BILLET No. 6

Novembre 2026

Décentraliser pour redonner à nos établissements de santé leur identité et leur capacité d'agir

Des CSSS responsables de leurs territoires, des grands établissements hospitaliers autonomes et une philosophie de fonctionnement centrée sur les équipes de soins.

Le regroupement des établissements sous une autorité centrale représente un acquis qu'il importe de préserver : l'intégration juridique du réseau. Une structure commune facilite la mise en commun de ressources, la mobilité du personnel et la coordination des services. Cette intégration peut être assumée par une agence nationale ou directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Santé Québec a poussé trop loin cette intégration administrative. L'hypercentralisation qui en résulte nuit à l'efficacité du réseau en éloignant les décisions du terrain; elle risque de démobiliser le personnel en affaiblissant son sentiment d'appartenance et sa capacité d'initiative. Elle a aussi contribué à effacer la reconnaissance de l'histoire et de l'identité des établissements, devenus, pour les citoyens, des composantes anonymes d'une vaste organisation, plutôt que des institutions auxquelles s'identifier et dont interpeller les dirigeants.

Dans sa réflexion sur la décentralisation, le gouvernement doit préserver les avantages d'un réseau juridiquement intégré tout en redonnant une véritable capacité d'agir à deux catégories distinctes d'établissements : les centres de santé et de services sociaux (CSSS), responsables de leur territoire, et les grands établissements hospitaliers universitaires, suprarégionaux ou spécialisés, responsables de missions dépassant le cadre local. Ces deux catégories doivent bénéficier d'un niveau comparable d'autonomie, adapté à leurs missions.

Le gouvernement doit définir les responsabilités, les ressources et les obligations de résultats de ses établissements. Leurs dirigeants doivent pouvoir organiser les missions, soutenir les installations et donner aux équipes les moyens d'agir. Cette organisation doit s'accompagner d'une philosophie de fonctionnement qui mise sur l'autonomie, la compétence et la responsabilité des équipes de soins.

Quatre caractéristiques indissociables doivent guider cette décentralisation : l'identité, qui rend l'établissement reconnaissable par les citoyens, ses partenaires et son personnel, avec une direction identifiable; l'appartenance, qui l'enracine dans son territoire ou sa mission; l'autonomie, fondée sur des pouvoirs organisationnels et budgétaires formellement délégués et suffisamment stables pour éviter les interventions centrales constantes; et la responsabilité, qui exige des engagements explicites et une reddition de comptes sur les résultats. On ne peut

tenir un établissement responsable sans lui donner les pouvoirs et les ressources nécessaires pour agir.

1. Deux catégories d'établissements complémentaires

Les CSSS retrouveront la responsabilité d'ensemble des services destinés à la population de leur territoire. Créés en 2004, puis intégrés à de plus vastes regroupements, ils ne seront pas simplement rétablis à l'identique : leur nouvelle organisation misera sur la proximité et l'intégration de leurs différentes missions, tout en préservant les acquis utiles des réformes précédentes. Leur identité sera territoriale et comprendra, autant que possible, une mission hospitalière de base. Certains CSSS pourront toutefois être constitués sans centre hospitalier, autour d'un établissement multiservices servant de point d'ancrage aux équipes et aux installations publiques réparties dans les municipalités de leur territoire.

Les grands établissements hospitaliers ont pour raison d'être la prestation de soins spécialisés ou surspécialisés à des patients provenant de plusieurs territoires, parfois de l'ensemble du Québec. Certains assument également des missions universitaires d'enseignement, de recherche et d'innovation. Leur identité s'est construite autour de ces missions, de leurs équipes, de leurs réalisations et des populations qu'ils desservent. Le CHU Sainte-Justine à Montréal et l'IUCPQ à Québec illustrent cette identité qui dépasse le territoire immédiat de leur implantation.

Nous estimons qu'un peu plus de 100 CSSS et une vingtaine de grands établissements pourraient constituer les deux catégories institutionnelles du réseau. Cette estimation devra être confirmée par les autorités centrales et régionales à partir des territoires, des missions et des capacités existantes. Tous s'inscriront dans une structure juridique commune, qui pourra relever directement du ministère ou d'une agence nationale. Si le gouvernement confie cette responsabilité à une agence, celle-ci devra respecter pleinement la responsabilité politique du gouvernement ainsi que les orientations et les décisions qu'il prendra en matière de décentralisation.

2. Des CSSS responsables de l'ensemble des missions de proximité

Spécifiquement, les CSSS permettront l'intégration, et non la simple juxtaposition, des soins hospitaliers de proximité, de la première ligne sanitaire et sociale, du soutien à domicile, des CHSLD, de la prévention et de la santé publique de proximité. La mission hospitalière, lorsqu'elle existe, ne devra pas éclipser les autres missions de soins primaires, de services sociaux, de prévention et de soutien aux communautés. Sa direction générale doit pouvoir arbitrer les ressources entre les missions selon les besoins et les résultats, en évitant de reconstituer des silos administratifs.

Cette intégration se jugera dans la fluidité du parcours des patients. Une personne âgée qui passe du soutien à domicile à l'hôpital, puis à la réadaptation ou à l'hébergement, ne devrait

pas avoir à coordonner elle-même les services. Le CSSS devra assurer les conditions de passages fluides entre les équipes et rendre compte de cette continuité.

Le CLSC 2.0 redeviendra responsable de la mission publique de première ligne et de proximité du CSSS, avec, si nécessaire des installations réparties sur son territoire pour servir de porte d'entrée aux demandes des citoyens en complémentarité avec les GMF, les pharmacies, les organismes communautaires et les autres partenaires, et en s'assurant que personne ne reste sans réponse, particulièrement celles qui ont des besoins complexes.

La création des CSSS en 2004 reposait déjà sur des objectifs de responsabilité populationnelle, d'intégration des services et de continuité des soins. Les travaux qui ont accompagné et analysé cette réforme ont également souligné les limites des regroupements administratifs lorsqu'ils ne s'accompagnent pas d'une transformation des pratiques et des responsabilités. La décentralisation proposée reprend ces ambitions initiales en leur donnant une assise institutionnelle et une autonomie plus solide.

3. De grands établissements responsables de missions spécialisées et supraterritoriales

Les grands établissements hospitaliers assurent des soins spécialisés et surspécialisés qui exigent une concentration de compétences, des équipes multidisciplinaires hautement qualifiées et des plateaux techniques complexes. Ils exercent, selon leur vocation, des activités de référence régionale, suprarégionale ou nationale. Ceux qui ont une vocation universitaire contribuent aussi à la formation des professionnels, à la recherche, à l'évaluation et à la diffusion de nouvelles pratiques. Ces missions exigent une direction institutionnelle identifiable, capable de planifier ses activités, de gérer ses ressources et de développer ses partenariats. Dans l'organisation proposée, ces établissements disposeront d'une autonomie organisationnelle et budgétaire comparable à celle des CSSS.

Leur responsabilité ne s'arrête pas à l'épisode de soins réalisé dans leurs installations. Ils participent déjà à des parcours de soins qui exigent des liens avec les établissements de proximité. La décentralisation devra renforcer et rendre explicite leur obligation d'organiser, avec les CSSS, des parcours continus pour les personnes qu'ils accueillent : accès à l'expertise spécialisée, modalités de référence, circulation de l'information, préparation du congé, retour vers les équipes de proximité et suivis requis. Les ententes de desserte préciseront les engagements réciproques, les délais et les relais cliniques. Leur performance sera appréciée par la qualité et l'accessibilité des soins, la continuité des parcours, ainsi que leurs contributions à la formation, à la recherche et au transfert des connaissances. À la différence des CSSS, leur identité repose d'abord sur une mission spécialisée plutôt que sur la responsabilité générale d'un territoire; ils partagent néanmoins la même obligation de coopération au bénéfice des patients.

4. Les équipes de soins : le paradigme de fonctionnement

L'établissement est la base de l'organisation institutionnelle; l'installation est le lieu concret où les services sont rendus; l'équipe de soins et de services est l'unité fondamentale du fonctionnement quotidien. Une équipe identifiable rassemble les compétences, le personnel de soutien et la gestion de proximité nécessaires à une mission auprès de patients ou d'une population.

Cette philosophie de fonctionnement exige que les équipes puissent organiser leur travail, coordonner les parcours et disposer des ressources appropriées : personnel, locaux, instruments, équipements, plateaux techniques et outils numériques. Une urgence accueillant des personnes âgées fragiles ou en crise doit pouvoir aménager des espaces adaptés; une équipe chirurgicale doit disposer du plateau correspondant à ses interventions; une équipe de CLSC doit recevoir le soutien nécessaire à ses activités.

Les gestionnaires de proximité doivent pouvoir résoudre rapidement les problèmes de personnel, de matériel et d'organisation, sans attendre des autorisations en cascade. En retour, les équipes rendent compte de l'accès, de la continuité, de la qualité et des résultats. Il n'appartient pas au gouvernement de prescrire leur composition ou leurs méthodes, mais de créer les conditions pour que les établissements soutiennent efficacement leur travail.

5. Des pouvoirs réels, y compris pour financer l'innovation

Décentraliser signifie transférer des responsabilités avec les budgets et les leviers nécessaires pour les exercer. Les CSSS doivent disposer de marges réelles pour répartir les ressources entre leurs missions, conclure des ententes avec leurs partenaires, adapter l'organisation du travail et soutenir leurs installations. Cette autonomie s'exerce à l'intérieur d'un financement public qui demeure garant des droits, de la sécurité, des missions essentielles et de l'équité entre les territoires.

L'autonomie doit aussi permettre d'améliorer les pratiques. Les établissements et les équipes conservent une capacité d'initiative et d'expérimentation, mais disposent souvent de marges financières étroites, parfois compensées par les fondations. Une partie identifiable des ressources devrait pouvoir être consacrée aux projets d'amélioration, à leur évaluation et à l'intégration des innovations utiles. Les fondations demeureraient complémentaires, sans conditionner l'innovation à la richesse philanthropique d'un territoire.

Il faut distinguer la conception et l'expérimentation locales du déploiement à grande échelle. Ce dernier peut nécessiter des normes communes, de l'interopérabilité et des investissements nationaux. L'autorité centrale doit faciliter la diffusion des solutions éprouvées plutôt que contrôler prématurément leur conception.

L'autonomie se mesure également dans la gestion des ressources humaines. Elle suppose des marges pour adapter les compétences et les équipes, mais aussi des ajustements aux règles administratives, professionnelles et négociées. La reddition de comptes doit suivre des

résultats utiles — accès, délais, continuité, qualité, sécurité et équité — plutôt que multiplier les rapports ou confondre le nombre d'actes avec la valeur des services.

6. Coordonner les services régionaux et suprarégionaux sans créer une tutelle

La décentralisation ne doit pas produire des établissements isolés. Certaines équipes de spécialités médicales, chirurgicales, de psychiatrie, de réadaptation ou de services sociaux doivent desservir plusieurs territoires. Trois fonctions doivent être distinguées : gérer une équipe ou une installation, assurer la desserte d'une population et coordonner les engagements entre établissements.

Une équipe spécialisée pourrait être administrée par un CSSS et desservir plusieurs CSSS voisins, selon des ententes définissant les populations, les priorités, les ressources, les délais et les modalités de référence et de retour d'information. Il n'est ni nécessaire ni souhaitable que toutes les activités régionales soient concentrées dans le plus grand hôpital. Les solutions varieront selon la géographie et les ressources de chaque région.

Une coordination régionale portée par les directions des établissements devrait convenir des services partagés, suivre l'accès et résoudre les différends. À l'échelle suprarégionale, les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) pourraient appuyer les corridors de soins spécialisés, l'enseignement et la recherche, à condition de préciser leur mandat et d'y associer les CSSS concernés.

La concertation doit produire des décisions applicables. Les ententes doivent prévoir des mécanismes d'arbitrage, ainsi que le financement explicite des missions de desserte régionale ou suprarégionale. L'autorité nationale reste garante de l'équité entre territoires, sans se substituer à la gestion courante des établissements.

7. Une transformation réaliste et le choix à faire concernant Santé Québec

Cette réforme doit s'appuyer sur les installations, les équipes et les compétences déjà en place. Elle vise d'abord à revoir les mandats, les délégations de pouvoirs, les responsabilités budgétaires et les relations entre établissements. Certaines fonctions — infrastructures numériques, achats ou expertises rares — peuvent demeurer partagées lorsque cela apporte une valeur démontrable. Un changement de rattachement n'exige pas automatiquement le déplacement des personnes.

La transformation aura des coûts et des risques de transition qu'il faudra évaluer, sans promettre d'économies automatiques. Sa mise en œuvre devrait commencer par la définition des pouvoirs, la validation des territoires, les ententes de desserte et l'accompagnement des dirigeants et gestionnaires de proximité. Les résultats doivent être suivis et les modalités corrigées à partir de l'expérience.

Une autorité nationale demeure indispensable pour fixer les orientations, protéger les droits, répartir équitablement les ressources, maintenir les infrastructures communes et arbitrer les

différends. Le gouvernement peut choisir de conserver une Santé Québec profondément réorientée ou de confier cette fonction au MSSS. Mais conserver Santé Québec sans modifier ses pouvoirs ne constituerait pas une décentralisation; l'abolir pour transférer les mêmes pouvoirs au ministère risquerait simplement de déplacer la centralisation. Le choix de la structure centrale doit découler des responsabilités réellement transférées aux CSSS et aux grands établissements, et non précéder cette décision.

Conclusion — Redonner au réseau sa capacité d'agir

L'orientation que le gouvernement donnera à ses intentions de décentralisation devrait viser à ce que chaque citoyen puisse reconnaître l'établissement responsable des services de son territoire, s'identifier à lui et interpeller ses dirigeants; à ce que les grands établissements hospitaliers disposent de l'autonomie nécessaire pour remplir pleinement leurs missions; et à ce que les équipes de soins trouvent auprès de leurs dirigeants les moyens de mieux servir les patients. Elle devra associer identité, appartenance, autonomie et responsabilité, sans renoncer à la solidarité et à la coordination nécessaires à un réseau public intégré.

Le succès de la réforme ne se mesurera pas d'abord au sort de Santé Québec ni au nombre de structures supprimées. Il se mesurera à la capacité effective des CSSS et des grands établissements de décider, de coopérer et de donner aux équipes les moyens d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services. C'est ainsi qu'un réseau juridiquement intégré pourra redevenir un réseau d'établissements reconnus, responsables et capables d'agir.

Documents de référence

Contandriopoulos, D., Hudon, R., Martin, E., & Thompson, D. (2008). Tensions entre rationalité technique et intérêts politiques : l'exemple de la mise en œuvre de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Québec. *Canadian Public Administration, 50* (2). https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2007.tb02011.x

Côté, G., Lanctôt, C. & Rheault, S. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-722-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Projet Clinique – *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf

Richard, M-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., Tremblay, M., Bussière, D., Dumont-Lemasson, M. & Fournier, D. (2006). *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et de Services sociaux : Recension des écrits – Sommaire et Résumé*. Cahiers du Larepps (publication no. 06-09). https://larepps.uqam.ca/wp-content/uploads/cahier06-09.pdf