronner-joyce-echaquan-atikamekw-rapport-gouvernement-racisme-lacunes>
- Lee, M. (2004). Public Reporting: A Neglected Aspect of Nonprofit Accountability. *Nonprofit Management and Leadership*, 15(2), 169-185.
- Loi canadienne sur la santé*. L.R.C. (1985), ch. C-6. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ. c. S-4.2.
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. RLRQ. c. O-7.2.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr>ShowDoc/cs/O-7.2>
- Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. RLRQ. 2023, c.34 <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2023-c-34/derniere/lq-2023-c-34.html>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*, 18p.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018a). *Services préhospitaliers d'urgence*, 28 mars. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/partenaires-du-systeme/services-prehospitaliers-d-urgence/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018b). *Établissements de santé et de services sociaux – Mission des établissements*, 3 août.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021a). *L'organisation et ses engagements – Mission et mandats*, 15 novembre.
<https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/sante-services-sociaux/mission-et-mandats>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021b). *Entente de gestion et d'imputabilité 2021-2022 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue*, 15 novembre, 34p.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/EGI-2021-2022_CISSL-ABITIBI-TEMISCAMINGUE.pdf

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2022a). *Plus humain et plus performant – Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 29 mars, 90p. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2022b). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux – Constats et recommandations*, juin, 39p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-210-21W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2023). *Régions sociosanitaires du Québec*, 19 avril. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2024). *L'organisation et ses engagements – Lois et règlements*, 11 janvier. <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/sante-services-sociaux/lois-et-reglements/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2025). *Site Web*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/>
- Mitchell, R.K., Agle, B.R., Wood, D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Mitroff, I.I., Linstone, H.A. (1993). *The unbounded mind – Breaking the chains of traditional business thinking*. New York: Oxford University Press.
- Office québécois de la langue française (1996). Philanthropie. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8395904/philanthropie>
- Office québécois de la langue française (1999). Services sociaux. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/1299627/services-sociaux>
- Office québécois de la langue française (2001). Coordonnateur. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8872799/coordonnateur>
- Office québécois de la langue française (2003a). Fournisseur de services. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8353089/fournisseur-de-services>
- Office québécois de la langue française (2003b). Secteur privé. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8377736/secteur-prive>
- Office québécois de la langue française (2003c). Secteur public. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8377604/secteur-public>
- Office québécois de la langue française (2020). Citoyen. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8361249/citoyen>

- Organisation internationale de normalisation (ISO) (2010). *ISO 26000:2010 – Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale*, norme française, International Organization for Standardization / Association française de Normalisation (AFNOR), novembre. <https://www.omh-convergence.org/userfiles/files/ISO%2026000%20V2010.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
<https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021). *Systèmes de santé contribuant à la sécurité sanitaire*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346355/9789240034884-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pilon, M., Brouard, F. (2020). *Typology and List of Organisations within Ontario's Health Care System*. Research Note #PARG 2020-06RN, March, 10p.
<https://sprott.carleton.ca/parg/wp-content/uploads/PARGnote202006RNOntarioHealthCareSystem20200315MPFB.pdf>
- Pilon, M., Brouard, F. (2023). Conceptualizing accountability as an integrated system of relationships, governance, and information. *Financial Accountability & Management in Governments, Public Services and Charities*. 39(2), 421-446.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/faam.12323>
- Roncarolo, F., Boivin, A., Denis, J.-L., Hébert, R., Lehoux, P. (2017). What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMN Health Care Services Research*, 17, article 636, 1-18.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2585-5> <https://citation-needed.springer.com/v2/references/10.1186/s12913-017-2585-5?format=refman&flavour=citation>
- Secrétariat du Conseil du trésor (2023). *Budget 2023-2024 : un Québec engagé. Plan budgétaire*, mars, 472p.
http://www.finances.gouv.qc.ca/Budget_et_mise_a_jour/budget/documents/Budget2324_PlanBudgetaire.pdf
- Statistique Canada (2018). *Chiffres de population et des logements, Canada, provinces et territoires, recensements de 2016 et 2011 – Données intégrales*, 7 février.
<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Tableau.cfm?Lang=Fra>
- Statistique Canada (2023). *Estimations de la population – T4 2023*, 19 décembre.
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901>
- Van Olmen, J., Criel, B., Van Damme W., Marchal, B., Van Belle, S., Van Dormael, M., Hoerée, T., Pirard, M., Kegels, G. (2010). Analysing health systems to make them stronger, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 27, 2-98.
https://www.researchgate.net/publication/47798100_Analysing_Health_Systems_to_make_them_stronger

À propos des auteurs

Cynthia De Champlain, M.Adm., CPA est professeure agrégée à l'Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la gestion, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).
cynthia.dechamplain@uqat.ca

Marc Pilon, PhD, CPA, CA est professeur agrégé à la School of Business, Université Nipissing.
marcpilon@nipissingu.ca

François Brouard, DBA, FCPA, FCA est professeur titulaire à la Sprott School of Business, Université Carleton, co-fondateur du Consortium de la philanthropie rurale et de la nordicité, directeur du Professional Accounting Research Group (PARG) et codirecteur de Philab Ontario.
francois.brouard@carleton.ca

Les trois auteurs sont co-fondateurs du Groupe de recherche en gestion de la santé (GREGS).

[suggestion pour citer cette note de recherche: De Champlain, C., Pilon, M. et Brouard, F (2025). *Système de santé et de services sociaux au Québec : défis, parties prenantes et typologie – Une analyse de la situation avant Santé Québec*, PARG #2025-49NR, Note de recherche, Professional Accounting Research Group (PARG) – Groupe de recherche en gestion de la santé (GREGS), Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue / Nipissing University / Carleton University, 19 juin 29p.]

PARG notes de recherche

Carleton University, Professional Accounting Research Group (PARG)
(disponible à <https://sprott.carleton.ca/parg/>)

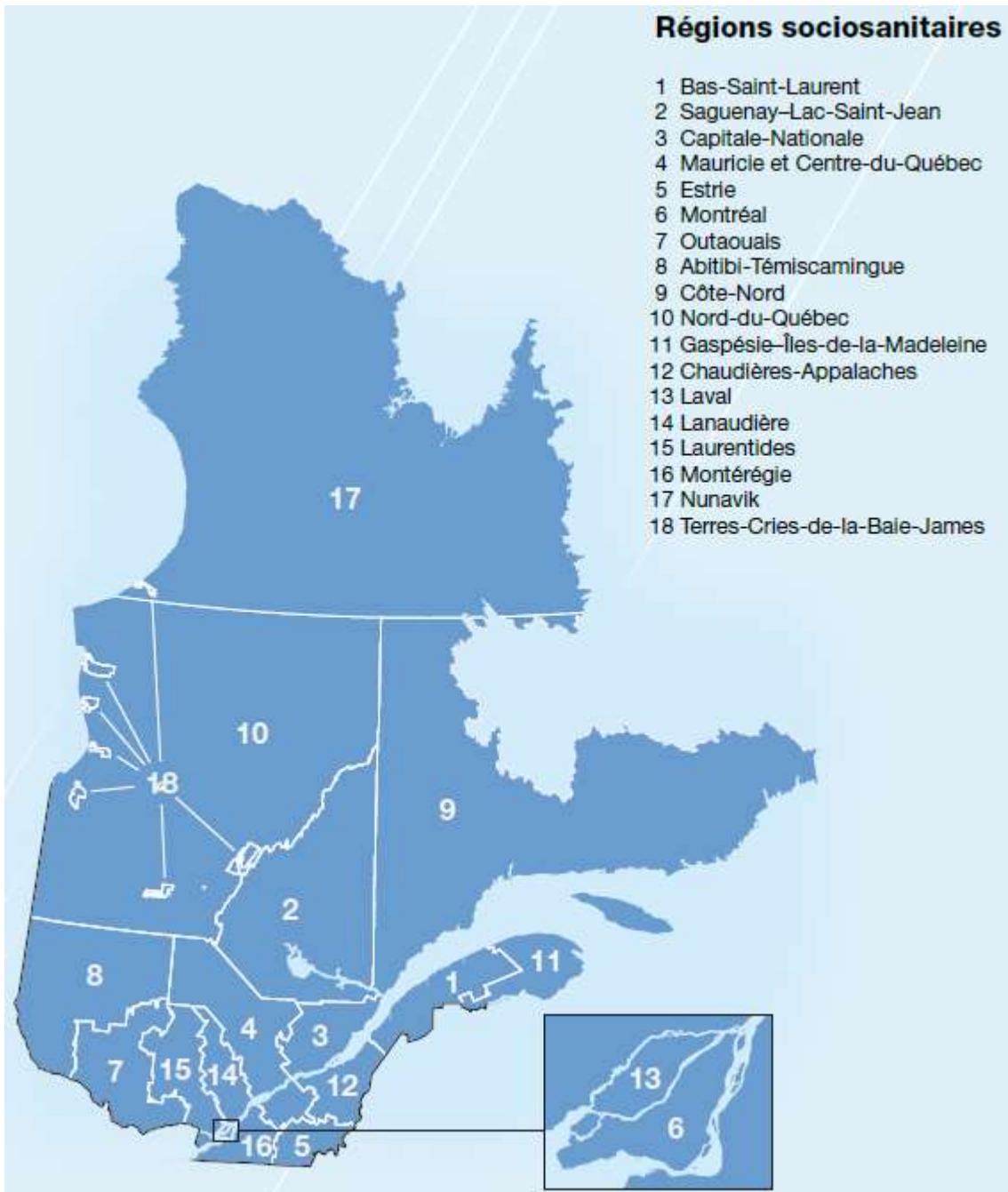
Groupe de recherche en gestion de la santé (GREGS)

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
Nipissing University
Carleton University

Copyright © 2025, Cynthia De Champlain, Marc Pilon et François Brouard

Les points de vue présentés dans ce document ne représentent pas les positions officielles du Professional Accounting Research Group (PARG) – Groupe de recherche en gestion de la santé (GREGS), de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, de Nipissing University, de la Sprott School of Business ou de Carleton University.

Annexe A – Carte des régions sociosanitaires du Québec (MSSS, 2017)



Annexe B – Liste des établissements par région sociosanitaire dans le système de santé et de services sociaux du Québec (MSSS, 2023)

1. Bas-Saint-Laurent
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent](#) ↗
2. Saguenay–Lac-Saint-Jean
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean](#) ↗
3. Capitale-Nationale
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale](#) ↗
 - [CHU de Québec – Université Laval](#) ↗
 - [Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval](#) ↗
4. Mauricie-et-Centre-du-Québec
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec](#) ↗
5. Estrie
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke](#) ↗
6. Montréal
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal](#) ↗
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal](#) ↗
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal](#) ↗
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal](#) ↗
 - [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal](#) ↗
 - [Centre hospitalier de l'Université de Montréal \(CHUM\)](#) ↗
 - [Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine](#) ↗
 - [Centre universitaire de santé McGill \(CUSM\)](#) ↗
 - [Institut de cardiologie de Montréal \(ICM\)](#) ↗
 - [Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel](#) ↗
7. Outaouais
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais](#) ↗
8. Abitibi-Témiscamingue
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue](#) ↗
9. Côte-Nord
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord](#) ↗
 - [CLSC Naskapi](#) ↗

10. Nord-du-Québec
 - [Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James](#) ↗
11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie](#) ↗
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles](#) ↗
12. Chaudière-Appalaches
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches](#) ↗
13. Laval
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval](#) ↗
14. Lanaudière
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière](#) ↗
15. Laurentides
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides](#) ↗
16. Montérégie
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre](#) ↗
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est](#) ↗
 - [Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest](#) ↗
17. Nunavik
 - [Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik](#) ↗
 - [Centre de santé Inuulitsvik](#) ↗
 - [Centre de santé Tulattavik de l'Ungava \(site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik\)](#) ↗
18. Terres-Cries-de-la-Baie-James
 - [Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James](#) ↗

Annexe C – Liste des lois dont la responsabilité de l’application relève, entièrement ou partiellement, du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2024)

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. (RLRQ, chapitre 34)

Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (RLRQ, chapitre A-2.2)

Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28)

Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (RLRQ, chapitre A-29.01)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (RLRQ, chapitre A-33.1)

Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (RLRQ, chapitre C-5.2)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (RLRQ, chapitre C-32.1.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, chapitre E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (RLRQ, chapitre H-1.1)

Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (RLRQ, chapitre I-13.03)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (RLRQ, chapitre I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2)

Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, chapitre I-6.2)

Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (RLRQ, chapitre I-6.3)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (RLRQ, chapitre M-19.2)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (RLRQ, chapitre M-35.1.3)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2)

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (RLRQ, chapitre P-9.0001)

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001)

Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (RLRQ, chapitre R-2.2.0.0.1)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (RLRQ, chapitre R-24.0.2)

Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5)

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2)

Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ, chapitre U-0.1)

Loi sur les activités funéraires (RLRQ, chapitre A-5.02)

Annexe D – Liste des organisations du système de santé et de services sociaux du Québec

Partie A – Organisations directes – autres organismes

| Type d'organisation | Nom |
|--|---|
| Autres organismes du secteur public (relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux) | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) Héma-Québec |
| Autres organismes du secteur sans but lucratif | Organismes communautaires (OC) Entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD) |
| Autres organismes du secteur privé | Entités privées œuvrant en santé (exemples : médecin, infirmier/infirmière, dentiste, optométriste, physiothérapeute) |

Partie B – Organisations périphériques

| Type d'organisation | Nom |
|---------------------------------------|--|
| Partenaires d'autres secteurs publics | Éducation ou en enseignement supérieur (collèges et universités) Famille (dont les services de garde publics) Affaires municipales Sécurité publique (dont les corps de police, la sécurité civile, la sécurité incendie et les services correctionnels) Travail, Emploi et Solidarité sociale |
| Représentation des usagers | Comités des usagers des établissements Comités des résidents des établissements |
| Représentation des employés | Associations ou autres instances syndicales |
| Ordres professionnels | Ordres professionnels (55 professions et 46 ordres) https://www.opq.gouv.qc.ca/Rapports/Rapport.aspx |
| Groupes d'intérêt et associations | Associations professionnelles |