

Santé Québec : une mer réglementaire dans un océan de gouvernance

Santé Québec: A Regulatory Sea in an Ocean of Governance

Lucie Lamarche

Volume 55, Number 1, 2026

Le droit public à la croisée des savoirs et des influences : mélanges offerts au professeur Daniel Mockle

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1125553ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1125553ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke

ISSN

0317-9656 (print)

2561-7087 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lamarche, L. (2026). Santé Québec : une mer réglementaire dans un océan de gouvernance. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 55(1), 181–221. <https://doi.org/10.7202/1125553ar>

Article abstract

In light of Professor Daniel Mockle's work, this article examines the recent adoption of the Act respecting the governance of the health and social services system. The latter creates a new public body called "Santé Québec". Professor Mockle has explored in depth the phenomenon of the migration of concepts from new public governance to administrative law and public administration law. He concluded that the principles of new public governance are now enshrined in positive law and, as a result, influence the legitimacy of administrative acts and broaden the spectrum of the founding principles of the democratic state. Drawing on this observation, we propose a six theme reading of the Act respecting the governance of the health and social services system, which has been described as a "mammoth" bill. The Act synthesizes a constellation of laws intended for the new governance of public bodies in Quebec. But can the management of services that account for more than 40% of public spending in Quebec be reduced to a matter of governmentality?



Santé Québec: une mer réglementaire dans un océan de gouvernance

*Santé Québec: A Regulatory Sea
in an Ocean of Governance*

par Lucie LAMARCHE*

À la lumière des travaux du professeur Daniel Mockle, cet article se penche sur la récente adoption de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Celle-ci crée un nouvel organisme public nommé « Santé Québec ». Le professeur Mockle a exploré en profondeur le phénomène de la migration des concepts de la nouvelle gouvernance publique vers le droit administratif et celui de l'administration publique. Il en a conclu que les principes de la nouvelle gouvernance publique se voient désormais inscrits dans le droit positif, influençant ainsi la légitimité des actes administratifs et élargissant le spectre des principes fondateurs de l'État démocratique. En nous inspirant de ce constat, nous proposons une lecture en six thèmes de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, une loi qualifiée de loi « mammoth ». Elle synthétise une constellation de législations destinées à la nouvelle gouvernance des organismes publics au Québec. Mais peut-on réduire à sa seule gouvernementalité la gestion des services qui mobilisent plus de 40 % des dépenses publiques du Québec?

* Lucie Lamarche est professeure au Département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal. L'auteure remercie chaleureusement les évaluatrices et évaluateurs de ce texte pour leur générosité et la grande pertinence de leurs commentaires. La recherche est à jour au 1^{er} juillet 2025. Le texte a toutefois été quelque peu modifié depuis cette date, de manière à tenir compte de certains des plus importants développements récents.

In light of Professor Daniel Mockle's work, this article examines the recent adoption of the Act respecting the governance of the health and social services system. The latter creates a new public body called "Santé Québec". Professor Mockle has explored in depth the phenomenon of the migration of concepts from new public governance to administrative law and public administration law. He concluded that the principles of new public governance are now enshrined in positive law and, as a result, influence the legitimacy of administrative acts and broaden the spectrum of the founding principles of the democratic state. Drawing on this observation, we propose a six theme reading of the Act respecting the governance of the health and social services system, which has been described as a "mammoth" bill. The Act synthesizes a constellation of laws intended for the new governance of public bodies in Quebec. But can the management of services that account for more than 40% of public spending in Quebec be reduced to a matter of governmentality?

A la luz de los trabajos del profesor Daniel Mockle, este artículo examina la reciente adopción de la Ley sobre la Gobernanza del Sistema de Salud y los Servicios Sociales, que crea un nuevo organismo público denominado «Santé Québec». El profesor Mockle ha analizado en profundidad el fenómeno de la migración de los conceptos de la nueva gobernanza pública hacia el derecho administrativo y el derecho de la administración pública. Según sus conclusiones, los principios de esta nueva gobernanza pública se han incorporado al derecho positivo, influyendo en la legitimidad de los actos administrativos y ampliando el espectro de los principios fundadores del Estado democrático. Inspirándonos en esta observación, proponemos una lectura en seis temas de la Ley sobre la Gobernanza del Sistema de Salud y de los Servicios Sociales, una ley calificada de ley «mamut». Esta ley sintetiza una constelación de legislaciones destinadas a la nueva gobernanza de los organismos públicos en Quebec. Pero ¿podemos reducir a su sola gubernamentalidad la gestión de los servicios que movilizan más del 40 % del gasto público de Quebec?

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	185
I. Daniel Mockle et la gouvernance publique	188
II. La LGSSSS sous la loupe	195
A) Du Plan Santé à la LGSSSS	195
B) Mission et soumission	197
C) Le Réseau et la raison	198
D) Santé Québec et la gouvernance : mesurer pour mieux se conformer à la LGSSSS	205
E) Le pouvoir de réglementer et Santé Québec	210
F) Les droits des usagers : une version modernisée de la LSSSS	215
Conclusion et discussion	219

Introduction

L'appartenance à une communauté universitaire se caractérise notamment par le bonheur d'y côtoyer des collègues d'exception. Le professeur Daniel Mockle est l'un de ces collègues. À titre d'administrativiste, on peut affirmer que ses travaux brillent par leur rigueur, leur constance ainsi que par leur élégance et leur grande intelligibilité. Le professeur Mockle est, en quelque sorte, un « ethnologue » des concepts de l'État, de la gouvernance et de la règle de droit. Sa perspective est loin d'être figée. Au contraire, elle s'inscrit d'une manière dynamique dans l'évolution des principes fondateurs de l'État de droit, parmi lesquels il faut dorénavant compter l'inscription prescriptive des règles de la gouvernance, une importation des sciences sociales et du management public. À la suite de la consécration contemporaine du besoin de « gérer l'État autrement », le professeur Mockle en est venu à la conclusion que cela ne signifie pas que l'État doive être géré en dehors du droit. Au contraire, affirme-t-il, les exigences de la nouvelle gouvernance publique et de la bonne gouvernance sont désormais inscrites dans le droit positif, élargissant ainsi le spectre des principes écrits et non écrits qui fondent l'État démocratique.

Notre contribution prend en quelque sorte le professeur Mockle au pied de la lettre, en nous inspirant d'un récent événement législatif québécois. Il s'agit de l'adoption de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*¹, laquelle a été sanctionnée le 13 décembre 2023. Elle a créé Santé Québec. Le mécanisme d'entrée en vigueur de cette loi s'est avéré assez complexe, mais il peut se résumer comme suit. Sauf pour les 17 exceptions prévues à l'article 1636 de la LGSSSS, elle est entrée

¹ L.Q. 2023, c. 34 (ci-après « LGSSSS », du fait de l'article 1633 de cette loi, qui énonce qu'elle peut être citée comme la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*). À toutes fins utiles, cette loi remplace la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2 (ci-après « LSSSS »), qui désormais portera le nom de *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (art. 1293 de la LGSSSS). L'article 1294 de la LGSSSS prévoit que la LSSSS s'appliquera, dans la mesure où elle vise les territoires dont il est question aux Parties IV.1 (Dispositions particulières applicables sur le territoire visé par la Loi sur les villages nordiques et l'Administration régionale Kativik) et IV.3 (Dispositions particulières applicables sur certaines terres transférées pour l'usage exclusif de la nation Naskapi de Kawawachikamach) de la LSSSS.

en vigueur le 1^{er} décembre 2024². Les exceptions prévues à l'article 1636 s'expliquent notamment par le fait que la LGSSSS n'amendait rien de moins que 124 législations et nécessitait la création matérielle de Santé Québec, un nouvel organisme public. Ajoutons que cette entrée en vigueur s'inscrit dans un contexte d'incessantes turbulences qui distinguent actuellement le monde de la santé et des services sociaux au Québec.

La LGSSSS a souvent été qualifiée de « loi mammouth ». Elle comporte 1636 articles. En réalité, ceux-ci sont presque également répartis entre les dispositions remplaçant la LSSSS – en y ajoutant quelques nouveautés – et celles destinées à l'amendement d'une multitude de législations existantes.

L'exercice qui suit comporte des limites. En effet, il ne s'agit pas ici de porter un regard sur l'ensemble du système de santé et des services sociaux du Québec, mais bien sur la gestion des opérations de celui-ci. C'est pourquoi ne seront pas considérés, dans cette analyse, par exemple, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*³, la *Loi sur l'assurance médicaments*⁴, la *Loi sur l'assurance maladie*⁵, et non plus, la *Loi canadienne sur la santé*⁶. Nul besoin de préciser néanmoins l'importance primordiale de ces législations.

De même, nous ferons le sacrifice de plusieurs autres aspects de la LGSSSS qui ne sont pas moins dignes d'attention. Nous pensons ici, entre autres, aux relations de travail, en raison de la migration, à terme, de la main-d'œuvre du secteur public de la santé et des services sociaux vers un nouvel employeur, à savoir Santé Québec⁷. Enfin, nous ne traiterons pas des

² *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, L.Q. 2023, c. 34, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2024 (décret), (2024) 24 G.O. II, 3391.

³ RLRQ, c. A-28.

⁴ RLRQ, c. A-29.01.

⁵ RLRQ, c. A-29.

⁶ L.R.C. 1985, c. C-6.

⁷ Santé Québec deviendra le plus gros employeur au Canada, avec ses 350 000 salarié.e.s. Voir: Jean-Pierre LARCHE, « Santé Québec inc. », *Le.Point.syndical*, en ligne : <perma.cc/GS3S-66DZ>.

nouvelles relations créées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Premiers Peuples⁸.

Plusieurs raisons nous incitent à mobiliser les travaux du professeur Mockle aux fins de la lecture et de l'analyse de la LGSSSS. Premièrement, un fait de nature lexicale a attiré notre attention. Il en a déjà été question, l'article 1633 de la loi énonce qu'elle peut être citée comme la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*. Ce procédé qui consiste à proposer un titre alternatif à une loi n'est pas inusité et répond souvent à l'intérêt pratique que représente un titre abrégé pour évoquer ou pour citer une législation. Le cas de la LGSSSS nous semble différent. La loi propose de mettre au-devant de la scène la gouvernance d'un système⁹ (celui des services de santé et de services sociaux) – qui accapare plus ou moins 40 % des dépenses de programmes du Québec – en en confiant la gestion à ce qu'on appelle, dans le langage courant, une «agence¹⁰». Le site Web du MSSS¹¹ mentionne d'ailleurs la LGSSSS en référant à la gouvernance, et non en utilisant son titre officiel qui, littéralement, se limite aux ambitions d'efficacité du système québécois de santé et de services sociaux.

Deuxièmement, l'idée d'une loi de gouvernance dont l'objet concerne plusieurs droits humains fondamentaux (la vie, la sécurité de la personne, l'égalité, l'accès non discriminatoire aux soins de santé, par exemple), tout en réduisant la personne à son statut d'utilisateur, nous interpelle. Car la LGSSSS esquive presque totalement le lien qui existe entre l'action gouvernementale

⁸ À cet égard, l'article 1294 de la LGSSSS substitue l'autorité du ministre à celle des précédentes agences créées par la LSSSS. Pour les fins de cet article, la référence au «ministre» signifie le ministre de la Santé du Québec. Deux autres ministres occupent des fonctions particulières au sein du gouvernement du Québec : le ministre responsable des Services sociaux et la ministre responsable des Aînés.

⁹ La LSSSS parle plutôt d'un régime. Voir : *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis*, préc., note 1, art. 1.

¹⁰ Le concept d'agence disparaît définitivement dans la LGSSSS. Il évoque néanmoins, dans les théories de la nouvelle gestion publique, un organisme chargé de l'opérationnalisation d'une politique publique.

¹¹ Voir, à titre d'exemple : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, en ligne : <perma.cc/5DBU-CYTV>.

et les droits humains. Jusqu'où peut-on isoler les enjeux de la gouvernance de ceux-ci?

La LGSSSS n'introduit pas dans la gestion du système de santé et de services sociaux du Québec la nouvelle gouvernance publique ou nouvelle gestion publique (NGP), laquelle favorise la gestion par cibles, objectifs et méthodes d'évaluation du rendement. Il suffit de consulter le site Web du MSSS pour s'en convaincre¹². Elle mobilise toutefois le droit et la législation, afin d'opérer deux virages qui nous semblent majeurs. D'une part, elle crée une personne morale ou un organisme public à qui elle confie la gestion des opérations de ce système (Santé Québec) et se fonde pour ce faire sur des principes de gouvernance. D'autre part, elle départage les responsabilités ministérielles de celles du mandataire et assujettit celui-ci à tous les outils et objectifs de gouvernance déjà prévus par diverses législations québécoises. À cette fin, Santé Québec se définit comme un organisme public. Ainsi, il nous apparaît que la LGSSSS renforce la migration vers le droit dur des principes et des méthodes de la NGP. Ce double mouvement fait écho aux travaux du professeur Mockle.

Le texte est organisé comme suit. Une première partie opère un retour-synthèse sur les travaux du professeur Mockle (partie I). Une seconde partie procède à l'examen empirique et analytique de la LGSSSS (partie II). Elle est organisée en six sous-parties : le contexte de l'adoption de la LGSSSS; la mission de Santé Québec; le rappel de l'organisation du Réseau de la santé et des services sociaux; la présentation des outils de gouvernance encadrant Santé Québec; l'examen des dispositions relatives au pouvoir de réglementer; les droits des usagers. Enfin, une brève discussion conclura cette analyse.

I. Daniel Mockle et la gouvernance publique

Pour mener à bien ses travaux, le professeur Mockle n'a pas hésité à emprunter, tantôt des chemins théoriques¹³, tantôt des chemins plus

¹² Voir, à titre d'exemple : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Performance du réseau de la santé et des services sociaux*, en ligne : <perma.cc/6LQJ-LACU>.

¹³ Voir, en particulier : Daniel MOCKLE, «Le débat sur les principes et les fondements du droit administratif global», (2012) 53-1 *C. de D.* 3; Daniel MOCKLE, *La gouvernance, le droit et l'État*, Bruxelles, Bruylant, 2007; Daniel MOCKLE, «Le principe général du

empiriques¹⁴. Dans tous les cas, son insatiable curiosité l'a amené à s'intéresser à d'autres disciplines que le droit, tout autant qu'à s'inspirer de diverses traditions juridiques, dont la tradition française¹⁵ et celle issue de la common law¹⁶. De plus, il n'a pas été indifférent aux effets de la mondialisation et de la transnationalisation des principes façonnant aujourd'hui l'État de droit¹⁷.

bon gouvernement», (2019) 60-4 *C. de D.* 1031; Daniel MOCKLE, *La gouvernance publique*, Paris, L.G.D.J., 2022.

¹⁴ Daniel MOCKLE, «La question du droit dans la transformation numérique des administrations publiques», (2019) 49-2-3 *R.D.U.S.* 223; Daniel MOCKLE, «La réglementation intelligente : réguler mieux ou réguler moins?», (2015) 31-6 *R.F.D.A.* 1225; Daniel MOCKLE, «Le Tribunal administratif du Québec et la nouvelle gestion publique», (2013) 26-3 *C.J.A.L.P.* 227.

¹⁵ En particulier, les travaux suivants sont souvent mobilisés par Mockle : Jacques CHEVALLIER, *L'État post-moderne*, 5^e éd., Paris, L.G.D.J., 2017; Gilles J. GUGLIELMI et Élisabeth ZOLLER (dir.), *Transparence, démocratie et gouvernance citoyenne*, Paris, Éditions Panthéon-Assas, 2014; Guillaume TUSSEAU, «Métathéorie de la notion de principe dans la théorie du droit contemporaine. Sur quelques écoles de définition des principes», dans Sylvie CAUDAL (dir.), *Les principes en droit*, Paris, Economica, 2008, p. 75; Valérie LASSERRE et François TERRÉ, *Le nouvel ordre juridique. Le droit de la gouvernance*, Paris, LexisNexis, 2015; Stéphane BERNATCHEZ et Louise LALONDE (dir.), *La place du droit dans la nouvelle gouvernance étatique*, Sherbrooke, Éditions Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 2011.

¹⁶ De même, pour le monde de tradition anglophone : David LEVI-FAUR (dir.), *The Oxford Handbook of Governance*, Oxford, Oxford University Press, 2012; Gordon ANTHONY, Jean-Bernard AUBY, John MORISON et Tom ZWART, *Values in Global Administrative Law*, Oxford, Hart, 2011; Stephen BELL et Andrew HINDMOOR, *Rethinking Governance. The Centrality of the State in Modern Society*, Cambridge, Cambridge University Press, 2009; Mark BEVIR, *Key Concepts in Governance*, Los Angeles, SAGE, 2009; Carol HARLOW et Richard RAWLINGS, *Law and Administration*, 3^e éd., Cambridge, Cambridge University Press, 2009; Janet NEWMAN, «Constructing Accountability: Network Governance and Managerial Agency», (2004) 19-4 *Public Policy Administration* 17; Stephen P. OSBORNE, *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*, Londres, Routledge, 2010; Jon PIERRE et B. Guy PETERS, *Governance, Politics and the State*, New York, St. Martin's Press, 2000; Christopher POLLITT et Geert BOUCKAERT, *Public Management Reform. A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2011; R. A. W. RHODES, *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity, and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.

¹⁷ Daniel MOCKLE (dir.), *Mondialisation et État de droit*, Bruxelles, Bruylant, 2002.

Mais enfin, le professeur Mockle demeure un administrativiste aguerri et averti. Ce sont les nouvelles manifestations de l'acte administratif¹⁸ dans la gouvernance publique qui retiennent son attention¹⁹. Et celles-ci reposent notamment sur des principes à l'origine étrangers au droit, mais qui néanmoins abondent dorénavant en droit positif québécois et canadien. En effet, les finalités de l'acte administratif – et donc du service public²⁰ – sont largement saisis par le droit : la transparence; l'efficacité; la qualité; la célérité; la responsabilité; l'imputabilité. S'ajoutent à ceux-ci d'autres idées qui évoquent la participation démocratique à l'art de la gouvernance publique : la participation de la société civile et le droit à l'information. Au Québec, la *Loi sur l'administration publique*²¹ en fait état. Mais un tel énoncé ne lui est pas exclusif.

¹⁸ Sur la question de l'acte administratif, voir : Pierre ISSALYS et Denis LEMIEUX, *L'action gouvernementale. Précis de droit des institutions administratives*, 4^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2020, chapitre 3; Daniel MOCKLE, « De quelques influences croisées dans l'élaboration de la théorie des actes administratifs », dans Sophie LAVALÉE et Pierre ISSALYS (dir.), *Vastes mondes. Études en l'honneur du professeur Denis Lemieux*, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2018, p. 245; Daniel MOCKLE, « Politiques, directives et instruments de gestion », dans JurisClasseur Québec, coll. « Droit public », *Droit administratif*, fasc. 5, Montréal, LexisNexis Canada, à jour au 1^{er} janvier 2025 (LAd/QL).

¹⁹ D. MOCKLE, « Le principe général du bon gouvernement », préc., note 13; Daniel MOCKLE, « La justice, l'efficacité et l'imputabilité », (2013) 54-4 *C. de D.* 613; Daniel MOCKLE, « La motivation des actes administratifs au Canada », (2019) 17 *C.R.D.F.* 125.

²⁰ Sur cette question, voir : Marie-Louise PELLETIER, « Les fondements et les bouleversements de la notion de service public en droit québécois », dans Eugénie BROUILLET (dir.), *Le juriste de l'État au cœur d'un droit public en mouvement*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 139.

²¹ RLRQ, c. A-6.01, art. 1 et 2. L'article 1 se lit comme suit (le soulignement est de nous) :

La présente loi affirme la priorité accordée par l'Administration gouvernementale, dans l'élaboration et l'application des règles d'administration publique, à la qualité des services aux citoyens; elle instaure ainsi un cadre de gestion axé sur les résultats et sur le respect du principe de la transparence.

Elle reconnaît le rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale et leur contribution à l'amélioration des services aux citoyens en favorisant l'imputabilité de l'Administration gouvernementale devant l'Assemblée nationale.

L'article 2 énonce les principes du cadre de gestion de l'Action gouvernementale, qui concourt plus particulièrement (le soulignement est de nous) :

Mockle en conclut que ces principes, qu'il qualifie d'«extra-systémiques», en ce qu'ils ne sont pas issus du lexique de la terminologie juridique, agissent sur celui fondateur de la légitimité démocratique de l'action gouvernementale, notamment en refaçonant le concept d'imputabilité, pour le contenir à des ambitions technocratiques de mesurabilité et de «calculabilité». Ainsi, la nouvelle façon de gouverner excèderait, ou déborderait le principe de légalité de l'action gouvernementale²². De surcroît, l'expression prescriptive de cette gouvernance par la stratégie de la mesure agit sur le temps du droit. Alors que le principe de légalité classique crée l'attente du résultat immédiat de son respect, celui issu de la nouvelle gouvernance publique reporte sur le temps long le contrôle des modalités d'exercice du pouvoir. Mockle propose que cela découle d'un modèle d'analyse fonctionnelle de ces nouveaux principes, qui se distingue non seulement par des importations extra-systémiques, mais aussi par des ensembles flexibles de modes de régulation²³.

La nouvelle gouvernance publique ne constitue donc pas une nouveauté. Citant Chevallier²⁴ ainsi que Pollitt et Bouckaert²⁵, Grenier et Bourque rappellent qu'elle a émergé des critiques de l'administration publique

1° à la prise en compte, dans les choix de gestion, des attentes exprimées par les citoyens en fonction des ressources disponibles;

2° à l'atteinte de résultats en fonction d'objectifs préalablement établis;

3° à une plus grande flexibilité pour les ministères et organismes par l'adaptation des règles de gestion à leur situation;

4° à la reconnaissance du rôle des sous-ministres et des dirigeants d'organismes dans l'exercice des contrôles relatifs à la gestion axée sur les résultats;

5° à une reddition de comptes qui porte sur la performance dans l'atteinte des résultats;

6° à une utilisation optimale des ressources de l'Administration gouvernementale;

7° à l'accès, par l'Assemblée nationale, à une information pertinente sur les activités de l'Administration gouvernementale.

²² D. MOCKLE, *La gouvernance publique*, préc., note 13, p. 68 et 101.

²³ Daniel MOCKLE, «Les principes de la nouvelle gouvernance publique», dans Gilles J. GUGLIELMI et Élisabeth ZOLLER (dir.), *Transparence, démocratie et gouvernance citoyenne*, Paris, Éditions Panthéon-Assas, 2014, p. 89, aux p. 92 et 99.

²⁴ J. CHEVALLIER, préc., note 15.

²⁵ C. POLLITT et G. BOUCKAERT, préc., note 16.

classique défendue par Weber²⁶. Suffoquant sous le poids de la noble mission d'une administration publique gouvernée par la seule autorité rationnelle de l'État, elle aurait cédé le pas aux valeurs du secteur privé (économie; efficacité; efficience), et ce, d'au moins deux manières. D'une part, en valorisant les processus et les méthodes; d'autre part, en scindant le *steering*²⁷ (la responsabilité politique des grandes orientations) du *rowing*²⁸ (la délégation à des organismes publics de la mise en œuvre et de l'opérationnalisation). Après des décennies d'expérimentation plus ou moins heureuse, voire parfois extrême, comme dans le cas du Royaume-Uni²⁹, Pollitt et Bouckaert proposent néanmoins que nous sommes entrés dans une ère néo-wébérienne. Cette ère se distinguerait par quatre facteurs. Premièrement, l'intégration par la fonction publique des principes de la gestion privée. Deuxièmement, l'incorporation de la voix citoyenne (la participation) au design des politiques publiques et de leur gestion en ajout du principe de base de la démocratie représentative. Troisièmement, l'inscription dans le droit des valeurs et des principes du nouveau management public à des fins de mesure du rendement – c'est ce que Mockle désigne comme la mesurabilité et la «calculabilité». Et enfin, la transformation de l'agent public en gestionnaire de performance, une fonction que Pollitt et Bouckaert différencie du rôle classique d'expert «dans son domaine», qui aurait été celui du fonctionnaire³⁰.

Quoi qu'il en soit de la «nouvelle» gouvernance publique, un fait demeure : il faut créer des entités destinées au *rowing* de l'action publique. À cet égard, le Québec, comme les autres États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ont expérimenté la période des agences. *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique* définit une «agence» comme «une entité qui bénéficie d'une certaine autonomie, sans être formellement indépendante à l'égard d'un des organismes centraux du gouvernement (un ministère), et qui prend en charge

²⁶ Josée GRENIER et Mélanie BOURQUE, *Les services sociaux à l'ère managériale*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2018, p. 3.

²⁷ Le pilotage, en français.

²⁸ Littéralement, le rameur ou l'aviron d'une embarcation nautique, en français.

²⁹ On consultera à ce sujet l'ouvrage convaincant de C. HARLOW et R. RAWLINGS, préc., note 16.

³⁰ C. POLLITT et G. BOUCKAERT, préc., note 16, p. 118 et 119.

des services d'intérêt public pour le compte de ce dernier³¹ ». Il faut donc que le droit procède à la création, mais aussi à la délégation de pouvoirs de gestion en faveur de l'agence. On dira alors que l'agence dépolitise les processus d'allocation des ressources concernées³² et favorise l'expertise³³. Au-delà de l'usage commun du terme « agence », nous nous trouvons en réalité en présence d'organismes publics qui sont des personnes morales mandataires de l'État. Et il en va ainsi tout autant pour l'Autorité régionale de transport métropolitain³⁴ que pour Santé Québec³⁵ ou tout autre organisme public qualifié d'« agence » dans le langage courant.

En matière de services et de soins de santé, la rareté des ressources, particulièrement, se situe à la base des décisions administratives les allouant (les résultats). Et la mesure (ou la « calculabilité », pour reprendre les termes du professeur Mockle) légitime la raisonnable de la décision administrative. La décision rendue par la Cour supérieure du Québec dans *Roper*³⁶, en 2022, nous semble illustrer adéquatement ce qu'il reste du contrôle judiciaire de l'acte administratif dans le contexte de la NGP. Le demandeur conteste le plan de répartition des effectifs médicaux effectué annuellement par le ministre de la Santé, le jugeant déraisonnable. De surcroît, il prétend que cette décision porte atteinte aux droits fondamentaux des citoyens de la région (Montréal). Nul ne conteste, dans cette affaire, le fait que le système de santé québécois n'offre pas un accès optimal à un médecin de famille de première ligne³⁷. Le débat porte sur la répartition régionale – ou sous-régionale – des effectifs, une fois le Plan national établi. La preuve révèle que le ministre a discrétionnairement réajusté

³¹ Benoît RIGAUD, « Agence », dans Louis CÔTÉ et Jean-François SAVARD (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, 2012, en ligne : <perma.cc/D5X9-DKZL>.

³² *Id.*

³³ Christel KOOP et Chris HANRETTY, « Political Independence, Accountability, and the Quality of Regulatory Decision-Making », (2018) 51-1 *Comparative Political Studies* 38.

³⁴ *Loi sur l'Autorité régionale de transport métropolitain*, RLRQ, c. A-33.3, art. 1.

³⁵ LGSSSS, préc., note 1, art. 24.

³⁶ *Roper c. Procureur général du Québec*, 2022 QCCS 3335, conf. par 2023 QCCA 1347 (demande d'autorisation d'appel rejetée, C.S.C., 2024-08-08, 41056).

³⁷ *Id.*, par. 14.

à la baisse et sans explication le nombre de postes de médecins alloués à la région³⁸. Elle indique aussi que la répartition est effectuée – avant la décision finale du ministre à ce sujet – au prorata de l'écart au besoin déterminé, selon le processus établi et selon des critères connus. Sur le débat strictement administratif du litige, la juge Poulin de la Cour supérieure conclut comme suit :

Le Tribunal voit une distinction fondamentale entre la situation en l'espèce et celle qui était à l'étude par la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli*. En l'espèce, le Ministre ne met pas en place une mesure qui a pour effet de limiter l'accès aux soins de santé. Il répartit des effectifs restreints, ce que la loi lui demande de faire, selon un processus qui a essentiellement pour objectif de répartir ceux-ci équitablement à l'échelle de la province³⁹.

Le Plan national d'effectifs ayant constitué la preuve du MSSS (disponibilité, objectifs et données démographiques) semble ici garant de la raisonnable de la décision ministérielle. C'est ce que confirme la Cour d'appel, en avalisant la décision de la juge Poulin. Pour ce faire, elle cite l'arrêt *Bellefleur*⁴⁰ :

À l'endroit du pouvoir exécutif et administratif, leur tâche [celle des tribunaux] est de s'assurer que la loi, et donc la volonté du Parlement, a bel et bien été suivie et respectée. Ils ne peuvent et ne doivent pas s'ériger en arbitres de l'opportunité, de la rationalité, de la prudence ou de la sagesse des décisions politiques ou administratives⁴¹.

La raisonnable de l'acte administratif est donc largement affaire de mesure, une mesure faisant écho aux critères de l'article 2 de la *Loi sur l'administration publique*⁴². Ainsi, celle-ci est étrangère aux besoins autrement mesurés des usagers du système de santé (le respect de leurs droits, par exemple). Non seulement cette raisonnable juridique est-elle bridée par les limites des ressources, un critère prévu par la *Loi sur l'administration*

³⁸ *Id.*, par. 94.

³⁹ *Id.*, par. 124 (le soulignement est de nous).

⁴⁰ *Roper c. Procureur général du Québec*, 2023 QCCA 1347, par. 7.

⁴¹ *Bellefleur c. Québec (Procureur général)*, [1993] R.J.Q. 2320, 59 (C.A.).

⁴² *Loi sur l'administration publique*, préc., note 21.

*publique*⁴³, mais en sus, elle détermine les règles de la reddition de compte axée sur les résultats. Difficile de mieux voir comment la NGP est désormais inscrite dans le droit, pour reprendre les propos du professeur Mockle.

La LGSSSS et Santé Québec héritent de ce nouveau langage juridique de l'acte administratif, dans un monde hautement technocratique où foisonnent de tels actes. Nous nous engageons donc dans l'analyse de la LGSSSS portée par la question de savoir si et comment le fait de confier à une agence (un organisme public) le *rowing* du système de santé québécois fait écho de quelque manière aux travaux du professeur Mockle.

II. La LGSSSS sous la loupe

A) Du Plan Santé à la LGSSSS

Le Gouvernement du Québec a rendu public le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*⁴⁴ en 2022. Celui-ci fait écho au Rapport Savoie⁴⁵, publié en juin 2022, qui lui-même prenait en compte les travaux de la commission Clair⁴⁶, notamment. Manifestement, l'histoire ayant mené à l'adoption de la LGSSSS démontre que le système québécois de santé et de services sociaux est « malade », et ce, depuis longtemps⁴⁷. Si l'approche

⁴³ *Id.*

⁴⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, 2022, en ligne : <perma.cc/8BQV-J3Y9> (ci-après « Plan Santé »).

⁴⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux. Constats et recommandations*, 2022, en ligne : <perma.cc/9GR2-3A37>. Voir aussi : COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Le devoir de faire autrement. Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – Covid-19*, 2022, en ligne : <perma.cc/4XFN-68P2>.

⁴⁶ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, 2000, en ligne : <perma.cc/DV6J-U7BE>. Aux pages 23 et 24 de son Rapport, Dominique Savoie cite le Rapport Clair : « Michel Clair abondait d'ailleurs dans ce sens et parlait déjà de concentration dans son rapport [...] en se demandant si “la structure ministérielle telle qu'on la connaît était toujours adaptée au contexte actuel pour agir comme principal instrument de gouverne en fait d'administration globale de l'offre de services” » (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 45, p. 23 et 24).

⁴⁷ Christian ROUILLARD et Nathalie BURLONE, « Gouvernance, managérialisme et mesure de performance : la réforme du secteur de la santé et des services sociaux au Québec »,

axée sur le patient constitue une nécessité, le Rapport Savoie insiste – sans s’étendre sur la méthode – sur le besoin d’une instance de coordination et de supervision, afin d’optimiser l’accès aux soins. Il distingue à cette fin le « Quoi » du « Comment » ou, dit autrement, les orientations stratégiques en santé de l’opérationnalisation des services. Le Rapport précise que les initiatives de mesures de la performance initiées par le MSSS et par le Réseau ont atteint leurs limites⁴⁸. Il faut gagner en flexibilité, en agilité, et améliorer l’expérience de l’usager (créer de la valeur au bénéfice des usagers). Enfin, il faut renforcer l’imputabilité des gestionnaires de proximité, en favorisant la décentralisation⁴⁹.

Santé Québec assurera la prévisibilité, l’accessibilité, l’efficacité et la pérennité du Réseau, au-delà des gouvernements en place. Il se dédiera donc à la performance du Réseau, en faisant des gains d’efficacité. Le pari consiste donc à croire ce qui suit. D’une part, le local et le régional se concentreront sur les besoins de l’usager dans une logique de subsidiarité et de proximité, ce qui

dans Christian ROUILLARD et Nathalie BURLONE (dir.), *L’État et la société civile sous le joug de la gouvernance*, Québec, Presses de l’Université Laval, 2011, p. 27; Damien CONTANDRIOPOULOS et Émile TREMBLAY, « Les réformes du système de santé québécois : une constance dans l’échec », (2009) 76 *Sciences de la société* 14; Josée GRENIER et Mélanie BOURQUE, avec la collab. de Nathalie ST-AMOUR, *L’évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*, Université du Québec en Outaouais, Campus Saint-Jérôme, 2014; François CHAMPAGNE, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Geneviève STE-MARIE et Élise CHARTRAND, *L’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. Portrait de la situation*, École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM), Université de Montréal, 2018.

⁴⁸ Pour illustrer à quel point le MSSS est déjà engagé dans la gestion des indicateurs de performance du système, on consultera, à titre d’exemple, le tableau de bord *Performance du réseau de la santé et des services sociaux* (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 12).

⁴⁹ Au titre des constats, on trouve ce qui suit : « Les autorités centrales demeurent trop engagées dans la gestion courante des opérations. Les gestionnaires sur le terrain n’ont pas assez d’autonomie et d’imputabilité. La présence aléatoire d’un gestionnaire imputable, selon les établissements et les installations, limite la gestion de proximité et éloigne la prise de décision du terrain » (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 45, p. 12).

engagera l'imputabilité des gestionnaires locaux et régionaux. C'est le spectre de la décentralisation. D'autre part, Santé Québec concentrera ses efforts sur l'évaluation de la performance et sur les gains d'efficacité. C'est le spectre de la sur-centralisation des opérations, lequel toutefois demeurera lourdement soumis aux orientations ministérielles et aux disponibilités budgétaires.

Un tel pari s'inscrit textuellement dans le cadre de gestion de l'administration publique prévu à l'article 2 de la *Loi sur l'administration publique*⁵⁰, lequel, comme le démontre avec éloquence le professeur Mockle, s'en remet à la «raisonnabilité par la calculabilité». De surcroît, si la participation citoyenne se situe elle aussi au cœur de la NGP, il n'en demeure pas moins qu'en vertu du premier alinéa de cet article 2, cette parole est soumise à la limite des ressources disponibles. La mission de Santé Québec peut donc être définie comme un exercice de soumission à la NGP, légitimé par les nouvelles finalités de l'acte administratif saisi par le droit.

B) Mission et soumission

La LGSSSS confie à Santé Québec la charge d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements⁵¹. L'article 26 de la LGSSSS prévoit notamment que Santé Québec doit mettre en œuvre les orientations, les cibles et les standards déterminés par le ministre, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation des services⁵². De plus, le ministre peut déterminer des orientations portant sur les principes et les pratiques que Santé Québec doit favoriser ainsi que des objectifs que l'organisme doit poursuivre dans la réalisation de sa mission ou l'exercice de ses fonctions⁵³. Enfin, le ministre peut émettre une directive à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celui-ci, y compris sur la gestion des ressources humaines, matérielles et financières⁵⁴.

⁵⁰ *Loi sur l'administration publique*, préc., note 21.

⁵¹ LGSSSS, préc., note 1, art. 1 al. 2.

⁵² *Id.*, art. 26 al. 3.

⁵³ *Id.*, art. 28.

⁵⁴ *Id.*, art. 29. Cette responsabilité ministérielle, toutefois, est adoptée sous réserve de l'article 40 de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, RLRQ, c. G-1.02. Cet article prévoit que de telles directives doivent être approuvées par le gouvernement.

L'article 32 de la LGSSSS impose à Santé Québec le respect de pratiques de gestion saine, dont celui du principe de subsidiarité, ainsi que de certains objectifs : une culture organisationnelle axée sur le service aux usagers; une gestion de proximité; une cogestion clinico-administrative; la recherche de l'adéquation et de la continuité des services, compte tenu des ressources disponibles; la collaboration avec les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être, dans le but d'agir sur les déterminants de la santé.

Cette énumération des attributs de Santé Québec et des pouvoirs du ministre en la matière donne une idée assez juste de ce qui distingue, dans ce système, le pilotage de la mise en œuvre opérationnelle (les rameurs), celle-ci étant limitée à sa dimension technocratique. Santé Québec crée donc une nouvelle génération de fonctionnaires-gestionnaires qui sont soumis à la volonté politique du ministre de la Santé. Du Rapport Savoie à la LGSSSS, on s'explique toutefois difficilement pourquoi ces « rameurs », que sont les personnes employées de Santé Québec, rameront mieux que les fonctionnaires du ministère, d'autant que plusieurs « rameurs » sont d'anciens fonctionnaires. Quelles limites ont donc été atteintes, pour reprendre les termes du Rapport Savoie⁵⁵, afin de légitimer un tel exercice de prestidigitation? Toujours selon ce Rapport, il s'agit de dissocier plus nettement le donneur d'ordre (le ministre) des exécutants et de promouvoir l'imputabilité de ceux-ci dans l'exécution. Cette ambition n'altère en rien la définition assignée à l'acte administratif par la *Loi sur l'administration publique*⁵⁶, laquelle introduit dans le droit les attributs du management.

C) Le Réseau et la raison

Les ensembles de services de santé et de services sociaux visés par la LGSSSS sont définis à son article 4 et comprennent : les services communautaires locaux; les services hospitaliers; les services d'hébergement et de soins de longue durée; les services de protection de la jeunesse; les services de réadaptation.

⁵⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 45.

⁵⁶ *Loi sur l'administration publique*, préc., note 21.

Le conseil d'administration de Santé Québec doit instituer au moins un établissement qualifié de «public» pour chacune des régions sociosanitaires, lesquelles constituent des unités administratives⁵⁷. En sus, il peut instituer et autoriser des établissements autres que territoriaux, notamment des établissements privés⁵⁸. Les établissements territoriaux gèrent des centres définis en fonction des ensembles de services de santé et de services sociaux. Le conseil d'administration d'un établissement public est désigné par celui de Santé Québec⁵⁹, et c'est le PDG d'un établissement qui est responsable de la promotion d'une gestion de proximité⁶⁰, un concept non défini par la LGSSSS. Chaque établissement comprend un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique⁶¹, une nouveauté par rapport à la LSSSS. Santé Québec procède aussi à la nomination du directeur médical et professionnel de l'établissement⁶².

De plus, Santé Québec rattache à un établissement public ci-dessus évoqué les établissements regroupés en vertu de l'Annexe II de la LGSSSS. Il administre les affaires des établissements regroupés et exerce à leur endroit tous les pouvoirs que Santé Québec possède à l'égard de ses établissements⁶³, sous réserve des dispositions des articles 334 et 335 de la LGSSSS⁶⁴. Il en va

⁵⁷ LGSSSS, préc., note 1, art. 1 al. 2 et 3 :

[...] la loi institue Santé Québec et la charge entre autres d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux.

Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité ainsi qu'une gestion par territoire basées sur une approche populationnelle et favorisent une plus grande fluidité des services.

⁵⁸ *Id.*, art. 42 al. 2.

⁵⁹ *Id.*, art. 133 et 134.

⁶⁰ *Id.*, art. 167.

⁶¹ *Id.*, art. 320 et suiv.

⁶² *Id.*, art. 171 et 195.

⁶³ *Id.*, art. 328 et 329.

⁶⁴ Par exemple, les membres d'un établissement regroupé peuvent, par règlement, former un bureau de gouverneurs ou de délégués pour les représenter et déterminer sa composition, les règles de sa régie interne et ses fonctions et devoirs ainsi que le

de même des établissements privés, dont l'offre de services est déterminée par une autorisation de Santé Québec⁶⁵.

Enfin, c'est le ministre qui peut, après avoir consulté le ministre de l'Économie et de l'Innovation et le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner des centres hospitaliers universitaires, des centres affiliés universitaires ou des instituts universitaires⁶⁶.

Cette structure du Réseau des services de santé et des services sociaux, avec en son centre des établissements imputables, ne révolutionne en rien la structure précédente moult fois modifiée par des réformes successives. Tout au plus transforme-t-elle deux éléments. D'une part, les établissements territoriaux rendront compte directement à Santé Québec et seront clairement imputables de leur gestion. Ayant déjà éliminé la structure intermédiaire des agences régionales, on comprend la grande réticence du ministre de la Santé à associer Santé Québec à une agence : celles-ci ont mauvaise presse. D'autre part, Santé Québec prend ses ordres du ministre, tant sur le plan stratégique que budgétaire. Ce partage des responsabilités est cependant moins évident lorsqu'il s'agit des départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée.

Santé Québec forme des départements de médecine, qu'il rattache à des établissements⁶⁷. Ceux-ci sont accompagnés par un comité de direction, qui donne des avis à Santé Québec⁶⁸. Un département de médecine familiale

mode de nomination, la durée du mandat et le mode de destitution des gouverneurs ou des délégués.

⁶⁵ LGSSSS, préc., note 1, art. 357.

⁶⁶ *Id.*, art. 422, 426 et 427. Voir à ce sujet les récents débats ayant entouré l'adoption de la *Loi modifiant principalement la Loi sur le ministère de l'Économie et de l'Innovation en matière de recherche*, L.Q. 2024, c. 16. Les milieux universitaires et de la recherche estiment que cette celle-ci consacre l'intrusion politique en recherche, tout autant qu'une approche utilitariste de celle-ci. Voir : FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES PROFESSEURES ET PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ, «Le milieu de la recherche s'oppose massivement au projet de loi n° 44 : la FQPPU demande au gouvernement de l'abandonner ou de modifier sa proposition», 2024, en ligne : <perma.cc/3P4A-FL64>.

⁶⁷ LGSSSS, préc., note 1, art. 439 et 449.

⁶⁸ *Id.*

se compose de tous les médecins de famille qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec⁶⁹. Un médecin ne peut appartenir qu'à un seul département. Ce département fixe des objectifs et les mesures⁷⁰. Il rend aussi compte à Santé Québec, selon la forme que Santé Québec déterminera. Une structure comparable encadre la médecine spécialisée⁷¹. Toutefois, en raison de ce qui suit, les rapports de pouvoir et d'autorité sont pour ainsi dire un peu brouillés entre les départements de médecine, l'établissement et Santé Québec.

En effet, le Titre III de la Partie IV de la LGSSSS (Autres mesures visant l'accès aux services médicaux) entre en collision, si nous osons utiliser cette expression, avec les difficiles négociations récemment conclues ou ayant toujours cours avec les fédérations médicales professionnelles. Nous y reviendrons. Par exemple, l'article 1460 de la LGSSSS (l'un des nombreux articles de la Partie XI – Dispositions modificatives – qui ne sont pas en vigueur) prévoit l'insertion, dans la loi promulguée par la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*⁷², des articles 67.1, 67.2 et 67.3.

Rendons les choses compréhensibles. Le chapitre II (Accès aux services) de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*⁷³ n'est que partiellement entré en vigueur. Les dispositions en vigueur prévoient l'obligation du médecin de famille de conclure, en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*⁷⁴, une entente avec le ministre de la Santé destinée à une prise en charge supplémentaire de personnes et à l'inscription de sa pratique au système de prise de rendez-vous⁷⁵. Toutefois, les obligations concernant les médecins spécialisés, la pratique en région et la présence en urgence hospitalière ne sont pas en vigueur. Enfin, les dispositions

⁶⁹ *Id.*, art. 446.

⁷⁰ *Id.*, art. 448.

⁷¹ *Id.*, art. 452-457.

⁷² L.Q. 2015, c. 25.

⁷³ RLRQ, c. A-2.2 (ci-après «*Loi favorisant l'accès aux services de médecine*»).

⁷⁴ RLRQ, c. A-29.

⁷⁵ *Id.*, art. 11 et 11.1.

concernant le contrôle des obligations des médecins prévues par voie d'ententes par les départements régionaux de médecine générale sont toujours en suspens

L'article 67.1 de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine* supprime, parmi les fonctions d'un département territorial de médecine familiale⁷⁶ ou spécialisée⁷⁷, celle qui aurait consisté à faire des recommandations à Santé Québec concernant une liste d'activités médicales particulières (les AMP)⁷⁸ – liste précisant les modalités d'exercice de chaque activité, cela en vertu des articles 468 et 476 de la LGSSSS. Or, l'article 67.2 de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine* abroge les articles 467 à 477 de la LGSSSS. Enfin, l'article 67.3 de la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine* abroge à son tour un segment de phrase du premier alinéa de l'article 478 de la LGSSSS qui, pour sa part, confie à Santé Québec l'élaboration d'un plan territorial d'effectifs médicaux comprenant le nombre de médecins nécessaires aux fins des activités particulières.

De ce qui précède, il est raisonnable de conclure qu'une partie déterminante des éléments propres aux plans d'effectifs régionaux échappe à Santé Québec. Le ministre a toujours «les mains sur le volant». L'automne 2025 a été riche en rebondissements concernant le renouvellement des ententes de principe avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Dans le premier cas, une entente concernant le renouvellement de l'Accord-cadre 2023-2028 a été conclue en décembre 2025. Les négociations progressent difficilement avec la FMSQ. La gestion automnale de ces négociations illustre toutefois avec éclat

⁷⁶ LGSSSS, préc., note 1, art. 449 al. 1, par. 2.

⁷⁷ *Id.*, art. 455 al. 1, par. 2.

⁷⁸ Les médecins ayant moins de 15 années de pratique doivent s'engager à effectuer 12 heures d'AMP par semaine ou l'équivalent. Au-delà de ce nombre d'années, l'ampleur de l'obligation de l'AMP diminue (voir: FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENT.E.S DU QUÉBEC, *Activités médicales particulières (AMP)*, en ligne: <perma.cc/D62Y-FC83>). En cas de non-respect de l'entente particulière d'AMP, les médecins s'exposent à une réduction de 30 %, applicable sur l'ensemble de leur facturation faite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Chaque région administrative adopte un PREM (Plan régional d'effectifs médicaux). Voir: GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Répartition provinciale des places aux PREM*, en ligne: <perma.cc/SQ96-7SU2>. Voir à ce sujet: *Roper c. Procureur général du Québec*, préc., note 36.

l'impuissance de Santé Québec, dont la mission a néanmoins en son cœur non seulement la qualité des services et des soins de santé et de services sociaux mais aussi, la lancinante question de l'accès au médecin⁷⁹.

⁷⁹ La négociation de l'automne 2025 entre le gouvernement du Québec, la FMSQ et la FMOQ a donné lieu à rien de moins qu'à un abus d'usage législatif. D'abord, le gouvernement a tenté un coup de force en adoptant la *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services* (L.Q. 2025, c. 25). Cette Loi prévoit la reconduction, jusqu'au 31 mars 2028, de toutes les ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins actuellement applicables et elle détermine les montants des enveloppes budgétaires globales de rémunération des médecins jusqu'à cette date. Elle prévoit de surcroît des mesures de redressement ainsi que des sanctions, notamment de nature pénale, en cas de contravention aux dispositions qui visent à assurer la continuité des activités professionnelles. Les fédérations médicales ont vivement riposté et réussi à créer un rapport de force qui a amené le gouvernement à reculer. En conséquence, il a adopté la *Loi reportant l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services* (L.Q. 2025, c. 39). Celle-ci reporte l'entrée en vigueur de certaines dispositions du chapitre 25 des lois de 2025, essentiellement au 1^{er} janvier 2026 et prévoit de plus l'abrogation des dispositions du chapitre VIII (les sanctions). Les négociations ont alors repris entre le gouvernement et les fédérations médicales. Finalement, le gouvernement a présenté le projet de loi 19, qui a reçu une adoption de principe le 10 février 2026 (*Loi visant notamment l'amélioration de l'accès aux services médicaux et la prise en charge médicale de la population*, L.Q. 2026, c. 2). Le projet de loi 19 n'abroge pas la Loi à l'origine de cette saga (chapitre 25 des lois de 2025) mais l'ampute sérieusement, notamment en ce qui concerne le pouvoir du gouvernement d'établir par règlement les modes de rémunération des professionnels de la santé. Toutefois, le projet de loi prévoit aussi la capacité de disposer de l'entrée en vigueur des dispositions restantes du chapitre 25 et des résultats de la négociation avec la FMOQ énoncées quant aux principes dans le projet de loi 19 (l'introduction du principe de la capitation, par exemple). Cette gymnastique étant consommée un jour, il restera au gouvernement le pouvoir de réglementer – notamment en ce qui concerne la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec (préc., note 5) – concernant la rémunération des services professionnels et le respect des conditions de prise en charge des patients. Santé Québec aura donc assisté passivement à ce bras de fer classique entre le gouvernement et les fédérations médicales du Québec. De surcroît, les négociations avec la FMSQ sont au point mort...

La question des cliniques médicales associées (offrant des soins spécialisés – «l'hôpital hors l'hôpital») mène aux mêmes conclusions. Santé Québec peut proposer au ministre qu'un établissement qui exerce des activités hospitalières soit associé à un centre médical spécialisé géré par des médecins participants⁸⁰. L'article 527 alinéa 1 de la LGSSSS prévoit les critères que le ministre doit prendre en compte lorsqu'il reçoit une telle proposition :

Avant d'accepter la proposition de Santé Québec, le ministre doit être d'avis qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés et qu'elle n'affectera pas la capacité du réseau public de santé et de services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau. Il est également tenu de prendre en compte les gains d'efficacité et d'efficacité conséquents à la mise en œuvre de cette proposition.

De plus, dans le cas d'une acceptation, le ministre devra préciser la procédure à suivre, afin que Santé Québec établisse dans son choix le meilleur rapport qualité-coût. Toutefois, cette procédure ne sera pas soumise à la *Loi sur les contrats des organismes publics*⁸¹. Ce dispositif est réservé aux médecins soumis à une entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*⁸², bien que l'entente conclue avec le ministre puisse concerner des services non assurés en vertu de la même Loi⁸³.

Le cas des cliniques médicales associées illustre de manière convaincante le fait que la distinction entre le pilotage et l'opérationnalisation du système de santé ne soit pas toujours limpide. En matière d'externalisation (*outsourcing*) des services de santé, Santé Québec pourra proposer, mais non disposer.

La LGSSSS propose donc une nouvelle architecture de la mise en œuvre des opérations en matière de santé et de services sociaux qui repose sur deux lieux de contrôle : Santé Québec et les établissements. Ce sont aussi les

⁸⁰ LGSSSS, préc., note 1, art. 526.

⁸¹ RLRQ, c. C-65.1.

⁸² *Loi sur l'assurance maladie*, préc., note 5.

⁸³ On consultera les articles 580 et suiv. de la LGSSSS, préc., note 1, concernant les conditions de propriété et d'exploitation d'un centre médical spécialisé aux fins de l'autorisation par Santé Québec.

principaux lieux d'imputabilité du système. Mais dès lors qu'on s'intéresse aux objets de ce contrôle, force est de constater que le professeur Mockle a raison. La LGSSSS reflète les valeurs de la *Loi sur l'administration publique*⁸⁴ en matière de santé, et les actes administratifs posés le sont définitivement en fonction d'une gestion axée sur des cibles et des résultats dans les limites des ressources disponibles, lesquelles, on l'a constaté récemment, s'amenuisent selon la volonté du ministre et du Conseil du trésor du Québec⁸⁵.

Santé Québec, toutefois, n'est qu'un opérateur technocratique. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de négocier avec les médecins, d'autoriser l'achat d'équipements spécialisés⁸⁶ ou d'autoriser l'ouverture d'une clinique associée, on considère que la décision est alors politique. Elle quitte en quelque sorte le champ de l'acte administratif. Du point de vue des citoyens, des usagers et des utilisateurs du Réseau, on peut alors se demander pourquoi la LGSSSS accorde une telle importance à la gouvernance de celui-ci. Quel degré de gouvernance prescrite une saine gestion nécessite-t-elle?

D) Santé Québec et la gouvernance : mesurer pour mieux se conformer à la LGSSSS

L'article 1035 de la LGSSSS soumet Santé Québec à la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*⁸⁷. Plus particulièrement, Santé Québec a l'obligation d'adopter des mesures d'évaluation de l'efficacité de la performance de la société, y compris l'étalonnage avec des entreprises semblables⁸⁸.

L'article 884 de la LGSSSS soumet aussi Santé Québec à la *Loi sur l'administration financière*⁸⁹, en remplacement des entités antérieures du Réseau.

⁸⁴ *Loi sur l'administration publique*, préc., note 21.

⁸⁵ Thomas GERBET, Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Québec demande aux établissements de santé de couper dans certaines dépenses », *Radio-Canada*, 27 septembre 2024, en ligne : <perma.cc/G6TW-UPZ8 >.

⁸⁶ LGSSSS, préc., note 1, art. 407.

⁸⁷ *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, préc., note 54.

⁸⁸ *Id.*, art. 15 al. 1, par. 15. Cet article prévoit les fonctions d'un conseil d'administration, dont celle de veiller à la création d'un comité d'éthique (de la gouvernance) et d'audit (*id.*, art. 19 al. 1, par. 1 et 2).

⁸⁹ RLRQ, c. A-6.001.

Le chapitre IV.1 de la *Loi sur l'administration financière* dispose des modalités de planification financière des sociétés d'État autres que budgétaires, telles que Santé Québec. L'article 1016 de la LGSSSS modifie la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*⁹⁰, afin d'y soumettre Santé Québec. Ainsi, Santé Québec et les établissements du Réseau ne peuvent encourir de déficit budgétaire et doivent maintenir l'équilibre budgétaire⁹¹. En vertu de l'article 1018 de la LGSSSS, le ministre transmet à Santé Québec l'enveloppe budgétaire qui lui est allouée, conformément à la *Loi sur l'administration financière*⁹², pour la réalisation de sa mission.

Enfin, Santé Québec est intégré à la *Loi sur les contrats des organismes publics*⁹³ et à la *Loi sur l'Autorité des marchés publics*⁹⁴.

La LGSSSS confirme donc qu'il existe bel et bien une intégration profonde de Santé Québec aux règles assujettissant les organismes publics. La LGSSSS prévoit aussi plusieurs règles de gouvernance interne.

Premièrement, le conseil d'administration de Santé Québec et celui des établissements doivent constituer un comité national (ou territorial) de vigilance et de qualité⁹⁵. Ce comité émet des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec et à ceux des établissements, lesquels donnent suite à l'analyse des recommandations transmises par le Commissaire national aux plaintes créé en vertu de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*⁹⁶. Le conseil d'administration des établissements, pour sa part, doit confier à son comité de vigilance et de la qualité le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celui des signalements effectués dans le cadre

⁹⁰ RLRQ, c. E-12.0001.

⁹¹ *Id.*, art. 3 et 4.

⁹² *Id.*, art. 5.

⁹³ *Loi sur les contrats des organismes publics*, préc., note 81.

⁹⁴ RLRQ, c. A-33.2.1.

⁹⁵ LGSSSS, préc., note 1, art. 55 et suiv., ainsi que 155 et suiv.

⁹⁶ RLRQ, c. P-31.1. Voir aussi: *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L-6.3.

de la politique de lutte contre la maltraitance⁹⁷, adoptée en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁹⁸, de même que le suivi des recommandations du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux⁹⁹. La désignation des commissaires locaux et régionaux affectés aux plaintes¹⁰⁰ est désormais confiée à Santé Québec¹⁰¹. La Partie VII de la LGSSSS est consacrée au régime des plaintes et de la qualité des services.

Deuxièmement, l'article 74 de la LGSSSS crée l'obligation pour Santé Québec d'élaborer un programme national sur la qualité des services, conformément aux orientations et aux attentes globales en matière de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité déterminées par le ministre. Le libellé de l'article 74 fait de cette obligation un enjeu de gouvernance. Ce programme n'est pas nouveau et fait déjà l'objet de formation qualifiante auprès des administrateurs du Réseau¹⁰². Sa transformation en programme national et en enjeu de gouvernance le distingue toutefois des initiatives antérieures.

Troisièmement, l'article 71 de la LGSSSS confie à Santé Québec la mise en place d'un mécanisme d'accès aux services de santé et aux services sociaux. Des mécanismes de cette nature ont été créés par le MSSS – par exemple, le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). L'article 72 de la LGSSSS prévoit le pouvoir de Santé Québec de réglementer à cette fin.

Quatrièmement, l'article 89 de la LGSSSS crée pour Santé Québec l'obligation d'instaurer et de maintenir un registre national des incidents et des accidents lors de la prestation de services de santé et de services sociaux.

⁹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, 2020, en ligne : <perma.cc/N2MU-2WK8>.

⁹⁸ *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, préc., note 96.

⁹⁹ LGSSSS, préc., note 1, art. 156 al. 1, par. 1 et 2.

¹⁰⁰ Voir : *id.*, art. 702.

¹⁰¹ *Id.*, art. 1545. Cette disposition assure la continuité des mandats des commissaires nommés antérieurement à la création de Santé Québec.

¹⁰² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, SECÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR, *Gouvernance et culture en gestion intégrée des risques*, 2023, en ligne : <perma.cc/9JQG-2QXU>.

Ce registre national est constitué des registres locaux, lesquels relèvent de la responsabilité des comités de gestion des risques des conseils d'administration des établissements. Le MSSS en est à la publication de son 16^e rapport sur les incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec¹⁰³.

Cinquièmement, l'article 76 de la LGSSSS prévoit que Santé Québec instituera un système national de dépôt de renseignements. Il s'agit d'informatiser ce qu'on appelle déjà « le dossier unique de santé de l'utilisateur ». L'article 76 attribue à cette initiative de nombreuses ambitions. Essentiellement, il s'agit de suivre le chemin édicté par la récente *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*¹⁰⁴, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2024. L'alinéa 1 de son article 1 mérite d'être cité :

La présente loi a pour objet d'établir des normes assurant la protection des renseignements de santé et de services sociaux tout en permettant l'optimisation de l'utilisation qui en est faite et leur communication en temps opportun, à l'exclusion de leur vente ou de toute autre forme d'aliénation. Elle vise ainsi à améliorer la qualité des services offerts à la population en simplifiant la circulation de tels renseignements de façon à ce qu'ils suivent les personnes qu'ils concernent dans leur parcours de soins et en permettant une gestion du système de santé et de services sociaux basée sur la connaissance des besoins des personnes et de la consommation de services.

L'article 105 de cette Loi décrit ce qu'est l'obligation d'un organisme public en matière de gouvernance et de gestion des risques du système de renseignements de santé. Il incombera désormais à Santé Québec¹⁰⁵ de signaler à la Commission d'accès à l'information l'occurrence d'un incident de confidentialité¹⁰⁶.

¹⁰³ Voir : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Diffusion du 16^e rapport issu du Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux*, 2025, en ligne : <perma.cc/NQ2J-SN2B>.

¹⁰⁴ RLRQ, c. R-22.1.

¹⁰⁵ *Id.*, art. 4.

¹⁰⁶ *Id.*, art. 108; LGSSSS, préc., note 1, art. 79.

Sixièmement, alors que les obligations ci-dessus énumérées sont regroupées sous le Titre III de la Partie II de la LGSSSS, intitulé «Fonctions auxiliaires à la prestation des services de santé et des services sociaux», c'est dans le Chapitre I du Titre II¹⁰⁷ – intitulé «Prestation des services de santé et des services sociaux» – de la Partie III qu'apparaît le rôle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Institut) créé par la Loi du même nom¹⁰⁸. Il s'agit de déterminer pour quels médicaments le professionnel habilité à prescrire peut le faire dans des circonstances régulières ou exceptionnelles. On s'en remettra à cette fin à la liste établie par l'Institut et approuvée par le ministre. La LGSSSS n'évoque en parlant de l'Institut que ce seul cas de figure. Pourtant, le mandat de l'Institut est beaucoup plus large¹⁰⁹.

On doit, d'après nous, s'étonner que des matières qui se situent au cœur des droits des usagers soient d'abord appréhendées par la LGSSSS comme des risques dont le décompte servirait en premier lieu à mesurer l'efficacité de Santé Québec. Ces risques sont d'ailleurs traités comme tout risque auquel est exposée la gouvernance de quelque société d'État. C'est pourtant bien du droit à la santé dont il s'agit. Si l'un (gouvernance) n'exclut pas l'autre (droit à la santé), l'un domine nettement l'autre. Rappelons que Santé Québec est responsable de l'organisation des services, dans une perspective d'efficience et d'imputabilité. Cela suggère une bien courte vue de l'objectif ultime de la dispensation des soins de santé, qui participe au droit à la santé. L'utilisateur doit-il se satisfaire des meilleures performances de Santé Québec démontrées à l'aune de ses cibles? Nous sommes définitivement entrés, comme le démontre si bien le professeur Mockle, dans l'ère de la «calculabilité». Peut-être faut-il chercher dans les pouvoirs de réglementer octroyés à Santé Québec une consolation? Après tout, ces pouvoirs ne constituent pas, en théorie, le fruit de la contamination du droit administratif par la NGP, et peut-être

¹⁰⁷ LGSSSS, préc., note 1, art. 397.

¹⁰⁸ *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, RLRQ, c. I-13.03.

¹⁰⁹ Voir, par exemple: *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*, préc., note 108, art. 5 al. 1, par. 2. La mission de l'Institut consiste notamment à élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal des technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels.

sont-ils mieux à même de reconnaître, au-delà de la gestion, ce pourquoi Santé Québec existe.

E) Le pouvoir de réglementer et Santé Québec

En recourant à la fonction «rechercher» dans le logiciel Word, on constate une occurrence de 284 usages du terme «règlement» dans la LGSSSS. C'est un peu plus que dans le cas de la LSSSS (267), ce qui est compréhensible, étant donnée la migration d'un système de santé existant vers Santé Québec. L'article 1228 de la LGSSSS exempte celle-ci du respect de la *Loi sur les règlements*¹¹⁰ (c'était déjà le cas avec la LSSSS), et l'article 779 stipule que tout règlement adopté par Santé Québec doit être approuvé par le gouvernement.

Il n'est pas question ici d'offrir une recension systématique des pouvoirs réglementaires prévues par la LGSSSS, mais plutôt d'en faire une présentation thématique.

Santé Québec doit évidemment adopter un règlement intérieur, tout comme c'est le cas pour les établissements. D'autres sujets feront l'objet de l'adoption de règlements par Santé Québec. Par exemple : les mécanismes d'accès aux services¹¹¹; les normes et les pratiques des établissements publics, y compris les cas de renvois aux normes professionnelles et de l'industrie, de type ISO; les normes d'utilisation du système national de renseignements (exception faite du pouvoir du gouvernement de déterminer les exigences de l'utilisation)¹¹²; la détermination du statut des professionnels au sein de l'établissement; la détermination des services rendus par les médecins; la gestion des établissements regroupés; le plan d'intervention en matière de services communautaires¹¹³; le champ imposant du régime des autorisations des unités rattachées aux établissements et celui des suivis, inspections et sanctions (hôpitaux; établissements privés conventionnés et non conventionnés; cliniques

¹¹⁰ RLRQ, c. R-18.1.

¹¹¹ LGSSSS, préc., note 1, art. 72.

¹¹² *Id.*, art. 76 et 77.

¹¹³ La stratégie des plans n'est pas nouvelle. Par exemple, on trouve dans la LSSSS toutes sortes de plans dont la responsabilité incombe à des instances régionales, cliniques ou nationales : le plan stratégique; le plan d'effectifs médicaux; le plan prévoyant l'entente de gestion et d'imputabilité; le plan d'organisation administrative; etc.

médicales associées; ressources intermédiaires; ressources de type familial; résidences pour personnes âgées; organismes communautaires offrant des services d'interruption volontaire de grossesse).

On retrouve aussi au sein des établissements de nombreuses instances appelées à adopter ou à renouveler leur règlement; par exemple, les conseils et les comités rattachés à la gouvernance clinique ou le nouveau conseil multidisciplinaire des services sociaux. Ce pouvoir délégué octroyé à Santé Québec en matière de réglementation est clairement de l'ordre de l'opérationnalisation du quotidien dans la livraison des services de santé et des services sociaux. La raisonnable de l'exercice des pouvoirs ainsi délégués est gouvernée par l'article 32 de la LGSSSS, qui prévoit notamment, au chapitre du respect des pratiques de la saine gestion, le respect de certains objectifs, tels que : l'adéquation des services, compte tenu des ressources allouées¹¹⁴; la continuité des services¹¹⁵; l'assurance de l'accès à une large gamme de services¹¹⁶.

Cette énumération en cascade de compétences interpelle les ensembles de services dont Santé Québec a la responsabilité ainsi que le contrôle des acteurs attachés à ceux-ci. Sauf exception (le Plan d'intervention en matière de services communautaires, par exemple), il se situe au cœur du quotidien de l'acte administratif ordinaire et, pour reprendre les propos de la Cour d'appel dans *Bellefleur*¹¹⁷, mobilise un large ensemble de décisions immunes de l'examen par les tribunaux de leur opportunité, de leur rationalité, de la prudence ou de la sagesse qui les motivent. Cette distance importante qui sépare Santé Québec du citoyen est augmentée par l'évidente intégration dans le champ administratif, par Santé Québec, des normes de la NGP, devenues prescriptives en raison des nombreux ancrages législatifs qui les gouvernent. Ainsi, même la raisonnable de règlements et des décisions de Santé Québec est largement mise à l'abri du regard citoyen et de celui des tribunaux.

Pour mieux comprendre ce vaste champ réglementaire, il faut toutefois considérer aussi les pouvoirs réservés au ministre et au gouvernement, qui

¹¹⁴ LGSSSS, préc., note 1, art. 32 al. 2, par. 3.

¹¹⁵ *Id.*, art. 32 al. 2, par. 4.

¹¹⁶ *Id.*, art. 32 al. 2, par. 5.

¹¹⁷ *Bellefleur c. Québec (Procureur général)*, préc., note 41.

sont de divers ordres. Considérons d’abord les engagements financiers : l’article 254 de la LGSSSS réserve au ministre les décisions qui concernent les paiements effectués par la Régie de l’assurance maladie du Québec aux médecins; de même, le gouvernement indique le nombre de postes consacrés aux stages de formation postdoctorale des médecins, et ce, dans le respect de la *Loi médicale*¹¹⁸. Le gouvernement se réserve également le droit de déterminer la contribution financière des usagers hébergés¹¹⁹. Le ministre établit, avec l’approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés. Enfin, l’article 753 de la LGSSSS (Partie VIII – Titre I – Chapitre II, intitulé «Pouvoirs du ministre») stipule que le ministre surveille le *marché*¹²⁰ des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d’en connaître l’offre et la demande ainsi que les circonstances de l’accès aux services. Après enquête, il peut par ailleurs ordonner des mesures correctrices à Santé Québec¹²¹. Il faut distinguer cet exercice de surveillance de celui provenant des nombreux rapports que Santé Québec devra soumettre au ministre dans des secteurs névralgiques, tels celui de la gestion du système national des renseignements et des incidents et risques de faille de sécurité, ou encore, dans le cas du rapport national des incidents et accidents de services, où Santé Québec se trouve sous haute surveillance¹²².

Clairement, le pilotage économique (*steering*) du système de santé et de services sociaux demeure une prérogative gouvernementale. On peut se demander quel rôle jouera le pouvoir de surveillance du marché de ces services confié au ministre par l’article 753 de la LGSSSS, et pourquoi le marché fait ici son unique apparition dans la Loi. À ceux qui croient que Santé Québec a été créé pour accélérer la privatisation de la santé, la LGSSSS semble donner tort. Il s’agirait plutôt de possibles décisions politiques. Ici, le *steering* l’emporte

¹¹⁸ RLRQ, c. M-9. Voir : LGSSSS, préc., note 1, art. 464.

¹¹⁹ LGSSSS, préc., note 1, art. 765.

¹²⁰ Utilisation unique de ce terme dans la LGSSSS.

¹²¹ LGSSSS, préc., note 1, art. 757.

¹²² À l’égard de la gestion des risques, l’article 790 de la LGSSSS prévoit qu’une entente devra être conclue entre Santé Québec et un gestionnaire des assurances à fins non lucratives. Voir : DIRECTION DES ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (DARSSS) – SIGMA SANTÉ, *À votre service*, en ligne : <perma.cc/B6VD-M7XU>.

sur le *rowing*, bien que l'éventualité de mesures correctives exigées de Santé Québec puisse confondre les genres.

Il existe beaucoup d'autres dossiers dans lesquels le ministre préfère « garder les mains sur le volant ». Prenons à titre d'exemple les cas des agences de placement de la main-d'œuvre et celui d'Urgences-santé.

L'article 668 de la LGSSSS stipule qu'un prestataire de services du domaine de la santé et des services sociaux ne peut recourir aux services d'une agence de placement de personnel ou à de la main-d'œuvre indépendante, sauf dans la mesure prévue par règlement. Pour les fins de cet article, la notion de « prestataire » est élargie, notamment, aux établissements privés, aux ressources intermédiaires, aux ressources de type familial, aux résidences privées pour aînés et aux maisons de soins palliatifs¹²³. La *Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux*¹²⁴ est entrée en vigueur le 4 octobre 2023, et le plus récent *Règlement sur le recours aux services des agences de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux*¹²⁵ a été adopté le 16 octobre 2024. Le Règlement interdit, sauf en ce qui concerne les exceptions prévues aux articles 4 et 5, le recours aux agences de placement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Lorsqu'il est permis, le recours aux agences de placement est soumis à de nombreuses conditions dont notamment la détermination réglementaire du coût horaire des services loués, l'interdiction du maraudage du personnel du secteur public et l'imposition de clauses de non-concurrence à l'encontre d'un travailleur susceptible d'être embauché par un prestataire de services. Le recours aux agences de placement de personnel doit donc être désormais considéré comme une stratégie résiduaire dans le secteur de la santé et des services sociaux, laquelle est réservée à certaines petites entités, ou encore, aux prestataires souffrant de l'éloignement des grands centres aux fins de l'embauche ou de la rétention en emploi¹²⁶.

¹²³ LGSSSS, préc., note 1, art. 668 al. 4.

¹²⁴ L.Q. 2023, c. 8.

¹²⁵ RLRQ, c. G-1.021, r. 2.

¹²⁶ Par exemple, l'article 33 du *Règlement sur le recours aux services des agences de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur*

Le dossier du personnel d'agence et celui des services préhospitaliers présentent des enjeux de même nature.

Les articles 1313 à 1394 de la LGSSSS modifient significativement la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*¹²⁷ et prévoit, au nouvel article 3, que le ministre détermine les grandes orientations en matière d'organisation de services préhospitaliers, alors que Santé Québec coordonne l'offre de services et nomme un directeur national des services préhospitaliers. Le nouvel article 11 de la Loi¹²⁸ prévoit que Santé Québec pourra réduire ou augmenter le nombre d'ambulances faisant l'objet d'un contrat avec l'autorisation du ministre. L'article 1372 de la LGSSSS, désormais intégré à l'article 87 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, désigne dorénavant Urgences-Santé comme la Corporation d'urgence-santé de la région Montréal Métropolitain et place cette corporation sous la responsabilité de Santé Québec¹²⁹. Par ailleurs, le ministre de la Santé a déjà fait part de sa volonté d'améliorer le système préhospitalier d'urgence de certaines régions où les délais d'attente sont excessifs. Le nouvel article 80.1 de la Loi amendée par la LGSSSS¹³⁰ prévoit le pouvoir du ministre de mettre en œuvre des projets pilotes en fonction de deux objectifs : accroître la contribution du personnel d'intervention et l'offre de services. Il pourra à cette fin adopter un règlement qui diffèrera du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*¹³¹, lequel attribue les responsabilités et détermine les compétences nécessaires aux fins des interventions ambulancières. Ce dossier résout l'ensemble des préoccupations du ministre et du Conseil du trésor envers le besoin, selon eux, d'accroître la polyvalence et la fluidité de la main-d'œuvre, afin d'assurer la continuité des services. Reconnaissons toutefois que, sans l'argent des projets pilote, Santé

de la santé et des services sociaux, id., prévoit une clause crépusculaire déterminant la fin de l'autorisation dans certaines régions du recours par certains prestataires au personnel d'agence.

¹²⁷ RLRQ, c. S-6.2.

¹²⁸ LGSSSS, préc., note 1, art. 1324.

¹²⁹ Voir : Marie-Ève COUSINEAU, « Québec place Urgences-santé sous haute surveillance », *Le Devoir*, 19 avril 2024, en ligne : <perma.cc/9QG5-UXHX>.

¹³⁰ LGSSSS, préc., note 1, art. 1369.

¹³¹ RLRQ, c. M-9, r. 2.1.

Québec sera paralysé dans son mandat à cet égard, puisque son autonomie est subordonnée au budget (annuel et ponctuel) de l'État.

Lorsque les missions de l'État (la main-d'œuvre et l'emploi ou la régionalisation, par exemple) se confondent, la théorie des agences d'opérationnalisation technique des mandats de l'État révèle des failles. Dans les deux cas ci-dessus évoqués (les agences de placement et les services préhospitaliers d'urgence), il a fallu que le gouvernement adopte des législations adaptatives et des règlements qui lieront Santé Québec et limiteront ses pouvoirs, dont celui de régler. Santé Québec se trouve-t-il vraiment, comme le veut la théorie, à l'abri des humeurs politiques? L'agence Santé Québec – qui n'en est pas une –, survivra au ministre, mais non au politique. C'est donc la grande illusion.

Il importe, à la suite de cet examen de la LGSSSS, de s'attarder sur le traitement que la Loi réserve aux usagers. Comme nous le mentionnions plus haut, la Loi et Santé Québec promettent explicitement à ceux-ci de la valeur ajoutée, sans qu'on sache très bien de quoi il s'agit¹³². On présume que cela se mesure. De même, l'article 32 de la Loi fait la promotion d'une culture organisationnelle axée sur le service aux usagers. Toutefois, le service et la valeur ne sont ni garants du droit à la santé¹³³, ni porteurs de la valeur de participation citoyenne qui distingue la NGP. Comment ces allusions implicites, dont l'idée voulant que la valeur ajoutée participe à la protection des droits des usagers, sont-elles traduites dans la LGSSSS?

F) Les droits des usagers : une version modernisée de la LSSSS

En comparant les articles 1 et 2 de la LSSSS (abrogée en partie) avec les mêmes articles de la LGSSSS, on constate un changement par rapport aux objectifs de ce qui devient le système de santé et de services sociaux au Québec. Ainsi, l'article 2 de la LGSSSS fait le sacrifice de la multiplicité des objectifs spécifiques énoncés à l'article premier de la LSSSS, qui concernaient le maintien

¹³² Voir *supra*, partie II.A (Du Plan Santé à la LGSSSS).

¹³³ La Ligue des droits et libertés offre, dans son site Web, une définition actualisée du droit humain à la santé. Voir : LIGUE DES DROITS ET LIBERTÉS, *Définition du droit à la santé*, en ligne : <perma.cc/H3EH-S3UY>.

et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes. Il ne conserve que l'ambition d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. L'article premier de la LGSSSS, pour sa part, met l'accent sur l'efficacité de ce système, en favorisant sa coordination et les règles relatives à son organisation et à sa gouvernance. Les attributs du mode d'organisation du régime de santé et des services sociaux, qui étaient énoncés à l'article 2 de la LSSSS, se voient à leur tour sacrifiés, et notamment l'assurance de la participation des personnes et des groupes au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services.

Toutefois, le Titre II de la Partie I de la LGSSSS¹³⁴ reprend à son compte l'énonciation des droits des usagers précédemment prévus à la LSSSS. Il ajoute l'article 20 qui, tout en définissant les usagers comme des partenaires de services, invite tout établissement à favoriser, notamment, leur responsabilisation par rapport à leur santé et à valoriser l'expérience des usagers envers les services reçus (la valorisation des connaissances). Ce rôle de partenaire du continuum des soins ne reçoit néanmoins aucun écho dans le texte de la LGSSSS, sinon, encore une fois, par le truchement des comités institutionnels des usagers.

Le virage en faveur de la gouvernance du système de santé et de services sociaux se fait donc sentir, tout autant que s'individualisent les droits des usagers, qui perdent le droit explicite de participer au développement et à l'amélioration de ce système. C'est le concept de l'expérience-client qui prévaut ici.

Marie Carpentier a démontré avec force, dans ses travaux doctoraux¹³⁵, que le contrôle constitutionnel de l'ensemble des services de santé et des services sociaux en vertu du respect des droits de la personne se limite à celui de la compromission des droits en vertu de la *Charte canadienne*¹³⁶ ou de la *Charte*

¹³⁴ LGSSSS, préc., note 1, art. 7 et suiv.

¹³⁵ Marie CARPENTIER, *La légitimité démocratique de la justiciabilité du droit à la santé au Québec*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté de science politique et de droit, Université du Québec à Montréal, 2023.

¹³⁶ Notamment les articles 7 (droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne) et 15 (droit à l'égalité): *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi*

québécoise¹³⁷. Elle a aussi montré qu'en dépit de l'existence de certains recours administratifs¹³⁸ destinés au contrôle des actes administratifs issus du système de santé, celui-ci ne pourra porter sur l'opportunité d'une mesure administrative, sauf jusqu'à un certain point en ce qui concerne sa dimension procédurale (équité procédurale).

Le système de plaintes prévu par la LGSSSS (et précédemment prévu par la LSSSS) prend donc une importance déterminante. Celui-ci est établi à la Partie VII de la LGSSSS, laquelle intègre les dispositions de la LSSSS, de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*¹³⁹ et celles de la *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés*¹⁴⁰. Le commissaire local aux plaintes transférera toutefois au médecin examinateur les plaintes touchant les actes posés par les professionnels, tels que les médecins, les dentistes ou les sage-femmes. En dernier recours, l'utilisateur pourra contester les conclusions du commissaire local auprès du Protecteur des usagers nommé en application de la *Loi sur le Protecteur du citoyen*¹⁴¹. Le commissaire aux plaintes peut aussi intervenir de sa propre initiative lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés¹⁴². La compétence du commissaire s'étend aux institutions titulaires d'autorisation ou à tout autre prestataire auquel Santé Québec verse une subvention.

constitutionnelle de 1982 [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)]. Voir, par exemple : *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35.

¹³⁷ Notamment les articles 1 (droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne) et 10 (droit à l'égalité) : *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.

¹³⁸ M. CARPENTIER, préc., note 135, section 1.4 (Les recours permettant de contester effectivement le contenu du panier de services de santé).

¹³⁹ *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, préc., note 96.

¹⁴⁰ L.Q. 2020, c. 24.

¹⁴¹ RLRQ, c. P-32.

¹⁴² LGSSSS, préc., note 1, art. 698.

De plus, la LGSSSS prévoit la création d'un commissaire national aux plaintes et à la qualité des services¹⁴³, ainsi que celle d'un inspecteur national des services¹⁴⁴.

Ce qui importe ici, c'est le lien qui existe entre ces acteurs, « chiens de garde » du système, et la logique de gestion des risques inhérents à celui-ci. Ainsi, tous les rapports produits par les différents commissaires aux plaintes sont acheminés vers Santé Québec, dont le conseil d'administration doit comporter un comité de gestion des risques, et vers les conseils d'administration des établissements, dont les comités de vigilance et de la qualité recevront les recommandations des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, y compris celles issues de la *Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et tout autre personne majeure en situation de vulnérabilité*¹⁴⁵.

Ce comité est également responsable de surveiller l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement et qui exercent des responsabilités relatives aux sujets suivants : l'accessibilité aux services, la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. Il veillera aussi au suivi des recommandations de ces instances¹⁴⁶.

Enfin, Santé Québec doit former un comité national des usagers¹⁴⁷, dont le rôle oscille entre l'encadrement des pratiques des comité locaux d'usagers et la représentation de leurs intérêts¹⁴⁸. L'article 88 de la LGSSSS ne fait aucunement référence aux droits des usagers. Toutefois, le comité national est appelé à donner son avis à Santé Québec sur le programme national portant sur la qualité des services.

Les articles 179 et 180 de la LGSSSS prévoient par ailleurs la création et le maintien de comités d'usagers et de comités de résidents au sein de l'établissement. Les fonctions du comité d'usagers de l'établissement sont plus

¹⁴³ *Id.*, art. 702.

¹⁴⁴ *Id.*, art. 749 et 750.

¹⁴⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 97.

¹⁴⁶ LGSSSS, préc., note 1, art. 156 al. 2.

¹⁴⁷ *Id.*, art. 86.

¹⁴⁸ *Id.*, art. 88.

musclées et comportent tout autant l'obligation d'informer les usagers de leurs droits et obligations que celle de défendre leurs droits et intérêts collectifs et d'évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus¹⁴⁹.

Ces mécanismes ne sont pas nouveaux et ils sont aussi utiles que nécessaires. L'arrivée de Santé Québec change toutefois la perspective dans laquelle ils ont été progressivement créés et renforcés. Premièrement, en plaçant les droits des usagers sous la responsabilité d'un organisme public, il y a fort à parier que ceux-ci soient d'abord considérés sous l'angle de la gestion du risque, un enjeu stratégique de la gouvernance. S'ajoute à cette perspective celle de la satisfaction du client-usager. À cet égard cependant, Santé Québec devra s'incliner devant les limites des ressources disponibles.

Certes, l'expérience du client-usager participe de la réalisation de ses droits, dont le droit à la santé. Et ces droits sont énoncés au Titre II de la Partie I de la LGSSSS. De plus, les comités d'usagers d'établissement n'ont pas été abolis. Mais cet usager n'a plus le droit prévu par la loi de participer au développement et à l'amélioration du système, sinon en se plaignant. Ce déficit démocratique est le corollaire d'une satisfaction métrique, calculée, où domine la logique de la gestion du risque.

Conclusion et discussion

Les Québécoises et Québécois (médiats; groupes de réflexion; groupes de défense des droits; syndicats; etc.) ont, depuis la publication du Plan Santé¹⁵⁰, en 2022, prêté toutes sortes d'intentions à la création de Santé Québec. Pourtant, Santé Québec crée une structure peu innovante et encore moins révolutionnaire par rapport au Réseau actuellement en transition. Au mieux, on célébrera la venue d'une structure de gestion pérenne, qui, en théorie, survivra aux élections. Au pire, on déplorera une certaine pensée magique qui voudrait que le *steering* ne détermine pas les limites du *rowing*. Cet article a démontré que ce n'est pas le cas.

¹⁴⁹ *Id.*, art. 185.

¹⁵⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 44.

Pourtant, la création d'un nouvel organisme public en matière de services de santé et de services sociaux n'est pas neutre. Pour reprendre les termes de la LGSSSS, la mission de Santé Québec est désormais gouvernée par l'intégration profonde au droit de l'administration publique, sans jamais qu'on ne parle de services publics. La relation entre les droits des usagers (adéquation des services; continuité de ceux-ci; accès aux services) et les exigences de la gouvernance (gestion des risques; vigilance envers les incidents et les accidents de services; contrôle des incidents et des bris de confidentialité) suppose un nouvel équilibre géré par le droit, qu'un ministère ne saurait arbitrer, doit-on supposer.

De là à affirmer que Santé Québec sera plus imputable, tant localement que nationalement, il y a un pas difficile à franchir. Les acteurs de Santé Québec seront probablement plus faciles à remplacer en cas d'insatisfaction, mais c'est déjà le cas des acteurs locaux et régionaux, porteurs de l'engagement de proximité. Le fait que cette imputabilité se mesure par des instruments de management (les plans; les objectifs; les tableaux de bord) ne constitue pas une nouveauté. Devient-elle toutefois de la gestion-prétexte?

Revenant au modèle de Pollitt et Bouckaert¹⁵¹, on constate sa pertinence. Les principes de la gestion privée sont clairement intégrés et juridicisés par la LGSSSS, et la bonne gouvernance du Réseau se mesurera et se calculera. De plus, l'agent public au service de Santé Québec devient nettement un gestionnaire de performance.

Le champ des services de santé et des services sociaux forme depuis longtemps une mer réglementaire sur laquelle les tribunaux hésitent à s'aventurer aux fins du contrôle de la légalité de la raisonnable des décisions. Cette mer ne souffre d'aucune attrition. L'intégration juridique de la gouvernance du Réseau par la LGSSSS offre de nouveaux arguments de raisonnable, dont le contrôle administratif *ex ante* de la prise de décision par la mise en preuve de la qualité de la gestion à la source de la décision.

Notons enfin que Santé Québec est assujéti aux importants pouvoirs, non seulement de décision, mais aussi de réglementation, qui sont réservés au ministre de la Santé. Le ministre – ou le gouvernement – conserve clairement

¹⁵¹ C. POLLITT et G. BOUCKAERT, préc., note 16.

« les deux mains sur le volant » du Réseau, ne serait-ce qu'envers les dossiers sensibles : la main-d'œuvre temporaire; les négociations avec les médecins et les fédérations médicales; Urgences-santé; la répartition des effectifs médicaux; le déploiement numérique du dossier-santé de l'utilisateur, par exemple.

Reste à voir, dans ce contexte, comment seront reçus les nombreux rapports et les recommandations d'institutions externes à Santé Québec, dont le mandat n'est pas celui de la gouvernance du Réseau, mais plutôt la protection et la promotion des droits des usagers : le Protecteur du citoyen; la Commissaire à la santé et au bien-être; l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Ces institutions se trouvent désormais en concurrence avec de nouveaux joueurs, dont les responsables du programme national sur la qualité des services placé sous la responsabilité de Santé Québec¹⁵². La LGSSSS transforme peut-être à cet égard l'idée même des droits des usagers, dont les attentes se résumeraient à la bonne gouvernance du Réseau.

Cette exploration de la LGSSSS nous convainc de la pertinence et de l'importance des travaux du professeur Mockle. Le droit de l'administration publique est en mouvement au Québec. Mais est-il raisonnable de le réduire à sa gouvernementalité en matière de santé, alors que ce sujet mobilise une part substantielle des dépenses publiques? Le professeur Mockle ne soulève jamais ce type de question éditoriale. Nous croyons que la richesse de ses travaux nous invite à le faire.

¹⁵²

LGSSSS, préc., note 1, art. 74.