

Que faire de Santé Québec?

Recentrer le niveau national, redonner une responsabilité réelle aux établissements et rapprocher le pouvoir d'agir des équipes

Clinique Recherche Innovation / Marc Dionne | 18 septembre 2026

Question centrale — Après plus d'un demi-siècle de réformes qui ont successivement construit, régionalisé, intégré, fusionné puis centralisé le réseau, faut-il simplement abolir Santé Québec, la maintenir telle quelle, ou profiter de l'architecture actuelle pour redistribuer réellement les responsabilités vers les établissements, les installations et les équipes de soins?

Une réflexion nourrie par cinquante-cinq ans d'évolution du réseau

Cette réflexion s'inscrit dans une démarche plus large sur la relance du système de santé québécois. Je veux cependant traiter ici d'une question précise et très actuelle : quel sort réserver à Santé Québec et, surtout, comment répartir les responsabilités si l'on veut réellement rapprocher les décisions des milieux où les soins sont organisés et donnés?

Je remonte volontairement plus loin que les dernières réformes. Le système actuel est le résultat d'une succession de transformations auxquelles plusieurs générations de professionnels, de gestionnaires et de décideurs ont participé. Ayant moi-même pratiqué pendant plus de cinquante-cinq ans et assisté à cette évolution, je crois utile de revenir jusqu'aux années 1970. Certaines idées — responsabilité populationnelle, proximité, coordination régionale, intégration des services — ont déjà été poursuivies sous des formes différentes. Ce retour dans le temps nous permet de mieux comprendre ce qu'il faut préserver, corriger ou reconstruire.

Cette mise en perspective prend une importance particulière en pleine campagne électorale de 2026. Plusieurs partis proposent aujourd'hui de modifier profondément la gouvernance du réseau. Les positions évoluent encore; elles sont présentées ici comme des repères datés, non comme un jugement sur les partis.

1. Plus d'un demi-siècle de réformes : ce que nous avons construit, puis défait

La réforme Castonguay : construire un système public intégré

Le début des années 1970 constitue le véritable point de départ du système québécois moderne. Le régime public d'assurance maladie entre en vigueur en 1970. En 1971, la première Loi sur les services de santé et les services sociaux organise un système public intégré de santé et de services sociaux. Les CLSC apparaissent dans cette nouvelle architecture comme des organisations de proximité réunissant des fonctions de santé, de services sociaux, de prévention et d'action communautaire.

Cette réforme fondatrice a installé des principes qui demeurent étonnamment actuels : universalité, intégration de la santé et du social, proximité des services et responsabilité publique. Elle a aussi créé un réseau d'établissements possédant une identité propre et un ancrage dans leur communauté.

La réforme Marc-Yvan Côté : donner davantage de responsabilités aux régions

La réforme issue du projet de loi 120, adopté en 1991, renforce la régionalisation. Les régions régionales remplacent les conseils régionaux et reçoivent des responsabilités importantes d'organisation des services et d'allocation des ressources. Le ministère conserve les grandes orientations et la répartition générale des ressources, tandis que les régions doivent organiser les services selon les besoins de leur population.

Cette période mérite d'être rappelée parce qu'elle constitue une tentative explicite de distinguer le rôle national du rôle régional. Elle reconnaît qu'un système provincial a besoin de règles communes, mais que l'organisation concrète des services doit tenir compte des réalités territoriales.

La réforme Rochon : le virage ambulatoire et la transformation des capacités

Au milieu des années 1990, le virage ambulatoire accélère le déplacement de soins auparavant donnés à l'hôpital vers la chirurgie d'un jour, les services externes et la communauté. La réforme renforce aussi la planification régionale et la recherche d'une meilleure utilisation des capacités.

Elle laisse toutefois une leçon durable : réduire ou transformer une capacité institutionnelle est plus rapide que construire partout les services de remplacement. Le maintien à domicile et les services de proximité n'ont pas progressé au même rythme que la réduction de certaines capacités hospitalières. Une réforme de structure ne produit des résultats que si la capacité opérationnelle suit réellement le patient.

La réforme Couillard : créer 95 territoires locaux responsables d'une population

En 2003-2004, la réforme menée par Philippe Couillard crée les réseaux locaux de services et 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ceux-ci regroupent les CLSC, les CHSLD et, dans la majorité des cas, un hôpital. Ils reçoivent une responsabilité populationnelle et doivent organiser l'accès, la continuité et la coordination des services sur un territoire local.

Cette étape est particulièrement intéressante pour la réflexion actuelle. Les CSSS donnaient un visage institutionnel à un territoire de proximité et pouvaient servir de lieu d'intégration pour les CLSC, les CHSLD et d'autres installations. On peut surtout retenir de cette expérience l'idée d'un niveau territorial à dimension humaine, responsable d'une population et capable de soutenir plusieurs installations. Il ne s'agit toutefois pas de recréer les CSSS comme personnes morales autonomes : l'établissement peut être une composante administrative décentralisée de l'entité juridique unique qui administre le réseau.

La réforme Barrette : intégrer à grande échelle

En 2015, la loi 10 abolit les agences régionales et fusionne une grande partie des établissements d'un même territoire au sein des CISSS et des CIUSSS. Les anciens établissements deviennent souvent des installations au sein d'organisations beaucoup plus vastes.

Cette intégration répondait à de vrais problèmes de fragmentation et de coordination, mais elle a aussi accru la distance entre les équipes, leurs gestionnaires de proximité et les centres de décision. La responsabilité territoriale a été maintenue, mais dans des organisations dont la taille a affaibli l'identité locale et la capacité d'initiative.

Leçon de cinquante-cinq ans de réformes — Le Québec a constamment cherché le bon équilibre entre cohérence provinciale, coordination régionale, responsabilité territoriale et autonomie locale. Le problème n'est pas l'existence de ces niveaux; c'est la façon dont le pouvoir, les moyens et l'imputabilité sont réellement répartis entre eux.

2. La réforme Dubé et la création de Santé Québec

Le Plan santé de 2022 annonçait une gouvernance plus performante, une gestion de proximité et une « vaste décentralisation ». La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, adoptée en décembre 2023, crée Santé Québec et redéfinit le partage des rôles entre le MSSS, Santé Québec et les établissements.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, les CISSS, les CIUSSS et plusieurs établissements auparavant autonomes sont intégrés à Santé Québec. L'organisation dispose ainsi d'un levier national très puissant : elle peut coordonner les activités du réseau, agir sur des fonctions communes, déplacer certaines ressources et mettre en place des mécanismes de gestion et de reddition de comptes comparables.

Mais l'intégration juridique ne produit pas automatiquement la décentralisation annoncée. Tout dépend de la philosophie de gestion : quelles décisions le centre considère-t-il comme les siennes, lesquelles confie-t-il aux établissements, et lesquelles laisse-t-il aux équipes?

3. En septembre 2026, l'avenir de Santé Québec est devenu un enjeu électoral

Le débat n'est plus théorique. À quelques semaines de l'élection générale du 5 octobre 2026, les principaux partis ont pris des positions différentes sur l'avenir de Santé Québec. Ces positions continuent de se préciser pendant la campagne; le portrait qui suit correspond aux informations disponibles au 18 septembre.

Le 16 septembre, Christian Dubé, ancien ministre de la Santé et principal architecte de la réforme, est intervenu dans La Presse pour s'opposer au démantèlement de Santé Québec. Son texte ne présente pas l'organisation comme irréprochable. Il avance plutôt cinq arguments : Santé Québec est encore trop récente pour être jugée définitivement; sa création répondait à un problème réel de séparation entre les orientations du MSSS et l'exploitation quotidienne du réseau; certaines fonctions nationales — notamment la mesure comparable de la performance, les économies d'échelle et la coordination de fonctions communes — doivent être préservées; l'imputabilité entre le ministre, le Ministère et Santé Québec doit être clarifiée; enfin, le réseau devrait consacrer les prochaines années à l'exécution et aux résultats plutôt qu'à une nouvelle réorganisation administrative.

Ces arguments méritent d'être pris au sérieux. Christian Dubé demande notamment qu'avant toute abolition soient examinés les résultats réels de Santé Québec, les effets sur les patients et le personnel, les coûts du démantèlement, les mécanismes de reddition de comptes et l'architecture qui remplacerait la société d'État. Il rappelle aussi que d'autres chantiers — ententes avec les fédérations médicales, décloisonnement des professions et conventions collectives — peuvent avoir des effets plus immédiats sur les soins.

Il faut prendre ces arguments au sérieux, mais ils ne conduisent pas nécessairement à préserver l'organisation actuelle de Santé Québec. Ils permettent surtout d'identifier des fonctions qu'une éventuelle transformation ne devrait pas perdre. Le maintien de Santé Québec ne garantit pas, à lui seul, la décentralisation annoncée; son abolition ne la garantit pas davantage. Dans les deux cas, il faut d'abord définir quelles responsabilités doivent demeurer nationales, lesquelles doivent être coordonnées régionalement et lesquelles doivent être déléguées aux établissements administratifs et aux équipes.

- Coalition Avenir Québec (CAQ) : maintien de Santé Québec. Le gouvernement continue de s'appuyer sur la structure et sur son plan stratégique, tout en mettant de l'avant l'accès, la performance et plusieurs transformations opérationnelles.
- Parti libéral du Québec (PLQ) : maintien de Santé Québec, mais critique de sa gestion actuelle et volonté exprimée de rapprocher les décisions du terrain plutôt que de recommencer une nouvelle réorganisation.
- Parti Québécois (PQ) : abolition annoncée de Santé Québec, réduction de la bureaucratie, décentralisation de la gestion et retour de décisions vers le niveau local. Le parti indique toutefois vouloir préserver certaines fonctions qu'il juge utiles, notamment des économies d'échelle, la mesure d'indicateurs et la reddition de comptes. Les économies alléguées d'une abolition seraient réinvesties notamment dans la première ligne et la chirurgie.
- Québec solidaire (QS) : critique de la centralisation et volonté de renforcer les CLSC et la proximité. Une orientation antérieure proposait une consultation pour envisager une alternative à Santé Québec; au moment de cette version, sa position institutionnelle 2026 est moins précisément arrêtée dans les sources consultées.
- Parti conservateur du Québec (PCQ) : abolition de Santé Québec, réduction de la bureaucratie centrale, autonomie accrue des établissements et financement davantage lié aux services rendus et aux résultats.

Au-delà des différences partisans, un thème traverse une bonne partie du débat : la volonté de rapprocher les décisions du terrain. La divergence porte surtout sur l'instrument — conserver et transformer Santé Québec, ou l'abolir — et sur la façon de redistribuer ensuite les fonctions. L'intervention de Christian Dubé ajoute une exigence utile : toute option devrait expliciter son architecture de remplacement ou de transformation, ses mécanismes de reddition de comptes, ses coûts de transition et les fonctions nationales qu'elle entend préserver.

Pour le débat actuel, une distinction est essentielle : abolir Santé Québec est une décision de structure; décentraliser est une décision de gouvernance. L'une ne garantit pas automatiquement l'autre.

4. Ce que Santé Québec peut encore rendre possible

Il serait réducteur de ne voir dans Santé Québec qu'un niveau bureaucratique supplémentaire. L'intégration du réseau dans une même organisation peut faciliter des fonctions qui gagnent à être coordonnées à grande échelle : données et architectures numériques communes, comparabilité des résultats, certains achats, planification de ressources rares, mobilité de capacités, infrastructures majeures et mécanismes d'équité entre territoires.

On peut même y voir le paradoxe le plus intéressant de la réforme : parce que le réseau appartient désormais à une même entité juridique, il devient possible de décentraliser fortement la gestion sans recréer une multitude d'organisations juridiquement autonomes. Santé Québec pourrait donc devenir un instrument de décentralisation — mais seulement si son niveau central accepte explicitement de déléguer des pouvoirs réels à ses composantes administratives et de ne pas exercer lui-même tous les pouvoirs qu'il détient.

5. L'établissement : une composante administrative responsable, non une entité juridique autonome

Une décentralisation réelle ne devrait pas sauter directement du niveau national aux équipes. Entre les deux, on peut reconnaître des établissements territoriaux comme niveaux administratifs de responsabilité envers une population et un territoire. Ils ne seraient pas des personnes morales autonomes : ils feraient partie intégrante de l'entité juridique unique chargée d'administrer le réseau — Santé Québec si elle est maintenue et transformée, ou une autre structure nationale si le choix politique est différent.

L'établissement administratif devrait connaître les besoins de sa population, organiser les capacités nécessaires, coordonner la première ligne, les services sociaux, l'hôpital, l'hébergement et les services spécialisés, soutenir ses installations et corriger les déséquilibres qui dépassent une seule équipe. Cette responsabilité devrait être accompagnée d'une délégation réelle d'autorité sur l'allocation de ressources, l'organisation des services, certains recrutements, les partenariats locaux et l'utilisation des installations. Il s'agit donc d'une autonomie de gestion à l'intérieur d'une même entité juridique, et non d'un retour à une constellation d'établissements autonomes.

L'expérience des CSSS de 2004 mérite ici d'être réexaminée sous cet angle. Il ne s'agit pas de recréer les CSSS avec un statut juridique distinct, mais d'en retenir l'échelle territoriale, la responsabilité populationnelle et la capacité de réunir administrativement plusieurs installations — notamment des CLSC, des CHSLD et d'autres installations — tout en leur laissant leur identité et leur mission. Dans les territoires où un grand hôpital ou une installation universitaire dessert une population beaucoup plus vaste, l'architecture administrative devra évidemment être adaptée.

L'installation conserve une fonction différente : l'hôpital, le CLSC ou le CHSLD est le milieu physique où les équipes disposent des locaux, des équipements, des plateaux techniques et des services de soutien nécessaires. L'établissement administratif coordonne les capacités de son territoire, soutient ses installations et rend compte de ses résultats à l'entité nationale; l'installation fournit l'environnement; l'équipe assume une mission clinique et la responsabilité concrète envers sa clientèle.

Chaîne de responsabilité proposée — L'État fixe les orientations et protège l'équité; une entité juridique nationale unique administre le réseau et fournit les règles et infrastructures communes; la coordination régionale règle les interdépendances; les établissements, comme composantes administratives décentralisées, répondent des capacités et des résultats de leur territoire; les installations soutiennent les équipes; les équipes organisent et donnent les soins.

6. Changer la philosophie de gestion du niveau central

Le débat sur Santé Québec ne porte pas seulement sur un organigramme. Il porte sur une philosophie de gestion. Une organisation nationale de cette taille peut se comporter comme le siège social d'une immense entreprise qui cherche à normaliser, autoriser et contrôler les décisions de ses composantes. Elle peut aussi agir comme une infrastructure commune qui fixe les règles du jeu, soutient les responsables locaux, mesure les résultats et intervient lorsque l'équité, la sécurité ou la capacité collective l'exigent.

Le deuxième modèle est plus compatible avec une véritable gestion de proximité. Le centre devrait concentrer son énergie sur ce qui gagne réellement à être fait une seule fois pour le Québec : normes essentielles, grandes architectures numériques, données comparables, règles communes, planification de certaines ressources rares, achats et infrastructures à forte économie d'échelle, soutien méthodologique et mesure des résultats.

La distinction entre orientation et exploitation, mise de l'avant par Christian Dubé, mérite d'être conservée. Le MSSS peut demeurer responsable des politiques, des droits, des priorités et du cadre budgétaire, tandis qu'une entité juridique distincte administre le réseau. Santé Québec peut remplir ce rôle si elle est profondément décentralisée. Si elle était abolie, il faudrait néanmoins décider explicitement si le MSSS reprend lui-même cette fonction d'administration ou si une autre structure nationale la remplace. Dans tous les cas, les établissements peuvent demeurer des composantes administratives de cette entité unique, et non des entités juridiques autonomes.

À l'inverse, il devrait résister à la tentation d'organiser les processus locaux, de multiplier les autorisations préalables ou d'imposer une uniformité là où les besoins des populations et les réalités cliniques diffèrent. Sa performance devrait se mesurer moins au nombre de décisions prises au centre qu'à la capacité du réseau de prendre de bonnes décisions au bon niveau.

Cette philosophie suppose une gestion par responsabilité et par résultats : le niveau supérieur précise les objectifs, les règles non négociables et l'information requise; le niveau responsable choisit davantage comment les atteindre. L'intervention centrale devient plus forte lorsqu'un établissement échoue durablement à remplir sa mission et plus légère lorsque les résultats sont au rendez-vous.

L'exemple cité par Christian Dubé de la mise en commun de la liste d'attente chirurgicale entre Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini illustre ce que peut apporter une coordination entre installations : partager des capacités, comparer les pratiques et mieux utiliser les ressources disponibles. Cet exemple plaide pour préserver cette capacité de coordination. Il ne permet toutefois pas, à lui seul, de conclure quelle structure juridique doit l'exercer.

7. La coordination régionale : coordonner sans recréer un palier de commandement

La décentralisation ne supprime pas le besoin de coordination régionale. Plusieurs problèmes dépassent les frontières d'un établissement : services spécialisés partagés, corridors interétablissements, ressources rares, transferts, accès à certains plateaux techniques, débordements et planification de capacités communes.

Dans plusieurs régions, un établissement administratif territorial peut assumer une grande partie de cette coordination. Dans les régions métropolitaines, où plusieurs établissements administratifs importants et missions universitaires se partagent la même population, des mécanismes explicites sont nécessaires. Ils devraient réunir ces composantes autour de responsabilités communes plutôt que les placer sous une nouvelle autorité opérationnelle ou recréer une personnalité juridique régionale.

Coordonner n'est pas commander. La coordination régionale devrait rendre possibles les décisions qui exigent plusieurs établissements, arbitrer les interdépendances et protéger l'équité d'accès; elle ne devrait pas reprendre la gestion quotidienne des établissements ni celle des équipes.

8. Les risques : lorsque l'intégration devient centralisation

Les risques les plus importants concernent moins l'existence juridique de Santé Québec que la culture de gestion qu'une organisation de cette taille peut produire : uniformisation, multiplication des autorisations, décisions prises loin des équipes et prudence excessive des gestionnaires locaux face au centre.

La perte d'identité est également importante. Les personnes travaillent dans un hôpital, un CLSC, un CHSLD, une unité clinique ou un programme concret. Si l'appartenance au milieu de travail et à la communauté s'affaiblit, la responsabilisation peut devenir abstraite.

La capacité d'initiative est un autre enjeu. Lorsque les gestionnaires apprennent qu'une initiative non autorisée est plus risquée pour eux que l'inaction, la centralisation devient culturelle autant qu'administrative.

Ces constats doivent cependant être formulés avec prudence. Santé Québec est récente et certains problèmes actuels prolongent des tendances déjà présentes sous les CISSS et les CIUSSS. Une partie des difficultés peut aussi appartenir à la période de transition.

9. L'inertie institutionnelle change la question

En 2023, la question était de savoir s'il fallait créer Santé Québec. En 2026, elle existe : des systèmes, des fonctions, des budgets, des conventions, des équipes administratives et des projets numériques ont été réorganisés autour d'elle. L'abolir ne signifie donc pas simplement revenir à la situation précédente.

Le Parti Québécois a annoncé le 21 août 2026 qu'il abolirait Santé Québec, décentraliserait la gestion et réinvestirait les économies alléguées dans les soins directs. Il a également indiqué vouloir poursuivre certaines fonctions jugées utiles de l'organisation dans un cadre différent. Sa campagne met aussi l'accent sur la première ligne et les CLSC. La question qui m'intéresse devient donc moins celle d'un démantèlement intégral que celle d'une redistribution : quelle entité juridique administrera le réseau, quelles fonctions demeureront nationales, lesquelles seront coordonnées régionalement, et quels pouvoirs seront réellement délégués aux établissements administratifs et aux équipes?

L'objection de Christian Dubé sur les coûts, les données et les résultats conduit ici à une précaution importante. Une décision d'abolition ne devrait pas reposer principalement sur l'économie administrative annoncée. Les chiffres avancés sur la croissance des effectifs du siège font d'ailleurs l'objet d'interprétations contradictoires; il n'est pas nécessaire de trancher ici cette controverse : les économies éventuelles, les coûts de transition et la distinction entre transferts de personnel et nouvelles embauches devraient être établis sur des données vérifiables. Le critère principal devrait demeurer la capacité de la nouvelle répartition des responsabilités à améliorer l'accès, la continuité, l'imputabilité et le pouvoir d'agir.

Inversement, l'existence de coûts de transition ou le caractère récent de Santé Québec ne suffisent pas à justifier le statu quo. Si certaines fonctions sont trop centralisées ou si les établissements administratifs ne disposent pas de l'autorité correspondant à leurs responsabilités, ces problèmes doivent être corrigés même si la structure juridique de Santé Québec est maintenue. Les arguments avancés pour préserver Santé Québec ne conduisent donc pas nécessairement à préserver son organisation actuelle; ils permettent surtout d'identifier les fonctions nationales qu'une transformation du réseau ne devrait pas perdre.

C'est précisément là que l'expérience accumulée depuis cinquante-cinq ans peut être utile : éviter qu'une nouvelle abolition soit suivie, quelques années plus tard, de la reconstruction d'un autre centre parce que certaines fonctions de coordination demeurent nécessaires.

10. Une grille simple pour répartir les fonctions

Plutôt que de choisir d'abord une structure, on peut examiner les fonctions une à une et poser la même question : « À quel niveau cette responsabilité peut-elle être exercée le plus efficacement, tout en protégeant l'équité et la cohérence du système? »

- Orientations, droits, équité, cadre budgétaire et normes essentielles : responsabilité politique et nationale.
- Données communes, architecture numérique, comparabilité des résultats et certaines infrastructures : coordination nationale forte, conçue avec les milieux utilisateurs.
- Effectifs rares, services suprarégionaux et capacités hautement spécialisées : coordination nationale ou interrégionale.
- Interdépendances entre plusieurs établissements : coordination régionale.
- Capacités d'un territoire, continuité entre missions, soutien aux installations et arbitrage des besoins qui dépassent une équipe : responsabilité déléguée à l'établissement administratif, avec les moyens correspondants.
- Locaux, équipements, plateaux techniques et services de soutien : responsabilité organisée au niveau de l'installation et de l'établissement selon la nature des moyens.
- Organisation des processus de soins, suivi de la clientèle, outils professionnels et fonctionnement quotidien : responsabilité aussi proche que possible des équipes.
- Qualité : standards communs et transparence des résultats, mais amélioration conduite d'abord par les équipes qui connaissent leurs pratiques.

11. Transformer sans replonger le réseau dans plusieurs années de réorganisation

L'avertissement de Christian Dubé selon lequel le réseau devrait se concentrer sur l'exécution plutôt que replonger dans une grande réforme de structures mérite d'être retenu comme contrainte de conception. Même si une réorientation profonde est choisie, le Québec devrait éviter de consacrer plusieurs années à modifier organigrammes, titres et structures pendant que les problèmes d'accès persistent. Décentraliser peut commencer avant que le statut juridique de Santé Québec soit définitivement réglé.

Une transition pourrait commencer par un mandat politique explicite de décentralisation, une définition des fonctions qui doivent rester nationales et le transfert progressif de pouvoirs et de budgets aux établissements. Il ne s'agit pas de redonner aux établissements un statut juridique distinct. Ils demeureraient des composantes administratives de l'entité unique qui administre le réseau, mais disposeraient d'une délégation claire de fonctions, de ressources et d'autorité pour soutenir les équipes de soins et gérer les installations qui les soutiennent. Quelques démonstrations territoriales permettraient de mettre cette chaîne de responsabilités à l'épreuve avant de la généraliser.

Cette approche permettrait aussi de poursuivre en parallèle les autres chantiers évoqués par Christian Dubé. Le décloisonnement des professions, les ententes avec les médecins, l'organisation de la première ligne ou les conventions collectives ne devraient pas être mis en attente pendant un débat de structures. Au contraire, une gouvernance mieux répartie devrait donner aux établissements et aux équipes davantage de capacité pour traduire ces changements en amélioration concrète des soins. La gouvernance n'est pas une fin en soi : elle doit rendre l'exécution plus facile et la responsabilité plus claire.

La V2 évoquait la possibilité d'une mise sous tutelle provisoire de Santé Québec. L'idée traduit l'intention de reprendre temporairement un contrôle politique étroit pour imposer une réorientation. Le mécanisme juridique précis mérite toutefois d'être vérifié avant d'être retenu. Un mandat de transformation, une gouvernance transitoire ou l'utilisation de pouvoirs ministériels existants pourraient éventuellement produire un effet analogue sans ajouter une procédure inutile.

Principe de transition — Ne pas attendre une architecture parfaite pour commencer à décentraliser. Les responsabilités peuvent être transférées fonction par fonction, avec les moyens correspondants, des attentes explicites et une mesure des résultats.

12. Les équipes de soins comme point d'arrivée

Ma proposition générale est de faire de l'équipe de soins la composante opérationnelle de base du système. Je ne cherche pas à plaquer cette logique sur chaque fonction nationale. Je m'en sers plutôt comme test : une fonction nationale est utile si elle aide les établissements administratifs et les équipes à remplir leur mission, protège l'équité ou fournit une infrastructure qu'il serait inefficace de reproduire localement.

Une équipe identifiable devrait savoir de quelle mission et de quelle clientèle elle est responsable, disposer d'un gestionnaire de proximité ayant une autorité réelle, pouvoir compter sur le personnel de soutien, les outils, les équipements et les installations nécessaires et avoir accès à l'information lui permettant de suivre ses patients. Les niveaux supérieurs rendent cette responsabilité possible et vérifient les résultats; ils n'organisent pas à distance chaque détail du travail.

Plus une décision concerne directement l'organisation des soins, plus elle devrait être prise près des personnes qui donnent ces soins. Plus elle concerne l'équité entre les populations, les grandes infrastructures ou les règles communes, plus une responsabilité nationale est justifiée.

Conclusion — Ne pas choisir d'abord une structure; choisir une répartition des responsabilités

L'histoire du réseau québécois montre un mouvement de balancier entre autonomie locale, régionalisation, intégration et centralisation. Chacune de ces réformes répondait à des problèmes réels; chacune a aussi créé de nouveaux déséquilibres.

Le débat électoral de 2026 offre l'occasion de ne pas répéter ce cycle. Le Parti Québécois propose d'abolir Santé Québec tout en préservant certaines de ses fonctions; Christian Dubé soutient qu'il faut plutôt compléter la réforme, clarifier l'imputabilité et juger l'organisation sur ses résultats avant de la démanteler. Ces positions mettent en lumière des risques réels et convergent aussi sur un point : certaines fonctions communes doivent continuer d'exister. La question préalable devient alors : quelle entité doit administrer le réseau et comment répartir les responsabilités entre l'État, le niveau national, la région, l'établissement administratif et l'équipe de soins?

Plusieurs architectures demeurent possibles : maintenir Santé Québec en transformant profondément sa philosophie de gestion; l'abolir et confier l'administration du réseau au MSSS; ou retenir une autre forme d'entité nationale unique. Le choix du véhicule juridique ne devrait pas précéder la définition des fonctions. Dans tous les scénarios, il n'est pas nécessaire de recréer des établissements juridiquement autonomes : la décentralisation peut plutôt prendre la forme d'une délégation explicite de responsabilités, de moyens et d'autorité à des établissements administratifs territoriaux à l'intérieur de l'entité unique.

La destination devrait être la suivante : un État clairement responsable des orientations et de l'équité; une entité juridique nationale unique chargée d'administrer le réseau et concentrée sur les fonctions qui exigent réellement l'échelle du Québec; une coordination régionale qui coordonne sans commander; des établissements administratifs responsables de leur population et de leurs capacités; des installations capables de soutenir les équipes; et des équipes qui possèdent enfin les moyens d'assumer leur mission auprès des patients.

À propos de la préparation de ce billet

Ce billet a été préparé par Marc Dionne avec la contribution de ChatGPT (OpenAI), utilisé comme outil de recherche, de structuration, de rédaction et de révision. Les orientations, les choix proposés et la responsabilité du contenu demeurent ceux de l'auteur.

Sources et repères documentaires

Les positions partisans sont présentées comme des repères datés au 18 septembre 2026 et peuvent évoluer pendant la campagne. Les pistes de répartition des fonctions présentées ici sont soumises au débat.

- Gouvernement du Québec — Synthèse du système de santé et de services sociaux : système institué en 1971
- Assemblée nationale — Projet de loi 120 et régionalisation, réforme Marc-Yvan Côté (1991)
- Assemblée nationale — Réforme Couillard, projet de loi 25 (2003)
- MSSS — Cadre de référence : création des 95 CSSS en 2004 et responsabilité populationnelle
- Gouvernement du Québec — Transformation du système et création de Santé Québec
- Santé Québec — Notre approche et Plan stratégique 2025-2028
- Christian Dubé — « Santé Québec : un débat nécessaire, mais mal posé », La Presse, 16 septembre 2026 — texte intégral fourni par l'auteur pour cette révision; lien : <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2026-09-16/sante-quebec-un-debat-necessaire-mais-mal-pose.php>
- Parti Québécois — 21 août 2026 : abolition de Santé Québec et décentralisation
- Parti conservateur du Québec — 8 septembre 2026 : plateforme santé
- FIQ — Élections 2026 : gouvernance sous Santé Québec et décentralisation
- AGESSS — Élections provinciales 2026 : tableau comparatif des positions en santé
- Québec solidaire — Réaction du 27 mars 2026 sur la première ligne et les CLSC