Pour un après Santé Québec

Pour une responsabilité gouvernementale assumée, une véritable décentralisation, des établissements retrouvant leur identité et un ancrage renouvelé dans leurs communautés

Marc Dionne | Octobre 2026

Introduction — Gouverner et gérer autrement

La perspective de mettre fin à Santé Québec ouvre un débat qui ne devrait pas se limiter au maintien ou à la disparition de cette société d'État. Une réforme institutionnelle n'a d'intérêt que si elle modifie les conditions dans lesquelles les établissements et les équipes peuvent rendre des services accessibles, continus et de qualité. Le Québec a connu plusieurs transformations administratives majeures sans parvenir à résoudre durablement les difficultés vécues par les patients et par ceux qui les soignent.

Ce qui doit surtout nous préoccuper, c'est la manière dont le gouvernement exercera sa responsabilité à l'égard du système de santé et de services sociaux et répartira les fonctions nationales, régionales et territoriales. Chaque niveau doit contribuer à l'amélioration des services et de leurs résultats, plutôt qu'à la multiplication des contrôles. La responsabilité politique ne peut être éludée; l'organisation quotidienne des services doit relever de ceux qui sont les mieux placés pour agir.

Il n'existe certainement pas de consensus voulant qu'une société d'État distincte du ministère soit une condition nécessaire à une gestion professionnelle et performante du réseau. Mais la disparition de Santé Québec ne constituera un progrès que si elle s'accompagne d'une véritable décentralisation, du rétablissement de l'identité et de la responsabilité des établissements, d'un soutien opérationnel efficace et d'une reddition de comptes fondée sur les services et leurs résultats.

1. Pourquoi Santé Québec a-t-elle été créée, et quelle question demeure?

La réforme amorcée au début des années 1970 a affirmé la responsabilité de l'État dans l'organisation, le financement et la régulation d'un système universel de santé et de services sociaux. Elle visait également l'intégration des services, leur accessibilité et une réponse plus complète aux besoins de la population. Les CLSC incarnaient l'ambition d'une première ligne ancrée dans les communautés. La régionalisation des années 1990 a voulu rapprocher certaines décisions des réalités territoriales. Les CSSS, créés en 2004, ont ensuite réuni sur des territoires locaux la mission CLSC, l'hébergement et, dans la majorité des cas, des services hospitaliers. Ces transformations rappellent une ambition durable : conjuguer cohérence publique, intégration et proximité.

La création de Santé Québec cherchait à répondre à des difficultés réelles : fragmentation des responsabilités, coordination insuffisante, inégalités de gestion et difficulté à améliorer la performance d'un réseau de grande dimension. En distinguant les orientations ministérielles de la conduite des opérations, on espérait renforcer la capacité d'exécution et donner au réseau une direction administrative plus cohérente.

Ces objectifs demeurent légitimes. Si l'abolition de Santé Québec est envisagée, ce n'est certainement pas pour supprimer les fonctions communes indispensables : planification des ressources, information fiable, normes de sécurité, investissements structurants et capacité d'intervention lorsque les résultats

sont insuffisants. Il faut plutôt déterminer à quel niveau ces fonctions doivent s'exercer et avec quels pouvoirs.

La difficulté apparaît lorsque l'intégration administrative devient concentration des décisions. Les autorisations se multiplient, les pratiques s'uniformisent malgré la diversité des territoires et les dirigeants s'éloignent des équipes. Inversement, transférer officiellement une responsabilité ne change rien si les ressources et les décisions demeurent au centre. L'avenir de Santé Québec doit être apprécié à partir de ces effets concrets, et non du seul statut juridique de l'organisation.

2. La responsabilité politique ne peut être mise à distance

La santé et les services sociaux constituent une responsabilité majeure du gouvernement. Les citoyens doivent pouvoir demander à leurs élus de répondre de l'accès, de l'équité entre territoires, de la qualité des services et de l'utilisation des ressources publiques. Une organisation administrative distincte peut exécuter des mandats; elle ne saurait soustraire le gouvernement à cette responsabilité.

Faut-il une société d'État pour protéger la gestion des interventions politiques quotidiennes? Rien ne permet d'en faire une nécessité générale. Une distinction rigoureuse peut exister au sein d'une gouvernance ministérielle : au gouvernement et au ministre, les engagements publics, les choix d'équité, les priorités et les arbitrages budgétaires; aux dirigeants administratifs et aux établissements, l'organisation des services et la gestion des moyens dans le cadre de mandats explicites.

Cette distinction doit être garantie par des délégations formelles, des responsabilités publiques et des règles stables. La reprise éventuelle des fonctions de Santé Québec par le MSSS ne doit surtout pas faire remonter vers Québec les décisions courantes d'effectifs, d'équipement, d'organisation clinique ou d'aménagement. Le ministère doit être responsable du réseau sans devenir le gestionnaire à distance de chaque établissement.

Le rapport britannique Breaking the cycle, publié en 2026 par la NHS Productivity Commission avec la Health Foundation, offre un point de comparaison. Dans le contexte de la réorganisation des fonctions de NHS England, il privilégie un cap stable, un nombre limité d'objectifs nationaux, la dévolution des responsabilités et la réduction des contrôles de conformité. Cette expérience ne prouve pas qu'il faille adopter au Québec une architecture juridique précise; elle illustre la possibilité de conjuguer responsabilité ministérielle et autonomie opérationnelle.

3. Recentrer le MSSS sur les fonctions nationales qui lui reviennent

Le MSSS devrait préciser ce que la population est en droit d'attendre du réseau, fixer quelques engagements nationaux vérifiables et garantir des exigences communes d'accès, de qualité et de sécurité. Il doit protéger l'équité entre territoires, répartir les ressources selon les besoins, planifier les investissements de long terme et rendre compte publiquement des résultats.

Ces responsabilités exigent des fondations nationales solides : règles de financement, normes de sécurité, définitions communes des données, méthodes comparables d'évaluation, planification de certaines ressources rares et soutien à la formation. Elles n'exigent pas que le ministère prescrive les modalités de chaque service. La cohérence nationale porte sur les garanties et les résultats; elle ne doit pas devenir l'uniformité des moyens.

Le Dossier de santé numérique (DSN) en fournit une illustration. Le développement de dossiers de santé accessibles aux citoyens et aux professionnels exige des règles communes de partage de l'information et des normes d'interopérabilité définies à l'échelle nationale. Il n'exige toutefois pas que toutes les informations soient regroupées dans un système informatique unique, ni que les établissements et les équipes utilisent les mêmes applications cliniques. Différents systèmes peuvent coexister et communiquer entre eux, à condition d'assurer la disponibilité, la continuité et la sécurité des informations nécessaires aux soins. Cette distinction devrait guider les choix d'investissement et d'approvisionnement.

La reddition de comptes doit elle aussi changer : mesurer l'accès réel, les délais, la continuité, la qualité, les résultats cliniques pertinents, l'expérience des patients et les écarts d'équité. Ces indicateurs doivent être interprétés selon les besoins des populations et servir à corriger les difficultés, plutôt qu'à alimenter une accumulation de rapports administratifs. Breaking the cycle insiste justement sur la responsabilité quant aux résultats et sur la liberté d'adapter les moyens.

4. Décentraliser en s'appuyant sur un réseau d'établissements responsables

La décentralisation doit reposer sur deux grandes catégories d'établissements dotés de missions et de responsabilités explicites. D'une part, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assument la responsabilité des services à une population sur un territoire défini. Ils portent notamment la mission CLSC de proximité, les services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, selon les territoires, des services hospitaliers. D'autre part, les grands centres hospitaliers universitaires et spécialisés assument leurs missions propres, souvent régionales ou suprarégionales. Ils doivent être des établissements à part entière, en relation organisée avec les CSSS plutôt que fondus dans une même structure territoriale.

Ces deux catégories d'établissements doivent disposer de dirigeants identifiables, de responsabilités claires, des moyens nécessaires et d'une capacité réelle d'organiser leurs services et de soutenir leurs équipes. Dans un cadre national de financement, de qualité et de sécurité, elles doivent pouvoir adapter les ressources humaines, les locaux, les équipements, les plateaux techniques et les collaborations aux besoins qu'elles connaissent. La décentralisation n'a de sens que si les décisions et les ressources suivent les responsabilités.

Une coordination régionale peut être confiée, lorsque cela convient, à l'établissement le plus important de la région, dans le cadre de mandats explicites au service de tous les établissements concernés. À l'échelle suprarégionale, les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) pourraient soutenir la coordination des missions universitaires, des services spécialisés, des ressources rares et des corridors de soins. Si Santé Québec disparaît, ces fonctions pourraient être rattachées à la structure centrale du MSSS, sans créer pour autant une nouvelle chaîne hiérarchique.

La coordination régionale et suprarégionale doit ajouter de la capacité, non des autorisations. Elle doit faciliter les ententes entre établissements, le partage de ressources, les transferts, l'accès à l'expertise et la résolution rapide des difficultés dépassant un seul territoire. Elle ne doit ni se substituer aux directions d'établissement ni recréer, à un autre niveau, la centralisation que l'on cherche à corriger.

5. Retrouver l'identité des établissements et renforcer leur ancrage dans les communautés

La décentralisation ne peut réussir si les établissements restent des entités administratives éloignées des personnes qu'ils servent. Les citoyens doivent pouvoir reconnaître les établissements qui ont la responsabilité de leur territoire et savoir vers qui se tourner. Les travailleurs doivent pouvoir s'identifier à une organisation dont ils comprennent la mission, connaissent les dirigeants et peuvent influencer les pratiques. Cette identité institutionnelle n'est pas une question de dénomination ou d'affichage : elle repose sur la proximité, la continuité et la responsabilité.

La mission CLSC des CSSS est particulièrement importante pour cet ancrage. Elle doit permettre une voie d'accès identifiable aux services de proximité, une connaissance des besoins de la population et des liens suivis avec les municipalités, les organismes communautaires, les services sociaux et les autres partenaires du territoire. Le CSSS doit aussi pouvoir rendre compte publiquement des besoins repérés, des services offerts et des difficultés non résolues.

Il faut distinguer l'établissement, responsable de l'organisation et du soutien des services; l'installation, lieu physique où travaillent les équipes; et l'équipe de soins, responsable d'une mission clinique identifiable. Un CLSC, un hôpital ou un CHSLD peut ainsi constituer un lieu concret d'appartenance pour les travailleurs et un repère pour les citoyens, sans qu'à chaque installation corresponde un établissement administratif distinct.

L'arrimage avec les communautés ne saurait se réduire à une consultation occasionnelle. Il suppose des échanges réguliers avec les acteurs locaux et des occasions réelles pour les citoyens et les partenaires de faire connaître leurs besoins et d'apprécier les réponses apportées. Le nom et l'identité des établissements devraient être choisis localement, plutôt qu'imposés par l'instance centrale. Cette liberté doit s'accompagner d'une obligation de résultats et d'une transparence envers la population desservie.

6. Faire des équipes de soins responsabilisées et soutenues le fondement de l'organisation des services

La finalité de la gouvernance n'est pas de faire fonctionner des structures, mais de permettre à des équipes de soins identifiables d'assumer pleinement leurs missions auprès des patients. Ces équipes, qu'elles œuvrent en première ligne, à l'hôpital, en hébergement ou dans des services spécialisés, doivent connaître la population ou les patients dont elles sont responsables, pouvoir organiser les parcours de soins et rendre compte de l'accès, de la continuité, de la qualité et des résultats obtenus. Leur responsabilité doit être réelle, collective et adaptée à leur mission.

Pour agir, elles doivent disposer des professionnels et des compétences nécessaires, de personnel de soutien, d'une gestion de proximité et de l'ensemble des outils professionnels et technologiques, des locaux, des équipements, des matériels, des plateaux techniques et des moyens logistiques adaptés à leur pratique. Les établissements ont pour première fonction de créer ces conditions et de lever les obstacles rencontrés par leurs équipes, plutôt que de multiplier les autorisations ou les prescriptions uniformes.

Le soutien des équipes exige une répartition judicieuse des fonctions. Certaines capacités gagnent à être mutualisées — expertise rare, formation, normes, infrastructures communes, certains achats ou services techniques. D'autres décisions doivent demeurer près de la pratique clinique : organisation du travail, adaptation des équipements et des installations, coordination des interventions et choix des moyens

appropriés. Une fonction centrale d'approvisionnement ou d'informatique doit faciliter l'accès à des solutions adaptées, non imposer systématiquement un fournisseur ou un processus unique.

Cette responsabilité des équipes suppose aussi des données utiles sur les besoins et les résultats, des possibilités d'amélioration continue et un soutien lorsque des difficultés apparaissent. Breaking the cycle rappelle que l'autonomie reste théorique sans les compétences et les moyens nécessaires pour agir. Nos propositions sur les CLSC 2.0 et les équipes de soins illustrent précisément ce que la gouvernance doit rendre possible : des responsabilités identifiables, un soutien concret et une capacité d'adaptation au plus près des patients.

7. Réussir la transition sans relancer une nouvelle réforme des structures

Si le gouvernement met fin à Santé Québec, il devrait annoncer sans tarder les responsabilités qu'il reprend, les fonctions communes qu'il préserve et les pouvoirs qu'il transfère réellement. Il importe de rendre visibles ces changements dans les délégations, les budgets, les règles d'autorisation et les responsabilités des dirigeants. Sans cela, l'abolition d'une structure pourrait simplement déplacer la centralisation.

La destination doit être commune à l'ensemble du Québec : des établissements responsables, une coordination utile, des équipes soutenues et une reddition de comptes centrée sur les résultats. Le rythme d'implantation peut varier selon la préparation des territoires, sans soumettre le principe même de la décentralisation à une succession indéfinie de projets pilotes.

Cette orientation n'exclut pas l'évaluation rigoureuse d'innovations cliniques, technologiques ou organisationnelles dont les effets restent incertains. Il faut distinguer ces expérimentations ciblées de la décision politique de redistribuer les responsabilités dans le réseau.

La transition devra sécuriser les obligations légales, les conventions, les budgets, les systèmes d'information et la continuité des services. Les fonctions utiles actuellement exercées par Santé Québec devront être maintenues ou réaffectées sans rupture. Les économies administratives éventuelles devront être démontrées, non présumées. Dès les premières étapes, on devra vérifier si davantage de décisions se prennent réellement près des services et si le soutien devient plus efficace.

Conclusion — Assumer la responsabilité politique et rendre la décentralisation possible

Le choix de conserver ou d'abolir Santé Québec ne doit pas masquer la nécessité d'une gouvernance centrale forte du système de santé et de services sociaux. L'enjeu décisif est de savoir comment le gouvernement peut répondre des résultats tout en donnant aux établissements et aux équipes les pouvoirs, les moyens et le soutien nécessaires pour améliorer les services.

La voie proposée est celle d'un MSSS responsable des orientations, de l'équité, du financement et de l'évaluation; de fonctions communes limitées à ce qui gagne à être organisé nationalement; d'une coordination régionale et suprarégionale au service des établissements; de CSSS territoriaux et de grands centres hospitaliers responsables; et, au cœur de cette organisation, d'équipes de soins soutenues et comptables de leurs résultats.

Trois engagements permettent d'éprouver cette transformation : chaque citoyen doit pouvoir compter sur une voie d'accès de proximité grâce à une mission CLSC renouvelée; chaque patient doit pouvoir identifier les équipes responsables de ses soins et de son parcours; et les établissements doivent être

suffisamment ancrés dans leurs communautés pour adapter leurs services aux besoins, avec des résultats mesurés et des responsabilités explicites. Ces engagements ne sont pas les chapitres d'une nouvelle réorganisation : ils sont les résultats que la gouvernance doit rendre possibles.

Le gouvernement n'a pas à choisir entre une société d'État centralisatrice et un ministère centralisateur. Il peut exercer pleinement sa responsabilité politique tout en organisant une administration nationale qui protège l'équité, facilite la coopération et rend aux établissements leur capacité d'agir.

Repères documentaires

NHS Productivity Commission / The Health Foundation (2026). Breaking the cycle: How to build a more productive NHS. https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/breaking-the-cycle

Clinique Recherche Innovation (2026). Les CLSC 2.0 dont le Québec a maintenant besoin.

Québec (1971). Loi sur les services de santé et les services sociaux (première loi constitutive du réseau public moderne).

Québec (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux (refonte de 1991).

Québec (2003). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; création des réseaux locaux et mise en place des CSSS en 2004.

Québec (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (réforme des CISSS et CIUSSS).

Québec (2023). Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (mise en place de Santé Québec).