



Institut sur la gouvernance
d'organisations privées et publiques

Faire mieux autrement

Propositions pour une gouvernance axée sur le patient

Rapport du Groupe de travail de l'IGOPP
sur la gouvernance du réseau de la santé



Institut sur la gouvernance
d'organisations privées et publiques

1000, rue de la Gauchetière Ouest, bureau 1410, Montréal (Québec) H3B 4W5

Téléphone 514.439.9301 | **Télécopieur** 514.439.9305 | **Courriel** info@igopp.org | **www.igopp.org**

Dépôt légal – Septembre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-924055-27-4 (version imprimée)

ISBN 978-2-924055-28-1 (version électronique)

Faire mieux autrement : propositions pour une gouvernance axée sur le patient
Rapport du Groupe de travail de l'IGOPP sur la gouvernance du réseau de la santé

Imprimé au Canada

Design par Karine Bellerive

Droits d'auteurs © IGOPP / 2014

Ce document est disponible gratuitement sur le site www.igopp.org

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



Institut sur la gouvernance
d'organisations privées et publiques

Faire mieux autrement

Propositions pour une gouvernance axée sur le patient

**Rapport du Groupe de travail de l'IGOPP
sur la gouvernance du réseau de la santé**

Table des matières

I	Mot du président du Groupe de travail	03
II	Liste des membres du Groupe de travail	04
III	Sommaire	05
1.	Introduction	08
2.	Rapport du groupe de travail publié en 2008	11
	- Sommaire des recommandations	13
3.	Constats généraux	14
4.	Gouvernance actuelle	15
5.	Gouvernance en déficit d'autorité	17
6.	Gouvernance et opinion publique	19
7.	Gouvernance et médecins	21
8.	Recommandations	23
9.	Conclusions	28
10.	Bibliographies et références	29
11.	À propos de l'IGOPP	31
12.	Mise en contexte	32
13.	ANNEXE A : biographie des membres du Groupe de travail	33
14.	ANNEXE B : liste des sigles	35

I Mot du président du Groupe de travail

À l'automne 2013, l'IGOPP a réuni dans un Groupe de travail d'experts quelques personnes des milieux institutionnels du système de la santé en leur confiant le mandat d'analyser sa gouvernance compte tenu des enjeux de performance, de financement et d'organisation qui se posent et qui menacent l'avenir même du système.

À notre avis, la révision en profondeur dans laquelle le gouvernement du Québec s'est engagé interpelle toutes les parties prenantes du système, y compris ses usagers.

Depuis plusieurs années, plusieurs comités et groupes de travail ont posé sur le système de santé des diagnostics graves, mais les traitements prescrits et administrés n'ont pas tous donné les résultats espérés de telle sorte que toute la société québécoise doit désormais envisager sa réorganisation afin d'en assurer la pérennité et surtout la finalité: rendre les soins et les traitements de qualité dans des délais raisonnables, au meilleur coût, en plaçant l'utilisateur au centre des prestations de service.

Le Groupe de travail a formulé quelques recommandations dans le but de mieux articuler la gouvernance du système organisée sur la base d'une région de services.

Nos propositions ne manquent pas d'audace et j'en remercie nos membres qui ont su poser un regard critique et sans complaisance sur un système qu'ils connaissent bien. Leur disponibilité et leur expérience ont été de précieux atouts dans notre démarche.

Je remercie aussi l'IGOPP et son personnel de soutien qui nous ont aidés à cheminer dans notre réflexion et à produire un rapport qui, nous l'espérons, contribuera à l'amélioration d'un système de santé auquel nous tenons tous.



Gaston Bédard, président du conseil d'administration
Nouveau CHU de Québec (fusion du CHU de Québec et du CHAUQ)

II Liste des membres du Groupe de travail*

YVAN ALLAIRE, président exécutif du conseil d'administration
Institut sur la gouvernance (IGOPP)

GASTON BÉDARD, président du conseil d'administration
Nouveau CHU de Québec (fusion du CHU de Québec et du CHAUQ)

SONIA BÉLANGER, directrice générale
CSSS du Sud-Ouest-Verdun

ISABELLE BRAULT, présidente du conseil d'administration
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle
et professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

RONALD DAHMS, président du conseil d'administration
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
et président de la firme Optimum Talent

DR PIERRE GFELLER, directeur général
Hôpital Sacré-Coeur de Montréal

RICHARD LEGAULT, président du conseil d'administration
CSSS de l'Ouest-de-l'Île

MICHEL NADEAU, directeur général
Institut sur la gouvernance (IGOPP)

* Ces personnes ont participé aux travaux du Groupe à titre personnel et non comme représentant de leur organisation respective.

III Sommaire

Le Groupe de travail sur la gouvernance du système de santé, constitué à l'initiative de l'IGOPP dès l'automne 2013, a fait une analyse critique du fonctionnement de notre système de santé à la lumière des enjeux populationnels et financiers qui se posent à toute la société québécoise laquelle souhaite le renforcer, en améliorer la performance générale et surtout en assurer la pérennité.

Le Groupe de travail publie le rapport de ses réflexions et ses propositions au moment où le gouvernement du Québec met en route une réforme importante du système de la santé, accélérée par la recherche de l'équilibre financier des comptes de l'État québécois. Le Groupe rappelle cependant que le gouvernement ne pourra faire l'économie d'une réorganisation de la gouvernance de la structure dans le réseau de la santé et des services sociaux dans ses articulations régionales et locales pour atteindre à la fois ses objectifs en matière de prestation de services et ses objectifs financiers.

Le système de la santé dans sa configuration actuelle a atteint ses limites. Il doit opérer un important recentrage axé sur l'utilisateur dont la trajectoire de soins dans le réseau devra se poursuivre sans rupture dans un système hautement coordonné.

Le Groupe de travail conclut que le cadre de la gouvernance des établissements et des agences, tel que l'a prescrit la LSSSS en 2011, n'a pas produit les fruits espérés. Les causes en sont multiples, mais l'une des principales tient à l'absence d'une réelle décentralisation dans une structure de gouvernance dite « partagée » qui ne l'est pas devenue vraiment.

Il constate aussi que, selon plusieurs sondages de diverses sources, les usagers, tout en reconnaissant la qualité des soins prodigués, ne sont pas satisfaits du fonctionnement du système et leur principal motif d'insatisfaction tient à la difficulté d'accéder aux soins dans des délais raisonnables.

Le Groupe de travail formule des propositions qui devraient aider le système de la santé à se réorganiser autour d'une idée maîtresse : l'utilisateur demeure au centre de ses préoccupations. Cela devrait se traduire dans le fonctionnement, le financement et la performance du système de santé par un haut niveau de coordination, une communication continue et une culture de service transparente, ouverte sur la mesure des résultats et la reddition de comptes qui doit être complète, franche et claire dans tout le système de la santé et des services sociaux.

Trois propositions pour recadrer la gouvernance du système de la santé :

- **Une région de services: un nouveau mode de répartition des responsabilités**

Outre le MSSS dont la responsabilité est de gouverner (et non de gérer) l'ensemble du système, d'en établir les politiques et le budget, la structure du système de santé devrait reposer sur une dizaine tout au plus de régions de services. La région de services aurait des pouvoirs importants dans la répartition des ressources matérielles, financières et humaines entre les établissements de son territoire, lesquels demeureront des entités distinctes sans un conseil d'administration qui leur soit propre, mais dirigés par un directeur général relevant de la direction de ladite région de services.

- **Une gouvernance institutionnelle dynamisée pour les régions de services**

Un conseil d'administration gouverne les affaires de la région de services dans l'intérêt public général en continuité avec la politique de la santé et de bien-être au Québec. Cheville ouvrière de la *gouvernance institutionnelle*, ce conseil se compose d'au plus 15 personnes crédibles et dont la majorité seront des administrateurs indépendants. Les priorités et enjeux du MSSS sont véhiculés par les régions de service dont le conseil est imputable envers le MSSS. Chaque région de services présente un plan d'ensemble et un budget au MSSS qui est responsable de leur approbation.

- **Une gouvernance stratégique¹ et coordonnée pour les établissements**

(voir figure 1)

Le Groupe de travail parle désormais **d'une gouvernance «stratégique et coordonnée»** dans laquelle la région de services tient un rôle déterminant. Les établissements ne sont plus chapeautés par un conseil d'administration². La direction des établissements, relevant de la direction de la région de services, jouit d'une autonomie réelle, mais enchâssée dans un système de gouvernance stratégique sous l'autorité de la direction de la région de services.

Les dirigeants des établissements doivent instaurer et maintenir une culture de services et d'engagement envers les patients.

1 Allaire, Yvan, Firsirtu, Mihaela. 2004. « Stratégies et moteurs de performances : les défis et les rouages du leadership stratégique ». *Chenelière McGraw-Hill*. 565 p.

2 Toutefois autonome en cela, chaque établissement pourra, s'il le souhaite, se doter de comités consultatifs appropriés.

Les dirigeants d'une région de services devront mettre en place un système de gouvernance stratégique qui assure un dialogue continu entre la direction des établissements et la direction régionale. Cette gouvernance stratégique comporte des échanges structurés avec chaque établissement à propos de leur plan stratégique, leur budget et leur performance tant d'un point de vue financier que de la qualité et la promptitude des services. L'approbation éventuelle des plans et budgets relève de la direction de la région de service. Il est de la plus haute importance que les dirigeants des régions de service soient perçus comme hautement légitimes et crédibles par les dirigeants des établissements.

Chaque région de services devra s'engager envers le MSSS pour un ensemble de services qui seront dispensés dans son territoire; un financement axé sur le patient est versé en conséquence à la région.

Selon cette approche, il nous apparaît utile que, outre les sommes allouées par le MSSS pour la prestation des services, les régions de services soient informées de l'enveloppe de la rémunération médicale de la RAMQ pour leur région respective. Il est important que le travail des médecins fasse l'objet d'ententes contractuelles afin de s'assurer que les efforts médicaux correspondent aux priorités établies en tenant compte notamment de l'impact de ces interventions sur l'ensemble des dépenses de santé et que l'on puisse mesurer les résultats par rapport aux attentes. Les médecins, pierre angulaire du système, doivent jouer un rôle actif pour l'amélioration de la performance et de l'efficacité du système de la santé.

Le rôle de meneur d'un changement d'une telle ampleur revient évidemment au ministre et au ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Groupe de travail est convaincu qu'ils ne pourront exercer leur leadership sans une coopération poussée avec l'autre acteur de la bonne gouvernance du système: la région de services, responsable de la performance du système et de la satisfaction des attentes de ses usagers.

Un système de santé qui place le patient au cœur de son fonctionnement devra s'appuyer sur une riche et opportune information clinique et financière disponible pour ceux qui en ont le plus besoin: les professionnels soignants et les professionnels gestionnaires.

Selon le Groupe de travail, la mise en œuvre d'une nouvelle approche axée sur le patient devra susciter l'adhésion active, voire enthousiaste, de toutes les parties prenantes du système de santé.

1. Introduction

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux atteint pour l'exercice financier 2014-2015 la somme de 32,3 milliards de dollars, soit un peu plus de 43,5 % des dépenses budgétaires de l'État québécois³.

L'effectif du secteur de la santé et des services sociaux représente 6,9 % de la population active québécoise⁴.

Au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés, les maladies chroniques, les incapacités et le vieillissement accéléré de la population viendront exercer une pression à la hausse sur la demande de services.

Selon des projections de chercheurs du CIRANO, si rien n'est fait, en 2030, donc dans tout juste 15 ans, les dépenses publiques en santé excéderont les 61 milliards de dollars et accapareront 68,9 % des revenus totaux du gouvernement québécois⁵.

L'effort collectif qui sera requis pour soutenir une politique publique de la santé est colossal. La maîtrise des dépenses publiques au titre de la santé et des services sociaux devient donc un enjeu crucial dans la recherche d'un équilibre durable des comptes de l'État québécois.

Les sondages d'opinion et de satisfaction le confirment : les Québécois plus encore que les autres Canadiens sont insatisfaits de leur système de santé et leur premier motif d'insatisfaction tient à la difficulté d'accéder aux soins dans des délais raisonnables⁶.

Le système de la santé ne pourra pas accaparer une part toujours plus grande des ressources et des moyens de l'État québécois. **D'où la pressante nécessité de faire mieux autrement.**

3 Conseil du Trésor Québec. 2014. « Sommaire du budget des dépenses et des crédits, 2014-2015 ». *Gouvernement du Québec*. 210 p.

4 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2014. « Comptes de la santé 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014 ». *Gouvernement du Québec*. 31 p.

5 Clavet, Nicholas-James, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud. 2013. « Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants ». CIRANO. Montréal : Série scientifique. 14 p.

6 Commissaire à la Santé et au Bien-être. 2014. « Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013 ». *Gouvernement du Québec*. 172 p.

En effet, il devient pressant de revoir tout le système dans ses structures, dans sa gouvernance, dans son mode opératoire, dans l'offre de services et dans sa prestation auprès des usagers; cet examen doit être mené dans un cadre de parcimonie et de recherche de solutions innovantes.

La revue critique des programmes et de la fiscalité annoncée par le ministre des Finances dans l'exposé budgétaire du 4 juin 2014 interpelle donc tous les acteurs du système de santé et des services sociaux, y compris ses usagers. Pour atteindre à la fois ses objectifs en matière de prestation de services et ses objectifs financiers, cette revue devra faire un examen approfondi de la structure et des articulations de la gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Tous les acteurs du système et en premier lieu l'État lui-même devront repenser, voire réinventer, leur façon de travailler ensemble afin de donner des services aux patients de façon efficace et cohérente. Pour ce faire, il faudra un niveau élevé de coordination et de communication de l'information dans la prestation de soins

Notre système de santé s'appuie sur deux sous-systèmes administratifs et budgétaires distincts : le financement et le fonctionnement des établissements relèvent du ministère (MSSS), d'une part, la rémunération des professionnels soignants, les médecins notamment, dépend de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), d'autre part.

En l'absence d'une véritable décentralisation des pouvoirs vers les conseils d'administration des établissements, le modèle de gouvernance actuel, mis en place par la loi de 2011, n'a pas donné les résultats attendus. Des changements mineurs ne suffiront pas. **Une gouvernance plus vigoureuse, imputable et responsable dans l'ensemble du réseau devient un préalable à la transformation de notre système de santé de façon à le rendre plus efficace et économe et placer vraiment le patient au centre de sa mission et de son activité.**

L'enjeu de cette démarche collective n'est rien de moins que la pérennité de la politique québécoise de la santé et des services sociaux. Il s'agit d'un enjeu historique et récurrent. Depuis un demi-siècle, la politique québécoise en santé et en services sociaux fut un enjeu omniprésent pour tous les gouvernements. Plusieurs groupes de travail constitués à l'initiative du gouvernement du Québec ont analysé le fonctionnement et le financement du système de santé (Rochon en 1988, Deschênes en 1996, Clair en 2001, Ménard en 2005, Castonguay en 2008, Thomson en 2014); leurs propositions n'ont pas eu toutes les suites que leurs auteurs auraient souhaitées, mais il est indéniable qu'elles ont laissé des traces dans le système et dans la culture institutionnelle et professionnelle de ses artisans comme en témoignent les lois et les projets de loi de l'Assemblée nationale, de nombreux énoncés ministériels et une vaste bibliothèque de mémoires, d'analyses et d'études provenant des milieux universitaires, professionnels et associatifs.

Au printemps 2014, la politique québécoise de la santé et des services sociaux a été de toutes les plateformes électorales, chaque parti politique ayant fait de ce thème un engagement de son programme de gouvernement. Retenons de cet exercice démocratique que le Parti libéral du Québec, appelé à former le gouvernement, s'est engagé à mettre en chantier durant la première année de son mandat une refonte majeure du mode de financement des établissements de santé de manière à ce que, selon la formule consacrée, « l'argent suive le patient », un titre qui coiffait le rapport publié en février 2014 du groupe d'experts chargés de l'évaluation du mode de financement selon l'activité⁷.

Dès septembre 2013, l'Institut sur la gouvernance (IGOPP) a réuni un groupe de travail sur le thème de la gouvernance du réseau de la santé au Québec. Le groupe se compose de huit personnes (voir liste des membres du Groupe en annexe); la majorité d'entre elles proviennent de divers établissements et institutions du réseau de la santé et des services sociaux. Le rapport du Groupe de travail de l'IGOPP arrive donc à point nommé alors que l'opinion publique québécoise s'attend à des changements dans l'organisation tout autant que dans la prestation des services publics.

7 Thomson, Wendy, Réjean Hébert et Nicolas Marceau. 2014. « Pour que l'argent suive le patient: L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé ». Groupe d'expert. *Gouvernement du Québec*. 210 p.

2. Rapport du groupe de travail publié en 2008

Dès 2005, l'Institut sur la gouvernance a fait du secteur de la santé l'un de ses cinq domaines d'activités prioritaires. L'année suivante, l'IGOPP démarrait un programme de collaboration en partenariat avec l'AQESSS. Le comité de gouvernance de l'AQESSS et les experts de l'IGOPP ont élaboré une formation qui a été donnée à plus de 3000 personnes depuis cinq ans. Les conseils d'administration de la quasi-totalité des établissements de services sociaux et de santé ont participé à cet exercice qui fut animé par une douzaine d'experts en gouvernance. En outre, une formation offerte spécifiquement aux présidents de conseil d'administration a connu beaucoup de succès et fut répétée une dizaine de fois.

En dépit de ces efforts, une question demeure toujours: quelle est la contribution réelle des administrateurs dans le processus décisionnel des établissements ?

La représentation majoritaire des parties prenantes, ce qui se traduit en une forte présence d'administrateurs internes (qui, dans certains cas, perçoivent leur rôle comme celui de défenseur d'intérêts particuliers), le roulement élevé parmi les membres du conseil, la lourdeur de la reddition de compte, la complexité croissante des attentes du ministère et des agences, la participation inégale des médecins aux délibérations des conseils, les séances du conseil ouvertes au public, font que, dans les faits, on aboutit à ce qu'un observateur a appelé « *une gouvernance bric-à-brac* »⁸.

En 2008, un groupe de travail constitué à l'initiative de l'IGOPP a publié un ensemble de recommandations⁹ portant sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux.

Le groupe de travail d'alors se composait de huit personnes qui avaient une longue expérience du fonctionnement institutionnel, administratif, clinique et financier dans le milieu de la santé et dans les sociétés privées.

8 Allaire, Yvan. 2013 « Une gouvernance bric-à-brac », *La Presse*. <http://igopp.org/une-gouvernance-bric-a-brac/>

9 IGOPP. 2008. Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux du Québec « Pour s'assurer d'une gouvernance en santé ». 26 p. http://igopp.org/wp-content/uploads/2014/04/Rapport_final_sur_la_gouvernance_des_etablissement_de_sante-2.pdf

Leurs recommandations portent surtout sur le conseil d'administration d'établissement proprement dit : sa composition (indépendance et complémentarité des administrateurs, présence de plein droit du directeur général), sa taille (au plus 15 personnes), son mode de sélection (non électoral), la rémunération des administrateurs, ses trois comités statutaires (vérification, gouvernance et éthique, vigilance et qualité), ses principales responsabilités (ex. : la nomination du directeur général, les orientations stratégiques, l'évaluation de la performance) et l'adoption de bonnes pratiques.

RECOMMANDATION 1

Le conseil doit être formé d'une majorité d'administrateurs indépendants.

RECOMMANDATION 2

Le conseil doit préparer un profil des différentes expériences et expertises requises pour permettre au conseil d'assumer pleinement ses responsabilités.

RECOMMANDATION 3

Le conseil recommande de remplacer le système électoral actuel inopérant par un mécanisme rigoureux de désignation des administrateurs indépendants.

RECOMMANDATION 4

Le directeur général doit être membre du conseil.

RECOMMANDATION 5

La taille du conseil ne devrait pas dépasser 15 personnes.

RECOMMANDATION 6

De modestes compensations devraient être versées aux membres du conseil d'administration.

RECOMMANDATION 7

Le conseil doit mettre en place les comités requis.

RECOMMANDATION 8

Les responsabilités prioritaires du conseil d'administration.

- 7.1 Addition d'une responsabilité d'optimisation des ressources (évaluation de l'efficacité et de l'efficacité) au comité de vérification.
- 7.2 Addition d'une fonction d'intégration au comité de vigilance et de la qualité.
- 7.3 Création d'un comité de gouvernance et d'éthique.

RECOMMANDATION 9

Les conseils d'administration doivent mettre en place des pratiques rigoureuses de reddition de comptes.

3. Constats généraux

Quelques constats ont fait consensus au sein du groupe de travail :

1. La gestion du système de santé et des services sociaux n'est pas suffisamment focalisée sur ses utilisateurs, c.-à-d. les patients.
2. Malgré les améliorations contenues dans la Loi 127, le réseau comporte encore trop d'interventions non concertées et de redditions de comptes déficientes. Les conseils d'administration des établissements ne peuvent développer réellement leur fonction faute de pouvoirs réels. La place des médecins dans la trajectoire de soins n'est pas coordonnée dans la gestion de l'offre de services aux patients; les médecins, qu'ils travaillent dans le cadre de l'hôpital ou en bureau privé, doivent avoir toute la liberté de prodiguer les meilleurs traitements à leurs patients. Mais ces professionnels de la santé œuvrent dans un environnement budgétaire limité. Comment les décisions des médecins à l'intérieur d'un établissement ont-elles un impact sur l'ensemble des dépenses de l'hôpital et du réseau? Comment ces interventions répondent-elles aux priorités fixées dans « une approche populationnelle »? Mesure-t-on l'efficacité de ces interventions comme les autres activités dans le système de santé?
3. La politique financière et la politique budgétaire du système ne sont pas conçues, au contraire, pour stimuler l'innovation et l'expérimentation dans les façons de gérer et d'offrir les soins; elles n'encouragent pas suffisamment l'amélioration continue de la performance.
4. Le système de santé ne réconcilie pas l'offre de services assujettis aux contraintes budgétaires, d'une part, et la rémunération à l'acte médical rendu dans un « marché ouvert », d'autre part. En fait, deux systèmes distincts coexistent, mais n'ont guère d'interface entre eux.
5. La gouvernance actuelle dite « partagée » entre le ministère, les agences et les établissements du réseau ne donne pas les résultats attendus. Le mode de gouvernance dans le réseau de la santé n'est pas véritablement un mode de gouvernance partagée. Les établissements locaux n'ont que des devoirs de reddition de comptes, mais pas de véritable autonomie face au niveau régional ou au ministère. Une véritable gouvernance partagée consisterait à accorder aux établissements locaux de soins de santé et de services sociaux des responsabilités bien définies qui leur soient propres afin qu'ils puissent assumer pleinement le mandat que la Loi leur attribut. Mais même ainsi formulé, ce modèle de gouvernance ne semble plus pertinent ni suffisant.

4. Gouvernance actuelle

La politique québécoise en matière de santé et de services sociaux s'appuie sur des valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'équité et de fiabilité dans la prestation des services professionnels. Elle prend forme dans un système public dont la gouvernance s'articule en trois niveaux de responsabilité : le national, le régional et le local.

Au national, un acteur principal: le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de gouverner, non de gérer, le système de santé, une confusion de rôles et de responsabilité qui est et continuera d'être nocive si ce fait n'est pas bien compris et clarifié. La responsabilité de gouvernance du MSSS consiste à établir les orientations et les politiques à évaluer sa performance et son adéquation aux besoins, et à répartir les ressources financières. L'hypothèse parfois évoquée de distinguer selon deux mandats ministériels, la formulation d'objectifs et la prestation de services de la mission d'évaluer la performance n'entraîne pas dans le mandat du Groupe de travail.

Outre les leviers budgétaires sous son contrôle, le MSSS, et avec lui les autres parties prenantes (les ordres professionnels, les regroupements d'établissements spécialisés, les représentants d'associations d'utilisateurs, etc.) disposent de certains instruments d'évaluation de la performance de l'ensemble du système tels les rapports du Commissaire à la santé et au bien-être, les rapports de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et les rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Sous sa responsabilité se trouve aussi la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), l'agent payeur des programmes d'assurances publiques en services de santé et en médicaments. La RAMQ est une société de l'État québécois, qui relève du ministre de la Santé, mais n'est pas sise au sein du ministère; elle est dirigée par son propre conseil d'administration composé de 15 personnes nommées par le gouvernement.

Quel que soit le partage des responsabilités entre les différents niveaux, le ministre et le ministère sont soumis à la pression critique de l'opinion publique et des partis d'opposition dès lors qu'un événement, voire un incident, survient dans l'un ou l'autre des établissements. L'intervention récente du ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'adjudication d'un contrat dans un hôpital universitaire de Montréal¹⁰ a illustré l'effet d'hypermédiatisation qui fait qu'un problème local devient vite un enjeu incontournable pour le décideur politique. En regard de l'opinion publique et des partis d'opposition, le ministre et son ministère répondent de tout, tout le temps, tout de suite.

10 Bédard, Annick. 2014. « Quand les relations publiques sont mises à mal ». *Infopresse*.

Ce phénomène, peut-être incontournable, est responsable d'embrouillaminis dans la gouvernance du système de santé québécois.

Les 18 autorités régionales de la santé (15 agences et 3 organisations œuvrant dans le nord du Québec) coordonnent les services et les ressources dans leur région, allouent les budgets d'exploitation aux établissements et s'assurent de la participation de la population à la gestion générale du réseau. Chaque agence a aussi son propre conseil d'administration composé de 15 administrateurs, nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux; les nominations du ministre doivent être conformes à la représentation établie pour les diverses parties prenantes (professionnels soignants, administrateurs indépendants, gestionnaires du réseau, etc.). Cependant, l'autonomie décisionnelle du conseil des agences est fortement restreinte par l'omniprésence du MSSS.

Au niveau des établissements, selon les dernières données annuelles disponibles (mars 2013)¹¹, 277 établissements (182 publics et 95 privés) administrent 1 689 installations réparties en 94 centres de santé et de services sociaux (CSSS) chargés de coordonner l'offre de services (hôpitaux généraux, centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres locaux de services communautaires, etc.) dans un territoire donné.

Leur taille, leur parc d'établissements et leur portefeuille de services rendus varient d'un CSSS à l'autre, mais ils ont tous, à leur tête, un conseil d'administration formé de 18 à 21 personnes provenant des milieux socioéconomiques, professionnels, institutionnels et associatifs de leur territoire. Certains administrateurs sont cooptés, d'autres sont délégués par des parties intéressées, et d'autres sont élus. Au total, c'est environ 3 500 administrateurs qui participent au conseil des quelque 277 établissements.

Dans un groupe distinct, cinq hôpitaux universitaires lesquels, outre des prestations de soins à des malades, font de l'enseignement dans plusieurs disciplines médicales et paramédicales, et de la recherche.

Depuis plusieurs années, le réseau public de la santé et des services sociaux se contracte et se consolide. Ainsi, en 2008, il y avait 194 établissements publics et 95 CSSS. En juillet 2014, le réseau se composait de 180 établissements (baisse de 7,2 %) et de 93 CSSS (baisse de 2,1 %).¹² D'autres fusions sont en cours ou à l'étude comme en témoigne, par exemple, le regroupement décidé récemment des CSSS de Coaticook et de Magog dans la région des Cantons-de-l'Est.

11 Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Répertoire des établissements, sommaire provincial et régional ». www.msss.gouv.qc.ca. Consulté en date du 03/07/2014.

12 *Ibidem*

5. Gouvernance en déficit d'autorité

La *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de réseau de la santé et des services sociaux* (loi 127, 2011) a repris certaines recommandations du groupe de travail de l'IGOPP (2008) citées plus haut.

Force est de conclure que, malgré les bonnes intentions de cette loi, celle-ci n'a pas à ce jour résorbé le « déficit d'autorité » des conseils d'administration ni fourni les garanties de saine gestion. Le dérapage financier dans la construction du centre hospitalier de l'Université McGill ou encore les manquements importants relevés dans l'administration et la gouvernance du CSSS de la Vallée-de-L'Or¹³ sont des illustrations des risques de toute nature, y compris des risques de réputation, auxquels sont vulnérables les conseils d'administration qui n'ont pas su ou n'ont pas pu interpellé en temps utile les gestionnaires.

L'audit du réseau de la santé et des services sociaux¹⁴ du Vérificateur général (Rapport 2013) conclut que l'administration centrale, c.-à-d. le ministère lui-même, devrait améliorer ses communications avec les entités et la qualité de l'information financière.

Malgré des améliorations notables, notamment par la création des comités d'audit et de gestion des risques ou de gouvernance et d'éthique et la nomination de membres indépendants aux conseils, la loi 127 n'a pas bouleversé la gouvernance unidirectionnelle, du MSSS vers la base, du secteur de la santé. Les conseils d'administration des établissements locaux de santé et de services sociaux n'arrivent toujours pas à jouer le rôle qui devait leur incomber. La décentralisation dans le cadre d'une gouvernance partagée reste un vœu, un projet inachevé.

Le conseil d'administration qui administre les affaires du CSSS ou de l'établissement hospitalier selon le cas, doit procéder selon un cadre défini par la loi et dans le respect le plus strict des orientations, des politiques administratives du ministère et de l'agence régionale qui décident des ressources financières, professionnelles et matérielles mises à sa disposition. De l'avis général, la marge de manœuvre des administrateurs d'établissement est trop limitée pour que ceux-ci puissent jouer pleinement leur rôle et ajouter une réelle valeur à l'établissement.

13 Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. « Rapport sur le climat organisationnel, les relations médico-administratives, les processus de gestion et les causes du déficit chronique au CSSS de la Vallée-de-L'Or ». *Gouvernement du Québec*. 64 p.

14 Samson, Michel. 2013. « Rapport pour l'année 2012-2013. Chapitre 4: Réseau de la santé et des services sociaux ». *Vérificateur général du Québec*. 44 p.

La gouvernance actuelle dans le système de santé au niveau régional et local ne permet pas aux établissements et aux agences de tirer le plein potentiel de direction, d'orientation et d'innovation que pourrait lui apporter un conseil d'administration plus indépendant, responsable et crédible auprès de toutes les parties prenantes et capable d'instituer une culture de la performance mesurée et de la reddition de comptes franche, claire, ouverte et complète.

Le conseil d'administration doit être en mesure de répondre aux véritables préoccupations des usagers et citoyens. Toutefois, l'obligation d'ouvrir les séances du conseil au public trahit une profonde confusion entre, d'une part, le conseil d'administration, qui est une instance décisionnelle, et, d'autre part, des instances conçues pour consulter et informer les parties, pour renseigner, pour tenir les publics pertinents à jour des décisions de l'administration. Avec les exigences actuelles, le conseil limite souvent son action au suivi des objectifs de l'entente « négociée », certains diront imposée, avec l'agence régionale.

6. Gouvernance et opinion publique

Le système québécois de la santé et des services sociaux est probablement l'un des services publics les plus observés, voire épiés, à la fois par des institutions spécialisées dans la mesure et l'évaluation des actes et protocoles, tels l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, et par des sondeurs de la satisfaction des utilisateurs comme le Commissaire à la santé et au bien-être et les maisons de sondage de l'opinion publique.

Le système de la santé, le réseau des établissements en particulier, « jouit » d'une grande visibilité publique. Ses réussites et ses succès, qui sont nombreux, mais aussi ses dysfonctionnements, et ses contre-performances opérationnelles et financières, reçoivent une riche couverture médiatique et une attention toute particulière des partis d'opposition.

Les enquêtes du Commissaire à la santé et au bien-être¹⁵ sur la perception des Québécois à l'égard du système de santé n'ont pas beaucoup varié entre 2010 et 2013: seulement 23 % des répondants affirment que le système leur paraît efficace contre 42 % au Canada. Près des deux tiers des répondants québécois (64 %) souhaitent d'importants changements dans le fonctionnement du système. Il s'agit d'un important recul par rapport à la satisfaction globale des usagers qui est en 2006-2007 s'estimait très satisfaits dans 60,2 % des cas¹⁶.

Toutefois, la majorité a une bonne opinion des soins prodigués: près de 73 % affirment que la qualité des soins reçus a été excellente ou très bonne. La gestion des médicaments obtient aussi un bon résultat, 74 % des répondants affirmant qu'ils en sont satisfaits.

Le principal motif d'insatisfaction a trait à l'accessibilité aux soins et aux services. Près de la moitié des répondants (48 %) affirment qu'ils ont attendu six jours ou plus pour voir un médecin ou une infirmière (27 % en Ontario); pour plus de 61 % des répondants du Québec, il est difficile de rencontrer un médecin le soir, la fin de semaine ou les jours fériés.

Le Commissaire ne s'étonne pas alors que 38 % des répondants aient visité les urgences même au risque d'attendre plusieurs heures.

15 Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2013. « Rapport annuel de gestion 2012-2013 ». *Gouvernement du Québec*. 154 p.

16 Cardin, Jean-François, Issouf Traoré et Marie-Ève Tremblay. 2007. « Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale: une analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 ». *Institut de la statistique du Québec*. Santé et Bien-être. Recueil statistique. 393 p.

Les enquêtes de la Fondation canadienne pour l'amélioration des soins¹⁷ renforcent cette conclusion: en 2013, le temps d'attente constituait pour 31 % des répondants canadiens le principal enjeu du système public de santé alors que ce taux était de seulement 20 % en 2007 et d'à peine 4 % en 1998.

Si le grand public exprime une opinion défavorable sur la performance générale du système de santé, il se manifeste peu dans les autres canaux par lesquels il pourrait participer à son amélioration: les élections à des postes d'administrateurs dans les conseils d'établissement ou encore la participation à des assemblées publiques d'information restent selon les observateurs des exercices marginaux dont la valeur démocratique n'est pas démontrée.

17 Canadian Foundation for Healthcare Improvement. 2014. *The Health Care in Canada Survey*. 49p.

7. Gouvernance et médecins

Toute refonte majeure de l'organisation et du financement du système public de santé et des services sociaux doit recadrer le rôle des médecins, leurs liens avec le reste de l'appareil des soins et leur mode de rémunération.

En général, au Québec, les médecins sont des professionnels autonomes, rémunérés à l'acte et payés, selon des ententes négociées entre le gouvernement et les associations médicales, par un même agent payeur, la RAMQ. Ils ne sont pas des employés de l'hôpital et ne relèvent pas de la direction de l'établissement.

Ils sont très peu soumis à des mécanismes de reddition de comptes et leur mode de pratique et de rémunération n'est pas nécessairement aligné sur les objectifs du système de santé.

En d'autres termes, sans être les employés de l'institution, sans être rémunérés par l'institution qui leur fournit pourtant l'infrastructure technologique matérielle et professionnelle d'exercice, ils demeurent en terme de dynamique des coûts, les principaux générateurs d'activités.

L'enjeu central à résoudre est donc de réconcilier la demande de services, laquelle provient des médecins et de leurs patients, à la disponibilité de toute l'infrastructure technologique, matérielle et professionnelle soutenue, déployée et maintenue par un système public universel, accessible, complet et financé par des prélèvements fiscaux des gouvernements du Canada et du Québec.

Le même enjeu confronte les gouvernements de tous les pays qui ont un système public de santé. Dans plusieurs pays, ainsi qu'au Québec, mais dans une moindre mesure, les gouvernements, les établissements et les professionnels de la santé ont adopté des formules mixtes de rémunération (à salaire, à l'acte, au forfait, au rendement, au nombre de patients, etc.) assorties parfois de modalités d'intéressement afin d'atteindre des objectifs ou de favoriser de nouvelles pratiques ou de nouveaux protocoles de traitement. Le Québec doit analyser la pertinence pour lui de poursuivre dans la voie tracée par les autres juridictions et s'assurer que le mode de rémunération des médecins soit conforme à une bonne gouvernance et à une utilisation optimale des ressources financières, matérielles et humaines.

L'Alliance canadienne pour les soins de santé durables (ACSSD) et le Conférence Board du Canada ont conclu au printemps 2014 que « l'expérience canadienne et internationale montre qu'il n'existe pas de modèle idéal qui permette d'optimiser les résultats en matière de soins de santé. »¹⁸ Le modèle qui fera le mieux l'affaire de toutes les parties prenantes reste donc à inventer.

18 Goldfarb, Danielle. 2014. *Family Doctor Incentives: Getting Closer to The Sweet Spot*. Conference Board of Canada. 22p.

Au Québec, la plus récente pièce de résistance dans ce débat provient des travaux d'un groupe d'experts, présidé par Madame Wendy Thomson, de l'Université McGill, constitué en mars 2012, pour examiner la faisabilité d'une politique de financement axée sur les patients. Son rapport a été publié en février 2013 et comprend, outre 15 recommandations, un échéancier d'implantation étalé sur quatre ans entre 2014 et 2018.

Le groupe d'experts a recommandé l'adoption d'une approche à l'organisation du système de santé et à son financement résolument tournée vers les besoins des usagers, vers les meilleures pratiques et vers les résultats obtenus. Il n'est pas loin de proposer une révolution culturelle dans l'univers québécois de la santé.

« Globalement, lit-on dans le rapport du groupe d'experts, l'implantation du financement axé sur les patients s'inscrit dans une vision du système de santé où les changements sont dictés par les besoins des usagers et par les capacités technologiques. Un système de santé orienté vers le volume des services offerts et leur qualité est un système s'adaptant plus facilement aux besoins, capable d'intégrer les innovations et les changements. »¹⁹

19 Thomson, Wendy, Réjean Hébert et Nicolas Marceau. 2014. « Pour que l'argent suive le patient : L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé ». Groupe d'expert. *Gouvernement du Québec*. 210 p.

8. Recommandations

Le Groupe de travail est persuadé que la mise en œuvre d'une nouvelle approche axée sur le patient devra recevoir un large support de toutes les parties prenantes pour réussir à s'imposer.

S'ils sont convaincus de son bien-fondé et de sa nécessité, le ministre et le ministère de la Santé et des services sociaux doivent mener ce changement fondamental. Le Groupe de travail est convaincu qu'ils ne pourront exercer leur leadership sans une coopération poussée avec l'autre acteur de la bonne gouvernance du système : la région de services, responsable de la performance du système et de la satisfaction des attentes de ses usagers.

Par région de services, nous entendons une entité géoadministrative chargée de planifier, d'organiser et d'administrer l'offre de services et la prestation de services dans un territoire donné. La région de services devrait correspondre à la répartition la plus fonctionnelle des ressources institutionnelles, professionnelles, matérielles et techniques qui puisse rejoindre les objectifs d'accessibilité des soins et de bonne administration du système. Cette proposition suppose un redécoupage des régions actuelles, lequel devrait être envisagé dans la perspective d'une offre optimale des services sans égard aux limites territoriales des agences régionales ou des régions administratives actuelles.

Le ministère et les régions de services devront se coordonner dans le cadre d'une gouvernance véritablement décentralisée ; une telle gouvernance repose sur une entente quant aux niveaux de service à atteindre ainsi que sur une réelle décentralisation du palier national vers le palier régional dans la manière de planifier, de déployer et d'organiser les ressources.

Un système de santé qui place le patient au cœur de son fonctionnement devra s'appuyer sur une riche et opportune information clinique et financière disponible à ceux qui en ont le plus besoin : les professionnels soignants et les professionnels gestionnaires.

RECOMMANDATION - BLOC 1

La région de services : un nouveau mode de répartition des responsabilités

- **RECOMMANDATION 1** : Outre le MSSS dont la responsabilité est de gouverner (et non de gérer) l'ensemble du système, d'en établir les politiques et le budget, la structure du système de santé devrait reposer sur une dizaine tout au plus de régions de services. La région de services aurait des pouvoirs importants dans la répartition des ressources matérielles, financières et humaines entre les établissements de son territoire, lesquels demeureront des entités distinctes sans un conseil d'administration qui leur soit propre, mais dirigés par un directeur général relevant de la direction de ladite région de services.

RECOMMANDATIONS - BLOC 2

Une gouvernance institutionnelle dynamisée pour les régions de service

- **RECOMMANDATION 2** : Un conseil d'administration gouverne les affaires de la région de services dans l'intérêt public général en continuité avec la politique de la santé et de bien-être au Québec. Cheville ouvrière de la *gouvernance institutionnelle*, ce conseil se compose d'au plus 15 personnes crédibles et dont la majorité seront des administrateurs indépendants. Les priorités et enjeux du MSSS sont véhiculés par les régions de service dont le conseil est imputable envers le MSSS. Chaque région de services présente un plan d'ensemble et un budget au MSSS qui est responsable de leur approbation.

Les administrateurs sont nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux lequel s'oblige à consulter à ce sujet les milieux socioprofessionnels et politiques de la région en tenant compte d'un profil de compétences et d'expérience strictement établi et rigoureusement respecté. Les CMDP, CII, CM et comités des usagers demeurent des instances locales et mettent l'accent sur l'amélioration et le contrôle de la qualité des soins et services.

- **RECOMMANDATION 3** : Le conseil d'administration d'une région de services constituera un certain nombre de comités statutaires : vérification et intercoopération, gouvernance et éthique, ressources humaines. Les administrateurs auront des mandats d'une durée prédéterminée (3 à 5 ans) renouvelables au plus deux fois (donc pour une période maximale de 9 à 15 ans) ; ils auront droit à une modeste rémunération. Par ailleurs, les réunions du conseil et de ses comités et les délibérations des administrateurs devraient se tenir à huis clos. À moins qu'une autre loi ne prescrive le caractère privé d'une information (ex. : protection des renseignements personnels), les procès-verbaux et les sommaires décisionnels au soutien des résolutions devraient être publics. Les rapports annuels de gestion des ressources et de suivi des orientations, de performance et des finances sont des documents publics.
- **RECOMMANDATION 4** : Au moins deux fois, l'an, le conseil d'administration devrait tenir une assemblée publique dans le but d'informer la population sur l'état et l'évolution du système de santé et des services sociaux dans son territoire, rendre compte de l'administration de certaines politiques (ex. : traitement des plaintes), répondre aux questions et échanger avec le public.

- **RECOMMANDATION 5** : Le groupe de travail propose **une gouvernance «stratégique et coordonnée»** (voir figure 1) dans laquelle la région de services tient un rôle déterminant. Les établissements ne sont plus chapeautés par un conseil d'administration. La direction des établissements jouit d'une autonomie réelle, mais enchâssée dans un système de gouvernance stratégique sous l'autorité de la direction de la région de services.

Les dirigeants des établissements doivent instaurer et maintenir une culture de services et d'engagement envers les patients.

Les dirigeants d'une région de services devront mettre en place **un système de gouvernance stratégique** qui assure un dialogue continu entre la direction des établissements et la direction régionale. Cette gouvernance stratégique comporte des échanges sur le plan stratégique, le budget et la performance de chaque établissement tant d'un point de vue financier que de la qualité et promptitude des services. L'approbation éventuelle des plans et budgets relève de la direction de la région de services. *Il est de la plus haute importance que les dirigeants des régions de service soient perçus comme hautement légitimes et crédibles par les dirigeants des établissements.*

- **RECOMMANDATION 6** : La région de service propose au MSSS une entente de gestion pour l'ensemble des services disponibles dans son territoire: un financement axé sur le patient lui est versé.

Selon cette approche, il nous apparaît utile que, outre les sommes allouées par le MSSS pour la prestation des services, les régions de services soient informées de l'enveloppe de la rémunération médicale de la RAMQ pour leur région respective.

Il est important que le travail des médecins fasse l'objet d'ententes contractuelles avec la région de services afin de s'assurer que les efforts médicaux correspondent aux priorités établies en tenant compte notamment de l'impact de ces interventions sur l'ensemble des dépenses de santé et que l'on puisse mesurer les résultats par rapport aux attentes. Les médecins, pierre angulaire du système, doivent jouer un rôle actif pour l'amélioration de la performance et de l'efficacité du système de la santé.

20 Allaire, Yvan, Firsirotu, Mihaela. 2004. « Stratégies et moteurs de performances : les défis et les rouages du leadership stratégique ». *Chenelière McGraw-Hill*. 565 p.

- **RECOMMANDATION 7** : Chacun des établissements propose un plan stratégique et un budget pour atteindre des objectifs de performance. Une fois approuvés par la direction de la région, ces plans et budgets constituent un engagement contractuel entre l'établissement et la direction régionale. Les établissements rendent des comptes à la région de services sur les résultats obtenus et convenus dans leur entente de gestion.
- **RECOMMANDATION 8** : Le réseau universitaire intégré de santé (RUIS) conserve le même mandat qui est le sien aujourd'hui tel que le prescrit la LSSSS.

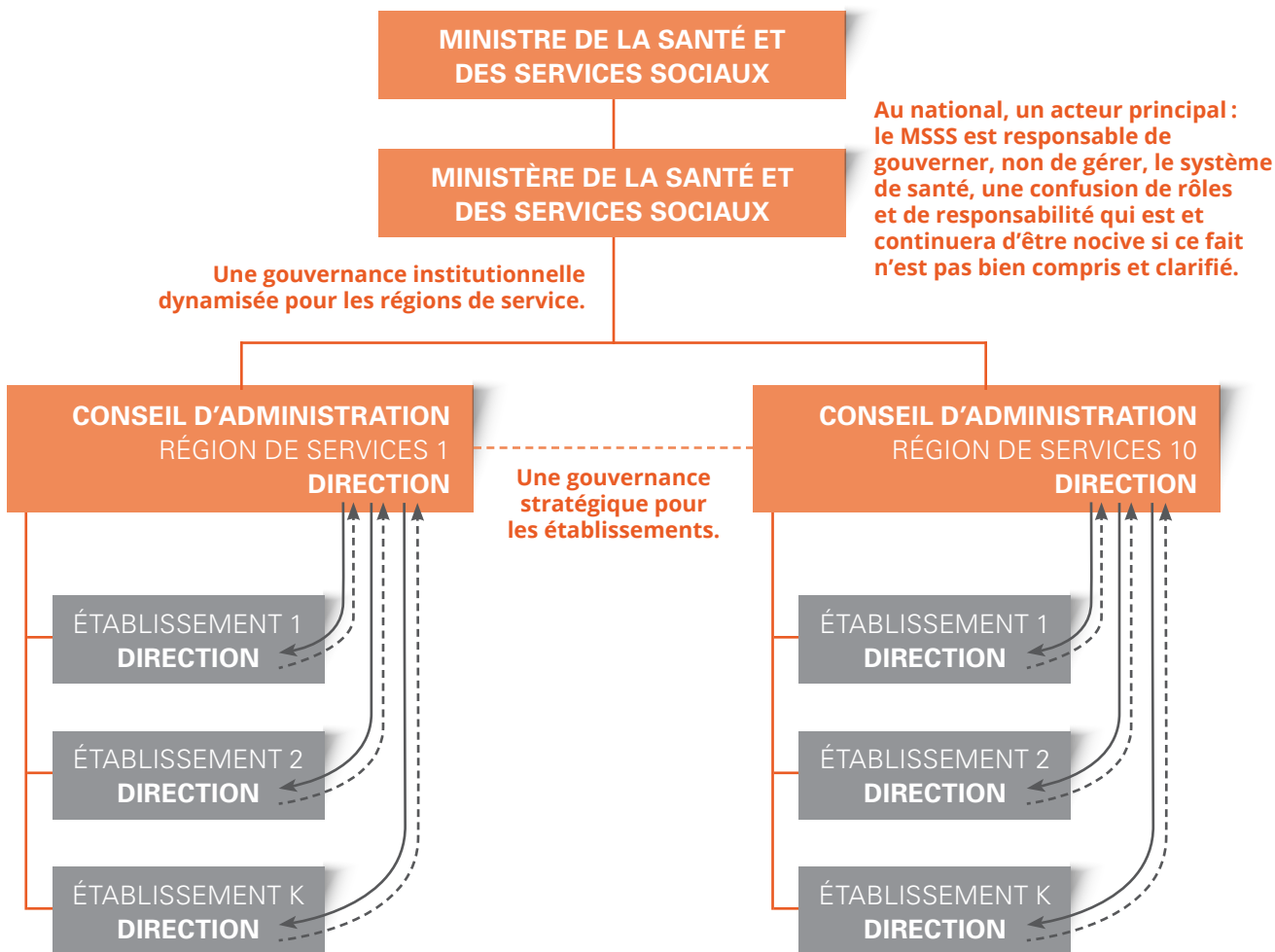
Les établissements de santé ayant une désignation universitaire et les universités auxquelles sont affiliés ces établissements, s'engagent envers les régions de services concernées à propos de :

- l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus à leurs établissements;
 - l'assistance offerte à la faculté de médecine de l'université associée au réseau pour le déploiement de la formation médicale dans la région de services;
 - la prévention de la rupture de services à court, moyen et long terme pour les établissements qui sont dans son territoire de desserte et qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leur clientèle. Chaque centre universitaire couvre au moins une région de services.
- **RECOMMANDATION 9** : Enfin, la région de services et les établissements doivent assurer une bonne gestion des services de santé publique tout en respectant le mandat des organismes régionaux ayant compétence en la matière (Ex. Centres de réadaptation).

Figure 1

Système de santé et gouvernance

La structure du système de santé devrait reposer sur **une dizaine tout au plus de régions de services**. La région de services aurait des pouvoirs importants dans la répartition des ressources matérielles, financières et humaines entre les établissements de son territoire, lesquels demeureront des entités distinctes sans un conseil d'administration qui leur soit propre, mais seraient dirigés par un directeur général relevant de la direction de ladite région de services. Les dirigeants d'une région de services devront mettre en place **un système de gouvernance stratégique qui assure un dialogue continu entre la direction des établissements et la direction régionale**. Cette gouvernance stratégique comporte des échanges sur le plan stratégique, le budget et la performance de chaque établissement tant d'un point de vue financier que de la qualité et promptitude des services.



Les établissements ne sont plus chapeautés par un conseil d'administration. La direction des établissements, relevant de la direction de la région de services, jouit d'une autonomie réelle mais enchâssée dans un système de gouvernance stratégique.

9. Conclusions

On ne saurait trop insister sur l'adoption et le maintien d'une culture de service dans tout le système de la santé et des services sociaux. Une telle culture se manifeste par la transparence de ses activités, par une acceptation de la mesure de sa performance, par une volonté de rendre compte. La responsabilité d'instaurer une telle culture incombe au premier chef au gouvernement du Québec, mais sa réalisation, sa mise en place, relève en bonne partie du système de gouvernance stratégique qui sera mis en place.

Le système déjà plutôt transparent doit fournir l'information utile pour qu'on en connaisse bien le fonctionnement, pour que les usagers puissent en apprécier la performance véritable. Des pratiques reconnues de gestion telles les sondages de mobilisation du personnel et de satisfaction de la clientèle, la rétroaction auprès des groupes clés, la mesure des résultats en regard d'indicateurs moins nombreux, mais plus éloquents devraient faire partie de l'information disponible aux dirigeants des établissements et des régions ainsi qu'aux membres des conseils d'administration.

Un conseil d'administration et une direction d'une région de services qui soient efficaces et crédibles tireront le plein potentiel des ressources disponibles dans leur région. Une gouvernance institutionnelle dynamisée sera plus garante que les dirigeants seront interpellés sur la mise en œuvre des orientations, le déploiement des ressources, le suivi des programmes et la prestation de services.

La mise en place d'une gouvernance stratégique liant intimement les dirigeants des régions de services et les établissements de leur région respective constitue la pierre angulaire d'une volonté nouvelle de *faire mieux autrement*.

10. Bibliographies et références

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 2014. « Rapport sur le climat organisationnel, les relations médico-administratives, les processus de gestion et les causes du déficit chronique au CSSS de la Vallée-de-L'Or ». *Gouvernement du Québec*. 64 p.
- Allaire, Yvan. 2013. « Une gouvernance bric-à-brac ». *La Presse*.
- Allaire, Yvan, Firsirotu, Mihaela. 2004. « Stratégies et moteurs de performances : les défis et les rouages du leadership stratégique ». Chenelière McGraw-Hill. 565 p.
- Bélanger, Annick. 2014. « Quand les relations publiques sont mises à mal ». *Infopresse*.
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement. 2014. *The Health Care in Canada Survey*. 49p.
- Cardin, Jean-François, Issouf Traoré et Marie-Ève Tremblay. 2007. « Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : une analyse des données de l'enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2006-2007 ». *Institut de la statistique du Québec*. Santé et Bien-être. Recueil statistique. 393 p.
- Clavet, Nicholas-James, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud. 2013. « Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants ». *CIRANO*. Montréal : Série scientifique. 14 p.
- Commissaire à la Santé et au Bien-être. 2014. « Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013 ». *Gouvernement du Québec*. 172 p.
- Commissaire à la Santé et au Bien-être. 2014. « Perceptions et expériences de soins : évolution de 2010 à 2013 ». *Québec : Info-Performance*. Bulletin No 6. 2 p.
- Conseil du Trésor Québec. 2014. « Sommaire du budget des dépenses et des crédits, 2014-2015 ». *Gouvernement du Québec*. 210 p.

- Goldfarb, Danielle. 2014. *Family Doctor Incentives: Getting Closer to The Sweet Spot. Conference Board of Canada*. 22p.
- Institut sur la gouvernance (IGOPP). 2008. « Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux du Québec: Pour s'assurer d'une gouvernance en santé ». 26 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2014. « Comptes de la santé 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014 ». *Gouvernement du Québec*. 31 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2014. « Le système de santé et de services sociaux au Québec: en bref ». *Gouvernement du Québec*. 15 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Répertoire des établissements, sommaire provincial et régional ». www.msss.gouv.qc.ca. Consulté en date du 03/07/2014.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2013. « Rapport annuel de gestion 2012-2013 ». *Gouvernement du Québec*. 154 p.
- Samson, Michel. 2013. « Rapport pour l'année 2012-2013. Chapitre 4: Réseau de la santé et des services sociaux ». *Vérificateur général du Québec*. 44 p.
- Thomson, Wendy, Réjean Hébert et Nicolas Marceau. 2014. « Pour que l'argent suive le patient: L'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé ». Groupe d'expert. *Gouvernement du Québec*. 210 p.
- Thomson, Wendy, Roger Paquet et Pierre Shedleur. 2012. « L'implantation du financement à l'activité dans le secteur de la santé et des services sociaux ». Groupe d'expert. *Gouvernement du Québec*. 28 p.

11. À propos de l'IGOPP

LA RÉFÉRENCE EN GOUVERNANCE

Créé en 2005 par deux établissements universitaires (HEC Montréal et l'Université Concordia-École de gestion John-Molson) ainsi que par la Fondation Stephen Jarislowky, l'Institut sur la gouvernance (IGOPP) est devenu un centre d'excellence en matière de gouvernance. Par ses activités de recherche, ses programmes de formation, ses prises de position et ses interventions dans les débats publics, l'IGOPP s'est affirmé comme référence incontournable pour tout sujet de gouvernance tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

NOTRE MISSION

- Renforcer la gouvernance fiduciaire dans le secteur public et privé ;
- Faire évoluer les sociétés d'une gouvernance strictement fiduciaire **vers une gouvernance créatrice de valeurs^{MD}** ;
- Contribuer aux débats et à la solution de problèmes de gouvernance par des prises de position sur des enjeux importants ainsi que par une large diffusion des connaissances en gouvernance.

NOS ACTIVITÉS

Les activités de l'Institut portent sur les quatre domaines suivants :

- **Prises de position**
- **Formation**
- **Recherche**
- **Diffusion des connaissances**

12. Mise en contexte

Dans le cadre d'un partenariat établi en 2007 avec l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), les formateurs de l'IGOPP sont intervenus auprès de plus de 150 conseils d'administration d'établissements du réseau de la santé au Québec. Dans plusieurs cas, la séance de formation de 4 à 6 heures a été précédée d'un diagnostic opérationnel et d'un exercice approfondi d'auto-évaluation du conseil dans son fonctionnement. Toujours en collaboration avec l'AQESSS, l'IGOPP a tenu plusieurs séances de formation à l'intention des présidents de conseil d'administration.

13. ANNEXE A

Biographie des membres du Groupe de travail

YVAN ALLAIRE | Président exécutif du conseil d'administration de l'Institut sur la gouvernance (IGOPP), M. Allaire est professeur émérite de stratégie à l'UQÀM. Cofondateur du Groupe SECOR, il occupa le poste de vice-président exécutif de Bombardier de 1996 à 2001. Détenteur d'un Ph. D. du MIT, le professeur Allaire est membre de la Société royale du Canada. Il a publié de nombreux ouvrages et articles sur la stratégie et la gouvernance des organisations.

GASTON BÉDARD | Président du conseil d'administration du nouveau CHU de Québec (fusion du CHU de Québec et du CHAUQ), président du Groupe de travail sur la gouvernance du réseau de la santé, IGOPP. Il est diplômé du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval, détient un baccalauréat en science comptable et une maîtrise en économie et en gestion des systèmes de l'Université du Québec à Trois-Rivières il détient aussi le titre de Fellow de l'ordre des CPA et CGA.

SONIA BÉLANGER | Directrice générale du CSSS du Sud Ouest Verdun. Elle a œuvré auparavant dans différents centres hospitaliers universitaires. Elle détient un baccalauréat en sciences infirmières et une maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal. Elle est également boursière du programme canadien FORCES/EXTRA.

ISABELLE BRAULT | Présidente du conseil d'administration du CSSS de Dorval Lachine Lasalle et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle détient un Baccalauréat en sciences infirmières, une Maîtrise en administration de la santé et un Doctorat en santé publique - Gestion des services de santé.

RONALD DAHMS | Président du conseil d'administration de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal et président de la firme Optimum Talent. M. Dahms détient un MBA de l'Université de Toronto et possède également une formation en stratégie et organisation pour cadres supérieurs du Stanford University - Graduate School of Business.

DR PIERRE GFELLER | Directeur général de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal depuis 2012 et de deux CSSS des Laurentides auparavant, il a aussi œuvré comme directeur régional des affaires médicales et universitaires à l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Médecin de famille formé aux universités McGill et de Montréal, le Dr Gfeller est également diplômé en gestion (EMBA de l'Université Paris-Dauphine et maîtrise en administration des affaires de l'UQAM) et en santé publique (DESS de l'université Laval).

RICHARD LEGAULT | Président du conseil d'administration du CSSS de l'Ouest-de-l'Île depuis janvier 2009. Il est membre de l'Institut des administrateurs de sociétés section Québec (IAS) et administrateur de sociétés. Il a été formateur en gouvernance et leadership avec l'Institut de la gouvernance (IGOPP) au programme de formation des cadres et dirigeants des HEC. Il possède plus de 35 ans d'expérience en vente et en administration en entreprises manufacturières de haute technologie.

MICHEL NADEAU | Directeur général de l'Institut sur la gouvernance (IGOPP). Après avoir travaillé de 1974 à 1984 au Devoir en tant qu'éditorialiste et responsable des pages financières, il a occupé, durant près de 20 ans, différentes fonctions à la haute direction de la Caisse de dépôt et placement du Québec. Il a notamment été président de CDP Capital, l'entreprise qui regroupait plus de 100 milliards \$ d'actifs. Durant plusieurs années, il a siégé au Comité de régie d'entreprise du Pension Investment Association of Canada (PIAC).

ALAIN DUHAMEL | Secrétaire du Groupe de travail.

YVES GINGRAS | Secrétaire du Groupe de travail.

14. ANNEXE B

Liste des sigles

AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ACSSD	Alliance canadienne pour les soins de santé durables
IGOPP	Institut sur la gouvernance d'organisations publiques et privées
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
DRMG	Département régional de médecine générale
RRSSS	Réseau régional de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
GMF	Groupe de médecine familiale
CII	Conférence des infirmiers et infirmières
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



Institut sur la gouvernance
d'organisations privées et publiques

1000, rue de la Gauchetière Ouest, bureau 1410, Montréal (Québec) H3B 4W5

Téléphone 514.439.9301 | **Télécopieur** 514.439.9305 | **Courriel** info@igopp.org | **www.igopp.org**