



ASSEMBLÉE
NATIONALE
DU QUÉBEC

TRANSFORMER LE RÉSEAU — DE LA — SANTÉ

Le pouvoir réel d'améliorer l'accès au Québec

PAR CHRISTIAN DUBÉ,
DÉPUTÉ DE LA PRAIRIE



TRANSFORMER LE RÉSEAU — DE LA — SANTÉ

Le pouvoir réel d'améliorer l'accès au Québec

PAR CHRISTIAN DUBÉ,
DÉPUTÉ DE LA PRAIRIE

Table des matières

Liste des sigles et des acronymes	IV	Communication et usagers	39
Avant-propos	V	Apprentissage 7 — Communications publiques	39
Introduction	1	Apprentissage 8 — Représentation des usagers et usagères	40
9 changements	4	8 tabous	42
Accès aux soins et décloisonnement des professions	5	Tabou 1 — Prise en charge populationnelle	43
Changement 1 — Guichet d'accès à la première ligne (GAP)	5	Tabou 2 — Tarification des services	44
Changement 2 — Décloisonnement des professions	7	Tabou 3 — Transparence dans les organisations professionnelles	46
Pilotage et administration du réseau	9	Tabou 4 — Révision des conditions dans les conventions collectives	48
Changement 3 — Création de Santé Québec : clarifier qui est responsable	9	Tabou 5 — Pouvoir médiatique	49
Changement 4 — Allègement administratif	11	Tabou 6 — Pouvoir des oppositions	50
Ressources humaines et relations professionnelles	13	Tabou 7 — Engagements électoraux	52
Changement 5 — Négociations avec les infirmières et infirmiers	13	Tabou 8 — Rigidité dans les communications entre les ministères et les acteurs concernés	53
Changement 6 — Ententes avec les fédérations de médecins	15	9 conditions gagnantes	54
Changement 7 — Réduction du recours aux agences privées	21	Accès aux soins et organisation	55
Modernisation : accès aux données et infrastructures	23	Prioriser l'accès pour les patients et patientes	55
Changement 8 — Accès aux données de santé	23	Moderniser les règles pour faciliter l'exécution	55
Changement 9 — Modernisation des infrastructures : le numérique et l'immobilier	26	Gouvernance, responsabilité et pilotage	56
Tableau-synthèse des 9 changements	30	Clarifier les responsabilités avant d'exiger des résultats	56
8 apprentissages	31	Utiliser les données comme levier de pouvoir et de changement	56
Stabilisation du réseau	32	Gestion politique, négociations et communication	57
Apprentissage 1 — Stabiliser avant de transformer	32	Préparer les prochains changements	57
Apprentissage 2 — Clarifier les demandes et les responsabilités	33	Mieux communiquer avec les parties prenantes	57
Apprentissage 3 — Données et pouvoir sont indissociables	33	Composer avec un temps politique limité	57
Gestion du changement et cycle politique	36	Capacité réelle d'exécution et autonomie du réseau	58
Apprentissage 4 — Changer les règles du jeu et passer en mode exécution	36	Envisager un financement complémentaire	58
Apprentissage 5 — Cycle politique	37	Donner la marge de manoeuvre nécessaire à Santé Québec	58
Apprentissage 6 — Entre urgent et important	38	Conclusion	59
		Remerciements	60
		Références	61

Liste des sigles et des acronymes

AMP

Activités médicales particulières

CLSC

Centre local de services communautaires

CMQ

Collège des médecins du Québec

CRDS

Centre de répartition des demandes de service

DSN

Dossier de santé numérique

FIQ

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

FMOQ

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FMSQ

Fédération des médecins spécialistes du Québec

GAP

Guichet d'accès à la première ligne

GMF

Groupe de médecine de famille

IA

Intelligence artificielle

INESSS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

IPS

Infirmières et infirmiers praticiens spécialisés

LCS

Loi canadienne sur la santé

MCE

Ministère du Conseil exécutif

MCN

Ministère de la Cybersécurité et du Numérique

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE

Organisation de coopération et de développement économiques

PAGI

Plan annuel de gestion des investissements publics en infrastructures

PREM

Plans régionaux d'effectifs médicaux

SAG

Service d'authentification gouvernementale

SIFA

Système d'information financière par activité

Avant- propos



Christian Dubé
Député de La Prairie

Avons-nous réellement le pouvoir de changer les choses ?

La question peut sembler simple. Elle ne l'est pas.

Depuis plus d'une décennie, je me pose cette question. Elle m'occupait avant même mon entrée en politique, et c'est d'ailleurs en partie pour cette raison que j'ai choisi de m'y engager en 2012. Avec le temps, elle m'habite toujours. En fait, elle s'est imposée avec encore plus de force au fil des responsabilités que j'ai exercées : d'abord dans l'opposition, puis au gouvernement, notamment au Conseil du trésor, et enfin au ministère de la Santé et des Services sociaux durant la pandémie et jusqu'à la fin de 2025.

Le système de santé québécois est complexe, comme la plupart des grandes organisations de santé dans le monde, mais se caractérise aussi par l'intégration de tous les enjeux qui touchent la santé de la population. Il mobilise des centaines de milliers de professionnels et d'employés, qui assurent chaque jour le

fonctionnement du réseau, touche directement la vie de l'ensemble de la population, sert près de 150 000 Québécois quotidiennement et représente plus de 40 % des dépenses de l'État. Cette proportion représente 12 % du PIB, un pourcentage plus important que dans plusieurs pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), où la moyenne se situe autour de 9 %. Malgré cet effort considérable, les taux de satisfaction à l'égard du système de santé demeurent peu élevés au Québec.

Pour une transformation réussie, il faut donc saisir ses inerties institutionnelles, ses contraintes organisationnelles, ses équilibres fragiles, ses pouvoirs politiques et médiatiques ainsi que le rôle des nombreux acteurs qui le font vivre au quotidien. Une telle transformation repose aussi sur une combinaison de décisions politiques, de négociations professionnelles, d'ajustements concrets et

d'apprentissages souvent progressifs.

Depuis le départ de mes fonctions ministérielles en décembre dernier, j'ai choisi de ne pas intervenir sur la place publique. Il m'a semblé plus juste de prendre d'abord un moment pour réfléchir. C'est dans cet esprit que j'ai commencé à faire le point sur mon passage en politique et sur les expériences que j'y ai vécues. Dans les derniers mois, on m'a proposé d'enseigner à des étudiants et étudiantes suivant une formation en santé et en politique, ce qui m'a amené à approfondir davantage cette réflexion.

J'espère surtout que l'on retiendra du présent document qu'il ne faut pas perdre espoir. Les changements récents démontrent qu'il existe bel et bien un pouvoir réel d'agir, à condition d'en comprendre les limites et d'accepter les choix qu'il impose.

Sincèrement,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'CDL', written in a cursive style.

Introduction

Le texte qui suit se concentre sur les dimensions stratégique, organisationnelle et clinique du Plan santé, déposé en 2022. C'est là que se sont situées, pour l'essentiel, mes responsabilités directes des dernières années, à partir de la pandémie.

Le Plan santé de 2022 s'inscrivait dans un contexte où le diagnostic du système de santé québécois était devenu difficile à ignorer. Les défis étaient connus, mais la pandémie en avait révélé toute l'ampleur. Le manque de personnel, les difficultés d'attraction et de rétention ainsi que l'instabilité des équipes limitaient la capacité du réseau à répondre aux besoins. Le vieillissement accéléré et l'augmentation de la population, combinés à la croissance des maladies chroniques, accentuaient la pression sur l'ensemble des

services alors que l'accès demeurait inégal et souvent difficile, tant en première ligne qu'en services spécialisés.

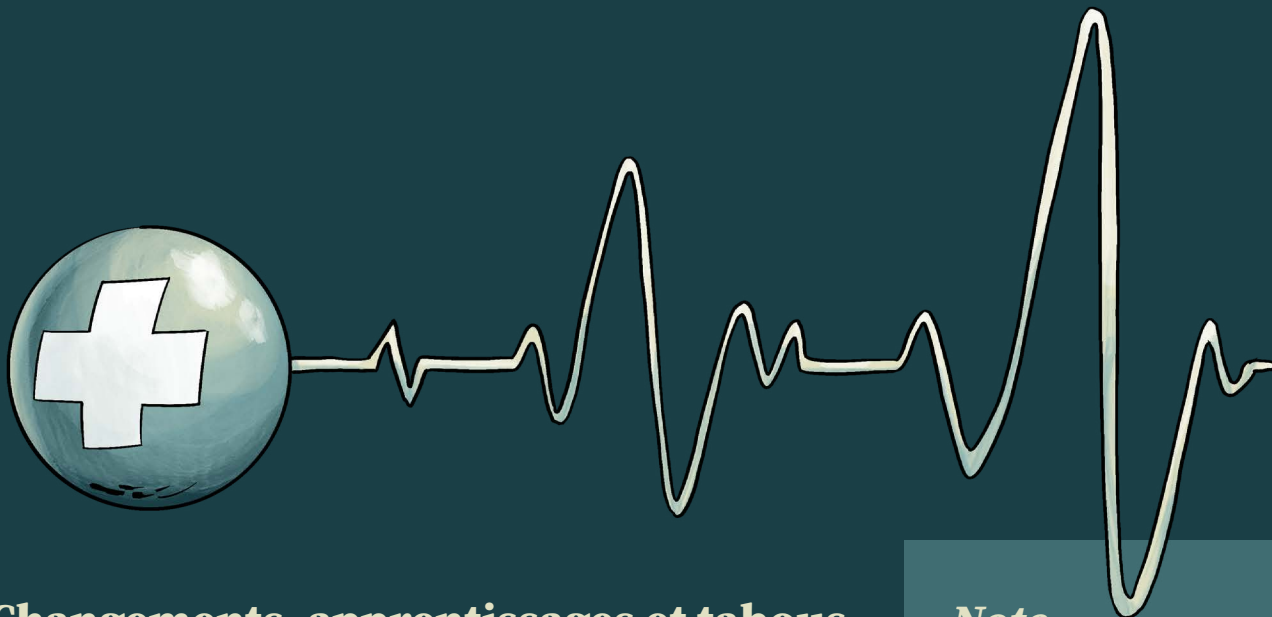
À ces enjeux s'ajoutaient des défis d'organisation. Le réseau peinait à assurer une coordination efficace, marqué par une grande complexité et une fragmentation des responsabilités. Des données existaient, mais elles étaient peu utilisées pour orienter les décisions en temps réel. Malgré des investissements importants, la croissance des coûts et la pression sur les infrastructures soulevaient des questions sur la capacité du système à évoluer durablement.

Le Plan santé s'est appuyé sur de nombreux rapports d'experts sur le système de santé québécois publiés au cours des 30 dernières années. Le gouvernement a pu

consulter plusieurs rapports du Commissaire à la santé et au bien-être avant de finaliser la réorganisation du réseau de la santé.

C'est dans ce contexte qu'a émergé la nécessité d'un virage plus structurant, visant à rendre le système à la fois plus humain et plus performant. Le Plan santé proposait alors une série de transformations pour améliorer l'accès, renforcer la première ligne, moderniser la gouvernance et mieux soutenir les équipes sur le terrain.

Ce document propose donc un regard simple et lucide sur quelques changements récents du réseau de la santé et des services sociaux. Il ne cherche pas à en présenter une analyse exhaustive ni à défendre ou à excuser les gestes qui ont été posés, si imparfaits soient-ils.



Changements, apprentissages et tabous

Neuf changements marquants mis en place dans les dernières années ont été retenus. De tous ceux que nous avons réalisés, y compris durant la pandémie, se dégagent également huit apprentissages qui identifient certaines actions qui auraient pu être faites autrement et éclairent les conditions nécessaires à une transformation réussie. J'aborde ensuite huit sujets souvent évités dans l'espace public – les tabous – afin d'ouvrir une réflexion plus approfondie sur nos choix collectifs à venir et les moyens à prendre pour réaliser nos ambitions.

Conditions gagnantes

Pour terminer, neuf conditions gagnantes pour les prochaines années sont suggérées, particulièrement en vue de 2028 : c'est alors que viendront à échéance de nombreuses conventions collectives et ententes avec les professionnels et professionnelles du réseau.

Le système de santé québécois peut et doit encore évoluer. Il est difficile à transformer, parce que les leviers sont multiples, les contraintes réelles et les résultats longs à obtenir dans le contexte d'un cycle politique.

Il importe maintenant de stabiliser le réseau tout en mettant en place les conditions gagnantes pour continuer la transformation si, comme société, nous acceptons de faire aujourd'hui les choix difficiles qui s'imposent pour demain.

Note

Les enjeux liés aux personnes âgées, aux services sociaux et aux autres volets essentiels du réseau de la santé et des services sociaux, comme les soins à domicile, l'aide médicale à mourir, la protection de la jeunesse, la santé mentale et l'itinérance, ont fait l'objet d'un travail important sous la responsabilité de mes anciens collègues ministres. Ils et elles ont contribué à la transformation globale du réseau dans leur champ d'action respectif.

Je précise que ce document n'engage en rien le gouvernement actuel, pour lequel j'ai agi au cours des deux derniers mandats. J'ai respecté mon devoir de réserve sur les éléments confidentiels et fait référence uniquement à des faits déjà connus du public.

Portrait du volume de soins et de services rendus

Le tableau ci-dessous illustre le volume de soins et de services offerts au cours de la plus récente année pour laquelle des données publiques étaient disponibles en juin 2026. Ils sont classés selon trois catégories : *Clinique*, *Services aux aînés, soins à domicile et CHSLD* ainsi que *Services sociaux*.



Illustration : Ygreck

	Soins et services rendus	Volume
Clinique	Personnes inscrites à un médecin de famille (2024-2025)	6 028 474
	Nombre de plages de rendez-vous en médecine de famille rendues disponibles (2025) [Source 1]	16 400 000
	Consultations réalisées auprès d'un médecin spécialiste (2024-2025)	754 316
	Visites aux urgences (2024-2025) [Source 2, p. 43]	3 711 560
	Consultations psychiatriques à l'urgence (2024-2025)	28 456
	Interventions chirurgicales réalisées (2025-2026) [Source 3]	454 447
	Hospitalisations (2024-2025) [Source 2, p. 16]	785 747
	Heures de prestations de services (HPS) en adaptation et en réadaptation (déficience physique) (2024-2025) [Source 4]	3 516 811
Services aux aînés, soins à domicile et CHSLD	Usagers recevant des soins et services de soutien à domicile (2024-2025) [Source 3]	395 783
	Heures de services en soutien à domicile (2024-2025) [Source 3]	37 281 435
	Usagers admis en CHSLD, MDA-MA (2023-2024) [Source 5, p. 32]	38 741
Services sociaux	Nombre de personnes distinctes ayant reçu des services en dépendance (2024-2025) [Source 6, p. 7]	74 711
	Délai d'attente moyen à l'évaluation en protection de la jeunesse (2025-2026) [Source 3]	27,6 jours
	Organismes communautaires soutenus (2024-2025) [Source 2, p. 57]	3 046

Sources :

¹ Séance d'information à l'attention des médecins de famille, novembre 2025 - Ministère de la Santé et des Services sociaux

² Rapport annuel de gestion 2024-2025 - Santé Québec

³ Tableau de bord public Santé Québec, coup d'œil sur le réseau

⁴ AS-484 Rapports statistiques annuels des centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique 2024-2025 (AS-484) - Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁵ Rapport statistique annuel 2023-2024 (AS-478) - Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁶ Rapport annuel de gestion 2022-2023 - Ministère de la Santé et des Services sociaux

Autres sources au besoin :

Rapport annuel de gestion 2024-2025 - Ministère de la Santé et des Services sociaux

Planification stratégique 2025-2028 - Santé Québec

Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec - Commissaire à la santé et au bien-être

changements

Voici neuf changements qui ont eu cours durant la période 2018-2025 et qui ont mené à certaines avancées dans le réseau. Ces changements ne constituent qu'une partie de la transformation amorcée dans les dernières années. Toutefois, ils apparaissent représentatifs du fait qu'ils permettent de tirer des apprentissages et d'établir certaines conditions gagnantes à considérer pour la continuité de la transformation du réseau de la santé.

Ces changements sont regroupés sous quatre grands thèmes : *Accès aux soins et décloisonnement des professions, Pilotage et administration du réseau, Ressources humaines et relations professionnelles et Modernisation : accès aux données et infrastructures.*

Changement 1

Guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Le contexte

Pendant des années, l'accès à la première ligne s'est imposé comme l'un des symptômes les plus visibles des difficultés du système de santé. Pour de nombreux citoyens et citoyennes sans médecin de famille, obtenir un rendez-vous relevait souvent d'un parcours complexe et incertain.

Le débat public s'est donc longtemps concentré sur le nombre de patients et patientes sans médecin de famille. Avec le temps, nous avons conclu que l'enjeu dépassait largement le ratio médecins/patients et qu'il fallait débloquer ce goulot d'étranglement si l'on voulait réellement améliorer l'accès à la première ligne.

Dans le modèle québécois, la prise en charge des patientes et patients par les médecins de famille est volontaire de la part de ces derniers. Cette caractéristique structure profondément le fonctionnement de la première ligne au Québec et explique certaines difficultés d'accès pour une partie

de la population : aucun mécanisme collectif n'assure que l'ensemble de celle-ci soit effectivement pris en charge.

Avant 2022, chaque clinique fonctionnait avec ses propres mécanismes de rendez-vous, sans véritable coordination à l'échelle du réseau. Les patients orphelins devaient souvent naviguer seuls entre différentes portes d'entrée. Pour certains citoyens et citoyennes, la situation ressemblait à celle d'une personne qui cotise toute sa vie à un régime collectif, mais qui, au moment où elle en a besoin, découvre qu'aucun mécanisme ne garantit réellement sa prise en charge en première ligne. L'image est forte, mais elle reflète une réalité bien concrète pour une partie de la population.

C'est pour répondre à cette difficulté que le GAP, accessible via le 811, a été mis en place en 2022. Conçu initialement à partir de fonds inutilisés de l'enveloppe financière consentie à la Fédération des médecins

omnipraticiens du Québec (FMOQ), il est né de l'idée de créer un mécanisme de tri clinique capable d'orienter la population vers les ressources disponibles. L'ajout subséquent du GAP numérique, quant à lui, a notamment permis la réduction des temps d'attente pour les patients et patientes.

Cette approche ne réglait pas tout. Elle permettait une meilleure organisation destinée à faciliter l'accès à un ou une médecin de famille. Elle ne permettait pas l'ajout de ressources ; elle sollicitait mieux celles déjà présentes dans le réseau.

L'accès aux soins est souvent moins un problème de ressources qu'un problème d'organisation.

Analyse du changement

Guichet d'accès à la première ligne (GAP)



Objectif

Mieux organiser l'accès aux soins pour les patients et patientes sans médecin de famille.



Illustration : Ygreck



Obstacle

Assurer un accès réel à un ou une médecin de famille pour l'ensemble de la population. Dans un système encore marqué par des parcours fragmentés et une prise en charge laissée à l'initiative des professionnels et professionnelles, l'affiliation à un milieu de soins n'est pas encore pleinement consolidée. Ainsi, certaines personnes, particulièrement parmi les clientèles vulnérables, continuent de se heurter à des difficultés de prise en charge, car elles ne s'inscrivent pas dans les trajectoires de soins traditionnelles.



Levier

L'accès aux soins est souvent moins un problème de ressources qu'un problème d'organisation. C'est dans cette logique qu'en 2022, le projet de loi 11 a été adopté, permettant une prise en charge collective à l'intérieur d'un groupe de médecine de famille (GMF) ainsi qu'un mécanisme centralisé de tri clinique et d'orientation des patients et patientes vers les ressources disponibles.



Résultats

Une meilleure utilisation des capacités existantes et une gestion plus structurée de la demande avec des données en temps réel. Le GAP a permis d'améliorer l'accès pour plusieurs patients orphelins qui étaient en attente depuis longtemps. Le volume de plus d'un million d'appels durant la première année d'activité montre par ailleurs l'ampleur du besoin auquel il devait répondre. Cependant, il faut reconnaître les limites du GAP, notamment le temps d'attente dans certaines régions et l'incertitude d'obtenir un rendez-vous au moment opportun.



Pistes de réflexion

Pour assurer un accès réel à des services de première ligne

Poursuivre le décloisonnement des professions afin d'élargir le bassin de professionnelles et professionnels de la santé pouvant assurer la prise en charge en première ligne, mieux analyser les besoins populationnels de chaque région, assurer une utilisation plus élargie des cliniques publiques-privées (ex. : cliniques UP – centre d'urgences pédiatriques) et des urgences de jour (ex. : Clinique d'urgence mineure Jeffery Hale), s'assurer que chaque Québécoise et Québécois est rattaché à un milieu de soins et optimiser les systèmes d'information nécessaires pour orienter les Québécoises et Québécois vers la bonne ressource pendant la période de transition, jusqu'à une prise en charge réelle de toute la population.

Changement 2

Décloisonnement des professions

Le contexte

Le système de santé québécois repose sur un grand nombre de professionnelles et professionnels hautement qualifiés : médecins, infirmières et infirmiers, pharmaciennes et pharmaciens, physiothérapeutes et plusieurs autres.

Néanmoins, les champs d'exercice de ces professions ont longtemps été définis de façon rigide. Certains actes ne pouvaient être accomplis que par une profession précise, même lorsque d'autres avaient les compétences nécessaires.

Cette organisation créait des délais d'attente, des irritants, une perte d'efficacité et une augmentation des coûts.

Le décloisonnement des professions visait à moderniser ces règles. L'objectif était de permettre aux professionnelles et professionnels d'exercer pleinement leurs compétences

et de travailler davantage en équipe.

L'enjeu n'était pas seulement législatif ou réglementaire. Il touchait également à la culture professionnelle et à l'organisation du travail, avec un effet sur la rémunération des médecins de famille.

Concrètement, ce changement signifiait que certaines interventions, qui exigeaient auparavant l'intervention d'un ou d'une médecin, pouvaient désormais être réalisées par d'autres personnes qualifiées. Avec le décloisonnement des professions, les pharmaciennes et pharmaciens peuvent désormais ajuster certains traitements, les infirmières et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) peuvent suivre des patientes et patients ainsi que prescrire dans plusieurs situations,

et les équipes interdisciplinaires peuvent mieux se répartir les responsabilités.

Le décloisonnement des professions, qui s'est amorcé progressivement avec différents projets de loi à compter de 2020, permet non seulement d'améliorer l'accès aux soins, mais aussi d'utiliser efficacement et de valoriser les compétences déjà présentes dans le réseau.

Dans un système complexe, mieux utiliser les compétences disponibles peut être aussi important que d'en ajouter de nouvelles.

Analyse du changement

Décloisonnement des professions



Objectifs

Maximiser et reconnaître les compétences des professionnels et professionnelles pour améliorer l'accès aux soins.



Illustration : Ygreck



Obstacles

Les frontières professionnelles étaient historiquement très rigides, et l'organisation du travail était parfois fragmentée.



Leviers

Dans un système complexe, mieux utiliser les compétences disponibles peut être aussi important que d'en ajouter de nouvelles. C'est cette logique qui a guidé la modernisation des champs d'exercice et le soutien au travail interdisciplinaire, lesquels ont constitué des leviers importants. Plusieurs projets de loi y ont contribué, notamment le projet de loi 31 sur l'élargissement du rôle des pharmaciens, le projet de loi 11 sur l'offre de services de première ligne ainsi que le projet de loi 67 sur la modernisation de certaines pratiques professionnelles en santé et en services sociaux.

Une collaboration étroite entre le ministère responsable des ordres professionnels et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a également permis d'accélérer la mise en place des changements nécessaires. À ce sujet, il faut souligner les contributions respectives des ministres Sonia LeBel et Jean Boulet aux différents projets de loi.

Il est aussi important de mentionner le leadership de la ministre Danielle McCann, qui a entrepris cette direction pour le décloisonnement des professions avec le projet de loi 31, ainsi que l'apport du Collège des médecins du Québec (CMQ) et de son président, le Dr Mauril Gaudreault, qui ont permis de mener à terme ces différentes initiatives.



Résultat

Une meilleure utilisation des ressources professionnelles, un accès plus rapide à certains services et une valorisation accrue du rôle joué notamment par les IPS et par les pharmaciens et pharmaciennes.



Pistes de réflexion

Pour améliorer l'accès à la bonne ressource professionnelle en santé

L'amélioration de l'accès aux soins passe souvent par une meilleure utilisation des expertises disponibles dans le réseau. Cela nécessite de revoir périodiquement les règles qui encadrent les professions, car plusieurs autres gagneraient à être mieux valorisées, notamment les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens, les kinésiologues ainsi que les ambulancières et ambulanciers (paramédics). Encore faut-il, une fois ce décloisonnement amorcé, bien coordonner l'action des professionnels et professionnelles pour que cette plus grande souplesse se traduise réellement par une prise en charge améliorée sur le terrain.

Changement 3

Création de Santé Québec : clarifier qui est responsable

Le contexte

On peut investir davantage, multiplier les réformes cliniques et annoncer des objectifs ambitieux, mais si la chaîne de responsabilité demeure floue, les résultats ne suivent pas.

Le réseau de la santé québécois mobilise des centaines de milliers de professionnels et professionnelles. Pourtant, pendant longtemps, une question fondamentale est demeurée irrésolue : qui est réellement responsable des résultats ?

La réforme du Dr Gaétan Barrette a profondément modifié l'architecture du réseau en réduisant le nombre d'établissements. Bien que critiquée par certaines personnes, cette transformation a laissé un héritage structurant reconnu. Suivant cette réforme, une zone grise persistait néanmoins entre la définition des orientations politiques et la gestion opérationnelle du réseau.

Avec le temps, cette ambiguïté quant à la chaîne de responsabilité a représenté un obstacle à la performance du réseau.

Le rapport Savoie (2022) a mis en lumière les limites d'une gouvernance trop lourde et insuffisamment coordonnée,

marquée par une confusion des rôles entre le MSSS et le réseau et une capacité d'action inégale sur le terrain. Il souligne la nécessité de mieux distinguer les fonctions d'orientation et d'exécution tout en renforçant les mécanismes de coordination, constats qui ont directement nourri la réflexion menant à la création de Santé Québec.

Celle-ci visait ainsi à distinguer plus clairement la stratégie de politique publique (orientations), portée par le gouvernement et le ministère, de l'exécution opérationnelle, confiée à une organisation responsable de la performance.

Le réseau de la santé ne peut pas performer si personne n'est clairement responsable des résultats.

Un autre objectif consistait à assurer une plus grande stabilité du réseau en réduisant sa dépendance aux cycles politiques et en facilitant la continuité lors des changements de gouvernement.

Près d'un an et demi après sa création, Santé Québec a bien posé ses fondations.

La nouvelle équipe de direction, appuyée par un solide conseil d'administration, a commencé

ses activités dans un contexte de gestion de changements majeurs et de restrictions budgétaires importantes. En effet, alors qu'elle prenait la responsabilité des activités de ce réseau complexe, cet environnement difficile a imposé des choix qui ont pu donner une impression négative du rôle de la société d'État.

Le réseau de la santé ne peut pas performer si personne n'est clairement responsable des résultats.

Avec des résultats plus probants sur l'accès et sur la baisse des listes d'attente en chirurgie ainsi qu'un retour à l'équilibre budgétaire, on constate déjà les retombées d'une meilleure coordination du réseau et la responsabilité prise par les gestionnaires. Avec l'adoption de meilleures pratiques dans les activités ainsi que les changements à son organisation qui commencent à porter fruit, Santé Québec doit pouvoir continuer son travail pour l'amélioration du réseau.

Analyse du changement

Création de Santé Québec : clarifier qui est responsable



Objectifs

Un système ne peut pas performer si personne n'est clairement responsable des résultats. C'est pourquoi la transformation visait à séparer les opérations des orientations, à clarifier la chaîne de responsabilité dans la gestion du réseau, à rendre les gestionnaires de Santé Québec responsables et à mieux rendre compte des résultats.



Obstacles

La distinction entre stratégie et gestion demeurait floue au sein de la gouvernance, au moment même où le réseau devait composer avec des besoins majeurs de modernisation et des marges de manœuvre limitées pour financer ses infrastructures et ses activités. Une contestation importante a émergé de membres de certains conseils d'administration des établissements qui s'opposaient aux changements dans l'organisation de la société d'État.



Leviers

Créer une organisation vouée à la gestion opérationnelle du réseau. La mise en place de Santé Québec a reposé sur l'adoption du projet de loi 15, accompagné d'une mise à jour de la Loi sur le système de santé et des services sociaux, notamment en matière de gouvernance médicale et de responsabilité populationnelle.



Résultats

Les premières améliorations se font sentir sur le terrain, tant sur le plan opérationnel que sur celui de la gestion des fonds publics, qui est plus rigoureuse. Un tableau de bord accessible sur le site Web de **Santé Québec** a été mis en place pour suivre les améliorations opérationnelles. À titre d'exemple, le nombre de bris de service au cours de l'été 2025 a globalement diminué de plus de 50 % comparativement aux étés précédents grâce à une meilleure planification de l'organisation du travail. Néanmoins, les opérations sont complexes et il existe de grandes disparités régionales dont il importe de tenir compte. Certains rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec méritent d'être précisés, et des optimisations devront être apportées dans les deux organisations pour que chacune fonctionne à la hauteur des attentes. Il reste encore beaucoup à faire.



Pistes de réflexion

Pour la création d'une société d'État

La suite exige d'abord de donner au réseau le temps nécessaire pour intégrer les changements majeurs déjà entrepris. Une transformation qui engendre la création d'une société d'État comme Santé Québec et qui modifie grandement le réseau de la santé ne peut être pleinement fonctionnelle à l'intérieur d'un seul cycle politique (quatre ans). Pour qu'une telle transformation puisse produire ses effets, il faut donc accepter qu'elle s'inscrive dans un horizon temporel plus lointain.

Changement 4

Allègement administratif

Le contexte

Au fil des années, les professionnels et professionnelles de la santé ont exprimé la même frustration : une part importante de leur temps était consacrée à des tâches administratives.

Certaines exigences sont nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins. D'autres résultent d'habitudes ou de règles et d'addition de règles qui n'ont jamais été véritablement réévaluées.

Ces tâches administratives peuvent sembler mineures, mais leur accumulation réduit

le temps disponible pour la patientèle. Un allègement administratif était donc requis afin d'éliminer certaines exigences inutiles : il importait de simplifier des procédures, de moderniser des processus et de réduire le nombre de formulaires à remplir.

Plusieurs mesures ont ainsi été adoptées. Par exemple, des exigences de billets médicaux demandés par des employeurs ou des assureurs ont été éliminées, et plusieurs formulaires utilisés dans le réseau ont été simplifiés.

Considérés individuellement, ces ajustements peuvent

sembler modestes. Pourtant, leur effet cumulatif libère un temps précieux pour les soins et contribue à améliorer l'efficacité globale du système. Il importe de poursuivre dans cette veine.

Dans un grand système, de petites simplifications peuvent libérer beaucoup de temps.

Analyse du changement

Allègement administratif



Objectif

Réduire les tâches administratives afin de libérer du temps pour les soins.

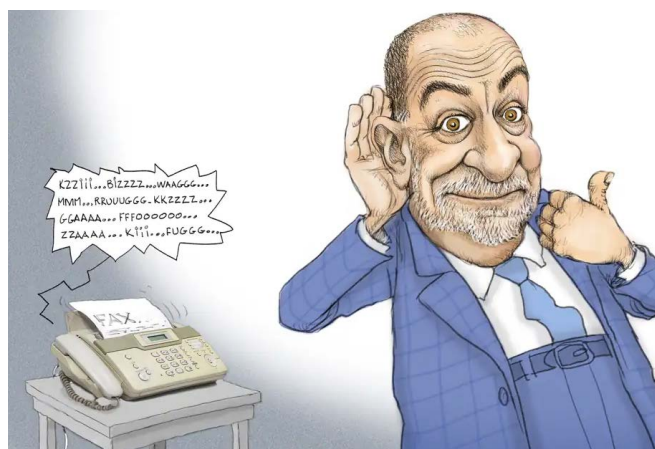


Illustration : Serge Chapleau



Obstacle

Une accumulation de règles, de formulaires et de procédures au fil des années, due à une inertie organisationnelle.



Leviers

Une révision ciblée des exigences et la simplification des processus, notamment par l'adoption du projet de loi 68 pour limiter les exigences de billets médicaux demandés par les employeurs et les sociétés d'assurance.



Résultats

Dans un grand système, de petites simplifications peuvent libérer beaucoup de temps. C'est précisément ce qu'ont permis plusieurs changements administratifs. Ceux-ci dégagent du temps pour les professionnels et professionnelles et améliorent l'efficacité organisationnelle, de sorte qu'un plus grand nombre d'actes pertinents peuvent désormais être prodigués. On estime que ces différents ajustements administratifs auront permis de libérer près d'un million de rendez-vous pour les médecins de famille.



Pistes de réflexion

Pour alléger la charge administrative

Maintenir les efforts de simplification, de standardisation et de réduction de la « paperasse » tout en déployant des systèmes informatiques performants, de façon à alléger et à automatiser les tâches administratives qui n'ajoutent aucune valeur. Une révision de plusieurs processus, normes, règlements et responsabilités de gestionnaires devrait aussi être envisagée.

Changement 5

Négociations avec les infirmières et infirmiers

Le contexte

La pandémie a incontestablement laissé des marques indélébiles dans le réseau. Les pénuries de personnel se sont accentuées, la fatigue organisationnelle s'est installée et les conditions de travail se sont détériorées.

Cette usure a donné aux deux négociations entre le présent gouvernement et les infirmières et infirmiers une portée particulière et un niveau de difficulté accru, car la stabilité du réseau dépend en grande partie des conditions de travail des personnes qui y exercent.

Cela dit, il faut reconnaître que ce genre de négociations a toujours représenté un défi certain pour les différents gouvernements.

Peu après l'arrivée du nouveau gouvernement à l'automne 2018, la convention collective 2016-2020 avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) venait à échéance — en pleine

pandémie. La négociation de renouvellement de cette convention a été très difficile. Une entente est finalement intervenue en janvier 2021. Quant à la convention collective suivante, portant sur une période de cinq ans, elle a été conclue en décembre 2023 et adoptée par les membres en février 2024.

La négociation pour la convention 2020-2023 en fut une de stabilisation, alors que celle concernant la période 2023-2028 touchait à une transformation plus structurelle, mais plus complexe.

Dans un tel contexte, la deuxième négociation dépassait largement la seule question salariale : elle touchait directement à la capacité du réseau à retenir son personnel, et visait à mieux organiser le travail et à répondre aux besoins croissants du système. Elle a donc représenté, plus encore qu'à l'habitude, une étape

charnière dans la performance du réseau de santé.

Comme souvent dans ce type de négociations, le débat public a amplifié les tensions. Les positions se sont durcies et les perceptions ont joué un rôle important.

Après un premier vote négatif des membres, puis plusieurs étapes de négociation et d'ajustements, une entente a finalement été conclue. Elle visait à améliorer certaines conditions de travail tout en permettant une plus grande flexibilité dans l'organisation des soins.

Dans le réseau de la santé, la stabilité des équipes est souvent une condition clé à toute transformation.

Analyse du changement

Négociations avec les infirmières et infirmiers

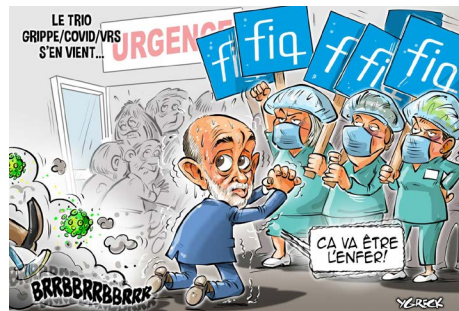


Illustration : Ygreck



Objectif

Stabiliser le réseau en améliorant les conditions de travail et l'organisation des soins dans le contexte de négociations. Il faut se souvenir qu'en parallèle de ces négociations, le projet de loi 15 était en préparation en commission parlementaire. Avec celui-ci, la notion d'employeur unique pour la simplification et la réduction des conventions collectives prenait tout son sens en vue des négociations de 2028.



Résultats

Une entente permettant d'améliorer certaines conditions de travail tout en soutenant la capacité du réseau. L'enjeu de l'ancienneté, en cas de mutation ou de déménagement, a été simplifié.

En 2025, le gouvernement a adopté la loi 23 (sanctionnée en 2025 sous le nom de Loi sur la coordination nationale des conditions de travail dans les secteurs public et parapublic), qui remplace l'ancien régime de négociation au Québec. Par cette loi, une partie des bénéfices du projet de loi 15 a été annulée et le nombre d'accréditations syndicales et de catégories d'emploi est demeuré inchangé.



Obstacles

Un climat de négociation tendu, des attentes salariales élevées et diverses perceptions, amplifiées par le débat public, quant à la portée des demandes gouvernementales. L'enjeu était de parvenir à des changements durables dans l'organisation du travail, sans que la négociation se traduise par des compromis trop importants affectant l'intérêt collectif.

Par contre, les grandes centrales syndicales ont signifié au gouvernement leur in confort relativement à l'adoption du projet de loi 15. Plus précisément, il était question de la perte des spécificités locales et de l'effet négatif d'un grand maraudage potentiel de 18 mois après l'adoption de la loi. À la suite du maraudage, il y aurait eu au moins deux syndicats sans présence dans le milieu de la santé et des services sociaux (Centrale des syndicats du Québec et Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec).



Pistes de réflexion

Pour améliorer les conditions de travail

Dans le réseau de la santé, la stabilité des équipes est souvent une condition clé à toute transformation. Elle suppose aussi des circonstances propices à la mise en œuvre de celle-ci. Cette stabilité passe par des investissements en technologies de l'information et dans les infrastructures, qui peuvent rendre les milieux de travail plus fonctionnels, efficaces et attrayants.

C'est dans ce contexte que de meilleures conditions de travail peuvent créer l'espace nécessaire pour les prochaines négociations et pour des changements plus larges. Cela vaut notamment pour les enjeux d'organisation du travail, comme la conciliation travail-vie personnelle, qui bénéficierait d'une politique claire, la sécurité physique et psychologique du personnel, les heures supplémentaires, un meilleur équilibre entre l'ancienneté et la compétence dans la dotation ainsi que les assurances collectives.

Pour que cette stabilité devienne un véritable levier de transformation, il faut également des mandats de négociation clairs et réalistes ainsi qu'une communication et une collaboration continues avec les parties prenantes et le grand public. En ce qui a trait au nombre d'accréditations syndicales, de conventions collectives et de catégories d'emploi, on peut se demander si les prochaines négociations, en 2028, devraient reprendre certains éléments du projet de loi 15 pour donner plus de flexibilité à Santé Québec dans une meilleure organisation du réseau.



Leviers

Une négociation structurée en vertu des conventions collectives, visant à concilier stabilité et flexibilité en échange de conditions salariales plus élevées que prévu.

Changement 6

Ententes avec les fédérations de médecins

Le contexte

Les médecins occupent une place centrale dans l'organisation des soins. Toute transformation importante du système de santé passe donc inévitablement par des ententes et des discussions avec leurs fédérations.

Comme mentionné précédemment, dans le système de santé du Québec, contrairement à d'autres, la prise en charge des patients et patientes par les médecins de famille demeure essentiellement volontaire. Cette caractéristique structure l'organisation de la première ligne. Elle explique pourquoi les ententes avec la FMOQ jouent un rôle déterminant dans toute transformation du système, sans oublier le rôle important des médecins spécialistes et des résidents.

Ces négociations sont souvent longues et complexes. Elles touchent à la fois la rémunération, les responsabilités professionnelles et l'organisation du travail.

L'un des enjeux majeurs consiste à trouver un équilibre entre trois éléments :

l'autonomie professionnelle des médecins, que l'on considère comme des travailleurs et travailleuses autonomes ; la responsabilité du gouvernement et de Santé Québec dans l'établissement d'orientations et dans la gestion du réseau ; ainsi que les objectifs collectifs du système de santé.

Historiquement, les grandes transformations du réseau ont nécessité des négociations importantes avec les fédérations de médecins.

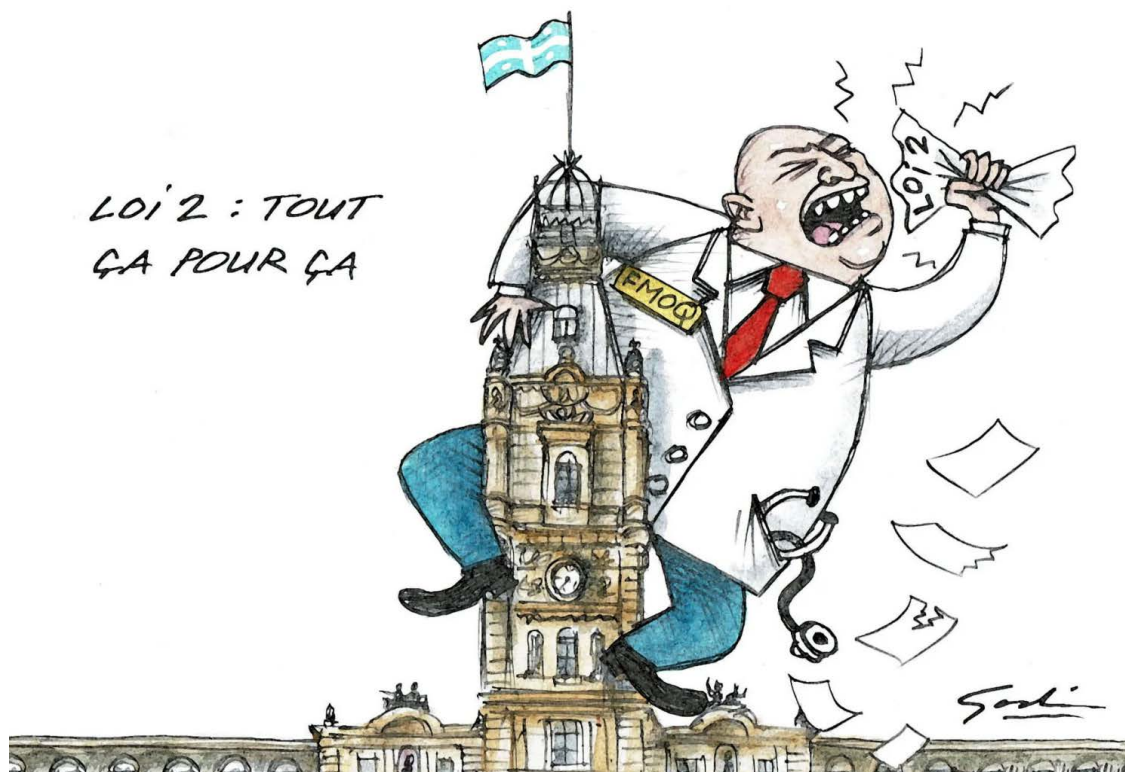
Ces négociations se sont déroulées dans un cadre où la rémunération était peu liée à des objectifs explicites de performance ou de prise en charge. Cette approche a permis de maintenir un certain équilibre, mais elle a aussi limité la capacité du système à orienter concrètement les efforts vers des priorités collectives, notamment en première ligne.

C'est dans ce contexte qu'a émergé la volonté d'introduire une évolution progressive des ententes, visant à mieux aligner les incitatifs sur les résultats attendus du système

tout en tenant compte de la réalité professionnelle et des contraintes propres à la pratique médicale.

Les fédérations médicales sont bien au fait du processus de négociation et de la dynamique gouvernementale : le Conseil du trésor est nommé comme négociateur, et des limitations de communication au public sont exigées durant les négociations. Le ministère du Conseil exécutif (MCE) et le ministère des Finances définissent les paramètres financiers et soutiennent la prise de décision pour s'assurer de répondre aux demandes du MSSS (et, depuis peu, de Santé Québec).

Les grandes transformations du système passent presque toujours par la négociation, mais il arrive qu'un processus législatif soit nécessaire.



Analyse du changement

Ententes avec les fédérations de médecins



Objectif

Aligner les ententes avec les deux fédérations de médecins sur les priorités gouvernementales pour assurer un meilleur accès au réseau de la santé et des services sociaux pour l'ensemble de la population.



Obstacles

Les négociations avec les fédérations de médecins sont difficiles, ne serait-ce qu'en raison de la complexité des ententes et des principes existants sur lesquels elles ont évolué au cours des années. Elles se déroulent dans un cadre exigeant, où le gouvernement fait face à des fédérations bien organisées, bien financées, appuyées par des équipes d'experts qui connaissent les règles du jeu, les contraintes politiques et les marges de manœuvre financières de l'État.

Les dernières négociations n'ont pas fait exception à ce

principe — bien au contraire. Elles touchaient à la fois la rémunération, les responsabilités professionnelles, l'organisation du travail, les mécanismes de prise en charge et, plus largement, l'équilibre à maintenir entre l'autonomie professionnelle des médecins et les objectifs collectifs du réseau. Mais au-delà de la complexité de fond, elles se sont surtout butées à certains enjeux névralgiques. La principale source de tensions tenait à l'introduction d'une obligation collective de résultats. S'y ajoutait également une résistance face à des ajustements aux droits de gestion

réclamés par le gouvernement en lien avec les priorités de celui-ci (ex. : accès, urgences, soins à domicile, CHSLD, etc.).

Ces éléments ont généré des désaccords majeurs. Ceux-ci l'étaient d'autant plus que le mandat confié par le gouvernement, dans le contexte de ces négociations, était particulièrement ambitieux en matière de gestion du changement. En effet, dans une même séquence de négociation, il cherchait à faire avancer plusieurs composantes exigeantes à coût nul sur le plan de la croissance des

enveloppes budgétaires, avec un ajustement si des résultats étaient atteints.

Du côté des médecins de famille, les discussions touchaient en outre à l'accroissement de la part de capitation comme mode de rémunération, qui signifiait une

autonomie limitée des médecins dans la catégorisation du niveau de santé de leur patientèle (codes de couleur). D'autres enjeux ont contribué à surcharger les échanges, notamment ceux liés aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), aux activités médicales particulières (AMP) et

aux conditions d'exercice dans les GMF.

Il est important de rappeler que le gouvernement a augmenté de façon importante le nombre de médecins formés chaque année : celui-ci est passé de 800 à plus de 1 100.

Répartition des personnes selon les profils de santé, 2022-2023 (Méthode Grouper)

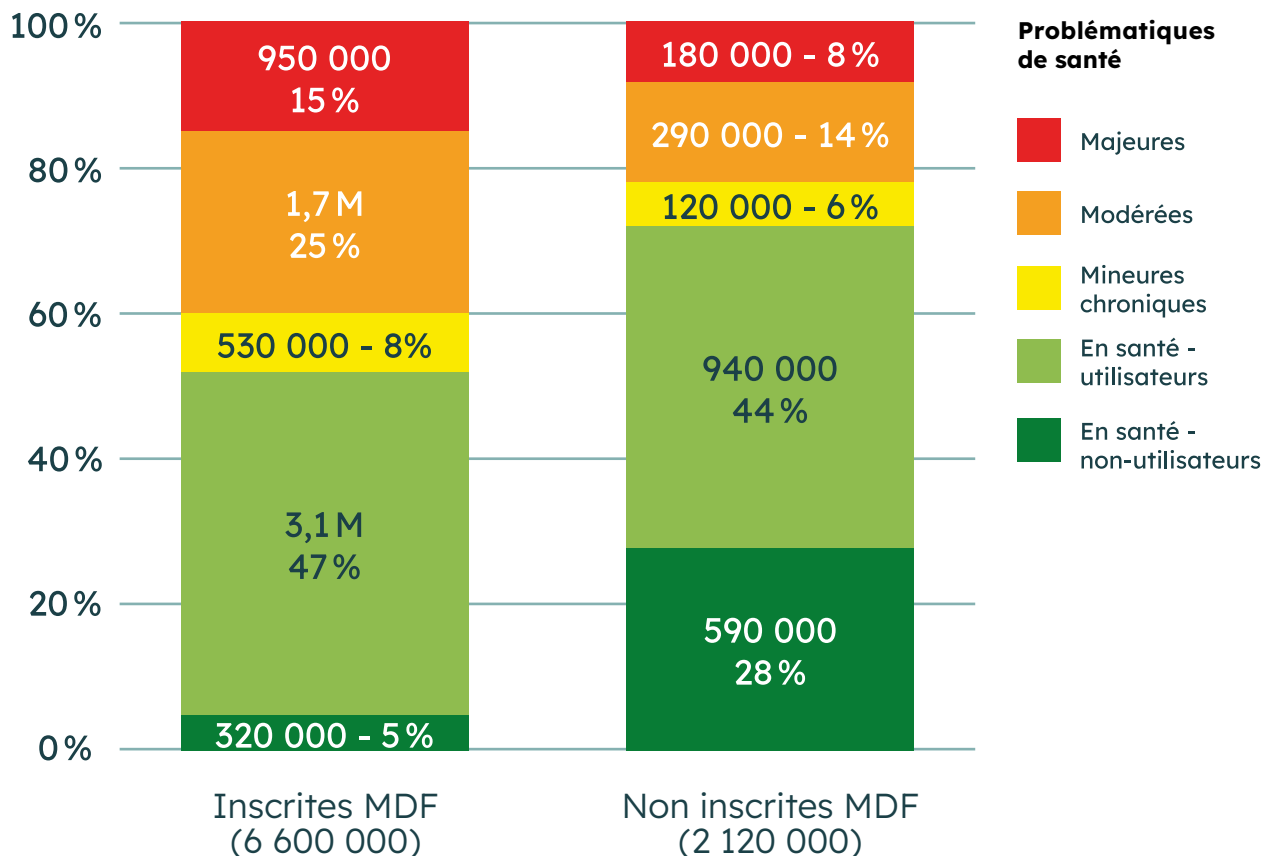
Le tableau suivant montre la répartition des Québécois et Québécoises selon leur état de santé, sans égard à leur lien avec un professionnel ou une professionnelle de la santé.

Segment de santé	Catégorie du profil de santé	Personnes	
		Nombre	Proportion
En santé (57%)	16-Non-utilisateurs	911 000	10,5 %
	15-Utilisateurs sans affection	1 395 000	16,1 %
	12-Affection mineure aiguë	2 328 000	26,9 %
	14-Nouveau-né en santé	128 000	1,5 %
	11-Obstétrique	183 000	2,1 %
	Total	4 945 000	57 %
Affections chroniques mineures (8%)	13-Affection mineure chronique	650 000	7,5 %
	Total	650 000	7,5 %
Affections modérées (22%)	07-Affection modérée aiguë	309 000	3,6 %
	08-Affection modérée chronique	1 031 000	11,9 %
	09-Autres cancers	111 000	1,3 %
	10-Autre trouble de santé mentale	488 000	5,6 %
	Total	1 939 000	22,4 %
Affections majeures (13%)	01-État palliatif	30 000	0,3 %
	02-Affection majeure aiguë	297 000	3,4 %
	03-Affection majeure chronique	389 000	4,5 %
	04-Affection majeure d'un nouveau-né	67 000	0,8 %
	05-Trouble de santé mentale majeur	155 000	1,8 %
	06-Cancer majeur	195 000	2,2 %
Total	1 132 000	13,1 %	
Tous les profils	Total général	8 669 000	100 %

Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2024

Répartition des personnes selon leur segment de santé et leur statut d'inscription auprès d'un médecin de famille, 2022-2023

Le tableau suivant montre la répartition des personnes selon leur état de santé et leur statut d'inscription auprès d'un ou d'une médecin de famille.

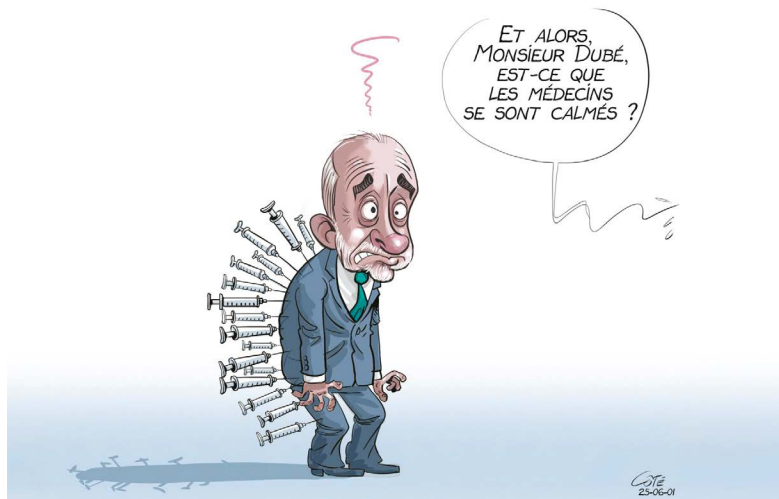


Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2024

Les données des deux tableaux proviennent d'un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) publié en 2024, basé sur des données de 2022-2023. À ce moment, 6,6 millions de Québécoises et Québécois étaient inscrits auprès d'une ou d'un médecin de famille. De nombreuses personnes, dont plus de 180 000 présentant un état de santé critique, devaient donc recourir au GAP pour accéder à une ressource professionnelle en santé.

Malheureusement, en raison du départ de plusieurs médecins de famille à la retraite et d'autres facteurs, comme l'augmentation de la population, la proportion de Québécoises et Québécois sans médecin de famille a continué de croître au cours des dernières années. Le code de couleur basé sur la méthode Grouper, utilisé dans d'autres provinces canadiennes, a été critiqué pour un ensemble de raisons, mais il reflète une situation bien réelle pour une grande partie de la population. Ces données devraient être mises à jour le plus rapidement possible.

Illustration : André-Philippe Côté



Chez les médecins spécialistes, des demandes d'augmentation de la rémunération s'ajoutaient également. Elles concernaient aussi la compensation de certains coûts supplémentaires assumés en lien avec les frais de clinique. Quant au gouvernement, il cherchait à obtenir des ajustements dans certains mécanismes d'accès, notamment en lien avec le Centre de répartition des demandes de service (CRDS). La réduction des écarts de rémunération entre spécialités, y compris celles à prédominance féminine, était aussi l'une des visées du gouvernement.

Autant du côté des médecins de famille que de celui des médecins spécialistes, les représentants alléguaient qu'on ne pouvait envisager une portion de la rémunération axée sur les résultats puisque les médecins n'avaient pas, selon eux, le contrôle de leur environnement de travail. Les fédérations exigeaient donc des engagements financiers fermes du gouvernement.

Les ententes étant échues depuis plus de deux ans, on peut donc se demander si l'ampleur du

mandat confié aux négociateurs, combinée à un horizon politique devenu trop court (tant pour finaliser la négociation que pour graduellement mettre en œuvre des changements aussi nombreux), n'a pas elle-même contribué à rendre l'équation particulièrement difficile, surtout dans un contexte de négociations tendues.

Dans un tel climat, la manière dont les enjeux sont présentés publiquement compte énormément. Lorsqu'on donne l'impression que les difficultés du système tiennent d'abord à l'engagement ou à la disponibilité des médecins eux-mêmes, alors que la grande majorité effectue un travail professionnel, souvent dans des conditions difficiles, on durcit les positions et on complique la recherche d'un compromis. Travailler différemment ne veut pas nécessairement dire travailler plus fort.

Un autre obstacle important concerne la disponibilité des données, la qualité de l'information disponible pour soutenir les positions gouvernementales et la volonté réelle des fédérations de discuter des solutions proposées par le gouvernement.

Les négociations exigent des capacités d'analyse considérables pour évaluer les effets financiers, organisationnels et cliniques des changements envisagés.

Lorsque l'État ne dispose pas, en temps opportun, de données pleinement discutées, robustes, reconnues et exploitables, ou d'outils comparables à ceux que peuvent mobiliser les fédérations, sa capacité de négociation s'en trouve fragilisée. Dans un secteur aussi technique, le rapport de force dépend aussi de la qualité de l'expertise disponible.

Enfin, ces négociations soulèvent souvent un enjeu d'arrimage entre logique financière et logique opérationnelle. Dans la mesure où les changements recherchés touchent directement l'organisation concrète des soins (comme par exemple certains enjeux soulevés par le rapport d'expertise de Groulx, Boulanger et Breton), la place accordée à la perspective opérationnelle du réseau devient une question importante. Cela amène à s'interroger, de façon plus générale, sur la participation des acteurs immédiatement responsables de la mise en œuvre (notamment le MSSS et, plus récemment, Santé Québec) à même la table de négociation, mais aussi sur la place qui devrait être faite, en amont, aux réalités vécues par les médecins sur le terrain afin que le débat ne soit pas porté uniquement par les fédérations.

Lorsque les paramètres budgétaires dominent l'échange, il demeure essentiel que les impératifs cliniques, organisationnels et territoriaux soient aussi pleinement représentés.



Leviers

Les grandes transformations du système passent presque toujours par la négociation, mais il arrive qu'un processus législatif soit nécessaire. C'est cette double

logique qui a structuré la suite des échanges avec les fédérations de médecins.

Les ententes étaient échues depuis avril 2023. Malgré plusieurs

échanges, les discussions se butaient à des enjeux structurants, notamment plusieurs composantes du mode de rémunération et des obligations de gestion du

gouvernement afin d'assurer l'intérêt des patients et patientes ainsi que de la collectivité.

C'est dans ce contexte que le gouvernement a déposé, en mai 2025, le projet de loi 106. Celui-ci visait à moderniser le mode de rémunération des médecins et à renforcer la responsabilité populationnelle.

À l'automne, en l'absence d'avancées structurantes et face à l'amorce de moyens de pression de la part des fédérations, le gouvernement a adopté une loi spéciale permettant de préserver la continuité des services et des stages.

Cette loi spéciale est demeurée en vigueur jusqu'au 26 février 2026, moment où elle a été remplacée par l'adoption du projet de loi 19. Peut-on comprendre qu'avec l'entente de décembre 2025, le gouvernement a choisi une solution à court terme pour les médecins de famille plutôt que des changements plus structurants, aux effets attendus à moyen et à long termes ?

Avec cette entente, le GAP est donc devenu le mécanisme central de prise en charge collective pour la période transitoire menant à 2028, qui correspond à la durée de l'entente. Il constitue désormais le principal pilier opérationnel de la réponse collective à court terme, avec ses avantages et ses limites.

L'entente prévoit également 500 000 rendez-vous supplémentaires par année, dont une portion consacrée à la clientèle vulnérable.

Le principe d'une évolution vers un mode de rémunération incluant la capitation pour les médecins de famille a été reconnu dans l'entente, mais confié à un groupe de négociation chargé d'en définir les modalités d'ici juin 2026.

La transformation du mode de rémunération envisagée initialement a ainsi été partiellement différée.

Du côté des médecins spécialistes, l'entente annoncée à la fin avril 2026 montre toutefois qu'il est possible de faire évoluer

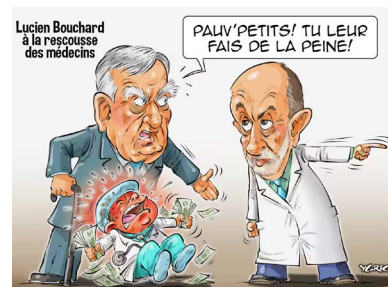


Illustration : Ygreck

les ententes vers un meilleur équilibre entre la rémunération, l'organisation des soins et les objectifs collectifs du système. Bien que les détails ne soient pas tous publics, on peut comprendre que des objectifs précis ont été convenus sur quelques priorités gouvernementales (rendez-vous supplémentaires en CRDS, réduction des listes d'attente pour les chirurgies de plus d'un an et réduction des délais d'attente pour les chirurgies oncologiques), avec un effet annuel sur la rémunération des spécialistes.



Pistes de réflexion

Pour améliorer l'accès des patients et patientes

Pour être plus porteuses de changement, les prochaines négociations avec les fédérations de médecins devront se faire dans un contexte plus favorable que celui qui a prévalu jusqu'à présent.

Pour les médecins de famille particulièrement, les ententes actuelles devront être finalisées avec le groupe de travail qui a maintenant la responsabilité de mettre en place les conditions de pratique du nouveau mode de rémunération. Les prochaines ententes, quant à elles, devront tenir compte des avancées qui auront été convenues, mais aussi de la nouvelle politique de première ligne, notamment en lien avec l'acceptation du principe du milieu d'affiliation.

Pour les médecins spécialistes, l'entente ne règle pas tous les enjeux, mais indique une direction prometteuse sur certains principes. Ces avancées suggèrent que les prochaines négociations, notamment celles prévues à l'horizon 2028, pourraient s'appuyer sur ces bases pour aller plus loin dans l'équilibre entre les incitatifs et la performance liée aux cibles de qualité et d'accès.

Pour l'ensemble des médecins, les nouvelles ententes devront également prendre en considération les avancées dans le décloisonnement des professions et dans les différents apports des technologies, ainsi qu'une organisation du travail permettant de mieux mobiliser toutes les professions du réseau.

Ce sont toutefois les effets concrets sur l'accès et sur la prise en charge, par les différents mécanismes d'accès, qui permettront de juger de la portée réelle des choix qui seront faits. Pourrons-nous voir des améliorations tangibles pour une prise en charge réelle des patients et patientes, additionnée à un plus grand nombre de rendez-vous ou de chirurgies, pour ceux et celles qui en ont le plus besoin ? Plus largement, la nouvelle politique de première ligne, annoncée en mars 2026, ainsi que son plan d'action à venir permettront-ils d'assurer cette transition, afin que chaque Québécoise et Québécois soit affilié à un milieu de soins et pris en charge par la bonne ressource professionnelle en santé ?

Changement 7

Réduction du recours aux agences privées

Le contexte

Avec les années, le recours aux agences privées s'est progressivement transformé. Initialement conçues comme une solution ponctuelle pour pallier des absences imprévues ou des pénuries temporaires en établissements, elles sont devenues une composante permanente du fonctionnement du réseau.

Il faut se rappeler que la présence des agences s'est nettement accentuée lorsque

des offres de préretraite ont été proposées par un gouvernement précédent afin de réduire les coûts à l'époque. L'estimation des départs avait été mal calculée, le nombre de ceux-ci étant beaucoup plus élevé que prévu. Le même personnel qui avait quitté a été réembauché par le réseau via les agences afin de combler cette lacune, ce qui a constitué un double coût. La dépendance aux agences a mené à des

conséquences importantes : une pression financière considérable, des iniquités salariales entre professionnels et professionnelles travaillant côte à côte ainsi qu'une fragilisation de la stabilité des équipes et de la continuité des soins. Le réseau s'est « adapté » à une solution qui n'était plus exceptionnelle, mais structurelle. La réduction du recours aux agences s'est donc imposée.

Anecdote

Je me souviens d'une rencontre avec la direction de la FIQ. Le message était clair : si nous voulions stabiliser le réseau et redonner confiance à la population envers le système de santé, il fallait réduire la dépendance aux agences privées.

À ce moment, je savais que le terrain était glissant. Les agences étaient implantées partout. Plusieurs gestionnaires les considéraient comme indispensables. Certaines régions ne pouvaient tout simplement pas fonctionner sans elles.

Mais le signal était donné. La dépendance ne pouvait plus être stratégique. Et nous avons un partenaire prêt à travailler avec nous pour transformer un modèle devenu insoutenable.

Analyse du changement

Réduction du recours aux agences privées



Objectifs

L'objectif n'était pas d'éliminer les agences privées d'infirmières et d'infirmiers du jour au lendemain. Il fallait réduire les coûts élevés sans mettre en danger la sécurité des patientes et patients, et rétablir l'équité pour le personnel interne. Ces agences devaient redevenir accessoires, et non constituer un pilier du fonctionnement du réseau.



Illustration : Ygreck



Obstacles

Certaines réalités régionales exigeaient une transition graduelle, mais le besoin de renverser la logique représentait un immense défi. Les nombreuses réactions négatives et contestations légales des propriétaires d'agence ont engendré plusieurs retards dans l'échéancier original, mais le Conseil du trésor a persévéré et a pu mener à terme le processus d'appel d'offres dans un contexte judiciaire difficile.



Leviers

Le projet de loi 10 (2023), les règlements visant la tarification maximale, un processus d'appel d'offres rigoureux ainsi que la formation des équipes volantes internes ont constitué les principaux leviers de changement. Le soutien de partenaires clés, notamment la FIQ, a renforcé cette démarche.



Résultats

La mise en œuvre n'a pas été simple. Elle a exigé des ajustements constants. Pour limiter le recours aux agences privées, des équipes volantes internes ont été mises en place.

Progressivement, la dépendance structurelle aux agences a diminué, la stabilité des équipes s'est améliorée et la cohérence salariale s'est renforcée.

Un phénomène important s'est également produit : près de 6 000 professionnels et professionnelles qui travaillaient au sein d'agences ont choisi de réintégrer le réseau public.

Ce retour s'est appuyé sur l'amélioration des conditions salariales négociées en parallèle, une meilleure prévisibilité des horaires, une reconnaissance accrue de l'expérience, la possibilité de mobilité interne facilitée par l'employeur unique et la perspective d'une stabilité organisationnelle à long terme.



Pistes de réflexion

Pour une transformation comme la réduction du recours aux agences privées

La réduction du recours aux agences privées constitue un exemple de transformation structurée où plusieurs conditions gagnantes ont été réunies avant et même après l'entrée en vigueur des mesures : échéancier de transition raisonnable, tarification maximale, meilleures conditions salariales dans le réseau, mise en place des équipes volantes et bonne collaboration des oppositions en commission parlementaire dans la préparation du projet de loi.

**Modernisation :
accès aux données
et infrastructures**

Ce quatrième thème porte sur des leviers plus structurels, mais tout aussi essentiels. Les changements qui suivent concernent les données de santé, les systèmes numériques et les infrastructures, c'est-à-dire les fondations nécessaires à un réseau plus performant, mieux coordonné et mieux préparé pour la suite.

Changement 8

Accès aux données de santé

Le contexte

Le réseau de la santé québécois ne manque pas de données. Un accès structuré à celles-ci était toutefois requis afin de favoriser sa performance.

Les informations existaient dans les établissements, dans les cliniques, dans les bases administratives et dans les systèmes informatiques historiques. Mais elles étaient fragmentées, juridiquement cloisonnées et techniquement difficiles à mobiliser.

Le cadre légal avait été conçu à une époque où la priorité absolue était la protection de la confidentialité. Cette protection était nécessaire et l'est d'ailleurs toujours. De fil en aiguille, elle a toutefois créé un environnement où la circulation stratégique de l'information est devenue extrêmement complexe, voire nuisible aux intérêts des patients et patientes.

Le système de santé était protégé, mais les données étaient difficilement accessibles

pour les professionnels et professionnelles.

Or, au moment où l'accès aux soins est devenu une priorité, une réalité s'est imposée : on ne pouvait améliorer cet accès si les données cliniques ne circulaient pas efficacement entre les professionnels et les différents intervenants clés.

Si l'on veut améliorer l'accès, réduire les délais d'attente, déployer le Dossier de santé numérique (DSN) à l'échelle du Québec, préparer l'intégration de l'intelligence artificielle (IA) et mieux mesurer la performance, il faut que les données soient disponibles aux bonnes personnes, au bon moment, dans un cadre sécurisé.

Le DSN a illustré de façon frappante les limites du système existant : sans cadre légal modernisé, l'intégration des données demeurerait fragile, lente et juridiquement contestable.

Le projet de loi 3 s'est présenté comme une transformation

structurante, non pas pour créer des données, mais pour les gouverner intelligemment.

Le cadre légal ne suffit pas toujours pour changer les pratiques. La capacité analytique, la culture organisationnelle, la formation des équipes, la maturité numérique et l'établissement d'une culture statistique de haut niveau détermineront la portée réelle de la transformation.



Illustration : Serge Chapleau

Analyse du changement

Accès aux données de santé



Objectif

Favoriser l'accès aux données de santé tout en assurant une protection des renseignements personnels robuste afin de permettre une exploitation stratégique et responsable.



Obstacles

Les données de santé touchent à la confiance. Plusieurs préoccupations ont donc émergé : confidentialité des renseignements personnels, ingérence étrangère, hébergement des données dans des environnements technologiques liés à des infrastructures étrangères, centralisation excessive, etc.

Ces préoccupations étaient légitimes. La cybersécurité est devenue un élément central du système de santé. Moderniser l'accès aux données exigeait de renforcer simultanément les mécanismes de protection.

Le défi était d'expliquer que moderniser ne signifiait pas de mettre à risque la confidentialité des données et la protection de la vie privée. Au contraire : gouverner activement les données permet de mieux les protéger et de favoriser une meilleure prise en charge des patients et patientes.



Levier

Le projet de loi 3 a marqué un passage important : celui de la protection défensive des données à une gouvernance active des données protégées. Le texte a reconnu explicitement que les données de santé sont un actif collectif sensible, qui doit être protégé et sécurisé, mais aussi mobilisé au service des patients et patientes et du système.



Résultats

Le projet de loi 3 a clarifié et structuré l'accès aux données pour quatre grandes catégories d'utilisateurs et utilisatrices :

01

Les professionnels et professionnelles de la santé, pour assurer la continuité clinique et la fluidité des soins.

02

Les gestionnaires, pour permettre un pilotage réel de la performance.

03

Les chercheurs et chercheuses, pour favoriser l'innovation et l'amélioration des pratiques.

04

La patientèle, pour lui redonner un rôle actif dans l'accès et la compréhension de ses propres données.

L'adoption de ce projet de loi a permis de moderniser les règles de partage, les mécanismes d'autorisation, les responsabilités institutionnelles, les exigences de cybersécurité et la traçabilité des accès. Ce n'était pas un simple ajustement technique. Il s'agissait d'un repositionnement stratégique.



Pistes de réflexion

Pour la modernisation de la gestion des données de santé

Le projet de loi 3 a créé la colonne vertébrale informationnelle du réseau moderne. Il a permis une meilleure gestion de la performance, une intégration plus cohérente des systèmes numériques, une préparation crédible à l'IA, un soutien juridique au DSN et une clarification des responsabilités.

Le cadre légal ne suffit pas toujours pour changer les pratiques. La capacité analytique, la culture organisationnelle, la formation des équipes, la maturité numérique et l'établissement d'une culture statistique de haut niveau détermineront la portée réelle de la transformation.

La modernisation invisible précède toujours la performance visible. Protéger et utiliser ne sont pas des logiques opposées.

Mention spéciale

La collaboration entre le MSSS et le ministère de la Cybersécurité et du Numérique (MCN) a été déterminante pour faire avancer un projet de loi aussi structurant. La coordination interministérielle renforce la crédibilité et l'efficacité d'une transformation numérique majeure. Il faut souligner ici le travail de M. Éric Caire en commission parlementaire ainsi que celui de M. Marc-Nicolas Kobrynsky et son équipe pour la préparation du projet de loi.

Changement 9

Modernisation des infrastructures : le numérique et l'immobilier

Le contexte

Dans un système de santé moderne, la qualité des infrastructures est devenue un déterminant majeur de la performance.

Les infrastructures numériques soutiennent la circulation de l'information clinique, la coordination des soins et la gestion du réseau. Les infrastructures immobilières, quant à elles, déterminent directement la qualité des milieux de soins, la sécurité des patients et patientes ainsi que les conditions de travail des équipes.

Or, au Québec, ces deux dimensions ont évolué de manière insuffisante au cours des dernières années.

Sur le plan numérique, le réseau repose encore sur une multitude de systèmes développés à différentes époques pour répondre à des besoins précis. Cette fragmentation complique la

transmission d'information, limite l'interopérabilité et freine l'amélioration de l'accès aux soins et de leur coordination. Le déploiement du DSN, l'accès en temps réel aux données et l'intégration des plateformes sont donc des chantiers essentiels, mais complexes.

Sur le plan immobilier, le constat est largement partagé : le parc d'infrastructures est vieillissant et les investissements réalisés au fil du temps n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des besoins. Une part importante des budgets est aujourd'hui consacrée au maintien d'actifs, ce qui réduit d'autant la capacité d'investir dans la modernisation et dans la construction de nouvelles installations.

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives de modernisation ont d'ailleurs été lancées. Toutefois, des

retards, des dépassements de coûts et des défis de gouvernance ont ralenti la réalisation de plusieurs projets majeurs.

Dans ce contexte, moderniser les infrastructures apparaît non seulement comme un levier d'amélioration, mais comme une condition essentielle à la transformation durable du système.

Les infrastructures ne transforment pas un système à elles seules. Mais sans infrastructures adéquates, aucune transformation réussie n'est possible.

Analyse du changement

Modernisation des infrastructures : le numérique et l'immobilier

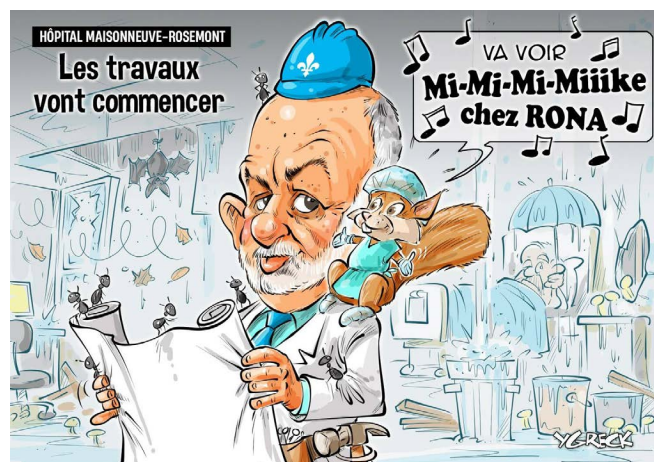


Illustration : Ygreck



Objectif

Moderniser à la fois les infrastructures numériques et immobilières afin de soutenir l'accès aux soins, d'améliorer la coordination du réseau et d'offrir des milieux de soins sécuritaires, performants et adaptés aux besoins de la population.



Obstacles

Les obstacles rencontrés dans la modernisation des infrastructures dépassaient largement les seules contraintes financières.

Dans le domaine du numérique, le principal défi résidait dans la fragmentation historique des systèmes. Construits à différentes époques, souvent pour des besoins précis, ils communiquaient difficilement entre eux, ce qui limitait l'accès en temps réel à l'information et ralentissait la coordination des soins. À cela s'ajoutait une gouvernance complexe, marquée par la multiplicité des acteurs et le rôle du MCN. La capacité à

livrer des projets technologiques d'envergure constituait également un enjeu majeur en raison de leur complexité intrinsèque et du niveau d'expertise requis.

Sur le plan immobilier, les défis étaient différents, mais tout aussi structurants. Le sous-investissement historique a entraîné un vieillissement important du parc, obligeant plus tard à consacrer une part importante des ressources au maintien d'actifs. Cette pression a réduit la marge de manœuvre pour moderniser les installations existantes et en construire de nouvelles. Les retards et les

dépassements de coûts ont accentué ces contraintes.

De manière transversale, ces deux chantiers ont été confrontés à des défis communs : la complexité des projets, une capacité organisationnelle encore limitée en gestion de projets majeurs et des arbitrages budgétaires constants du Plan québécois des infrastructures (PQI) entre les besoins immédiats et les investissements structurants à long terme.



Leviers

Malgré ces obstacles, plusieurs leviers ont été progressivement mis en place pour soutenir la transformation.

Sur le plan numérique, le déploiement du DSN a constitué un élément structurant, tout comme les efforts visant à améliorer l'interopérabilité des systèmes et à mieux organiser

la gouvernance des projets. La création de Santé Québec a permis de poser les bases d'une approche plus intégrée, avec des équipes vouées à la transformation et une capacité de pilotage accrue.

En ce qui concerne l'immobilier, la planification des investissements à travers le PQI a offert un cadre

qui permettait de prioriser les projets et d'assurer une certaine prévisibilité. En parallèle, des efforts ont été amorcés pour renforcer certaines expertises internes en gestion de projets, tant en informatique qu'en infrastructures physiques, et ainsi améliorer la capacité de livraison.



Résultats

Les résultats obtenus à ce jour sont contrastés, reflétant à la fois des avancées réelles et des limites importantes.

Dans le domaine numérique, les progrès ont été plus difficiles et plus lents que prévu. Certains projets structurants, notamment ceux liés aux fonctions administratives, comme le Système d'information financière par activité (SIFA), ont connu des enjeux de gouvernance et de mise en œuvre qui ont retardé leur déploiement. Ces difficultés ont mis en lumière non seulement la complexité des projets, mais aussi les limites organisationnelles en matière de gestion et de pilotage. Le déploiement du DSN a également été affecté par des facteurs externes. Les moyens de pression exercés par les médecins spécialistes ont contribué à ralentir certaines phases du projet, rappelant que la transformation numérique repose autant sur l'adhésion des acteurs que sur la technologie elle-même.

À ces défis s'est ajoutée une contrainte structurelle importante : les ressources financières consacrées au numérique (autant pour la rémunération du personnel que pour les logiciels) demeuraient insuffisantes au regard de l'ampleur

des transformations attendues. Comme pour l'immobilier, les projets numériques exigent des investissements soutenus, tant pour leur développement que pour leur intégration et leur maintien. En l'absence de marges financières suffisantes, les choix ont dû être prioritaires, ce qui a inévitablement ralenti le rythme de déploiement.

Dans le domaine immobilier, les résultats étaient plus tangibles, bien qu'ils demeuraient insuffisants face aux besoins. Le gouvernement a consenti des efforts financiers importants dans un contexte budgétaire contraint. Au moment d'écrire ces lignes, plus d'une quarantaine de projets de modernisation ou d'agrandissement étaient en cours à travers le réseau, ce qui témoigne d'une volonté réelle de rattraper le retard accumulé.

Cependant, ces efforts se sont heurtés à une contrainte semblable à celle observée dans le numérique. Une part importante des ressources demeurait consacrée au maintien d'actifs, ce qui limitait la capacité à investir dans la modernisation d'installations et la construction de nouvelles. Malgré les investissements réalisés, l'écart entre les besoins et les ressources disponibles restait considérable.

En effet, lorsqu'on considère qu'il y a plus de 2 400 installations existantes (voir tableau ci-dessous), qui occupent une superficie totale de plus de 10 M m², on peut se demander si les sommes consacrées au maintien d'actifs sont suffisantes pour moderniser les infrastructures sans limiter la capacité d'investir dans les nouvelles installations.

Précisons ici que les 590 bâtiments regroupés dans *Centres hospitaliers* représentent l'ensemble des bâtiments de cette catégorie. Il y a un peu plus de 100 hôpitaux, mais chacun peut avoir de 2 à 10 bâtiments, voire plus : il en est de même pour les autres catégories. À titre de référence, un nouvel hôpital comme celui de Vaudreuil-Soulanges, qui ouvrira l'an prochain, compte plus de 100 000 m² ou 1 M p².

Les infrastructures sont aujourd'hui reconnues comme un vecteur stratégique incontournable. Toutefois, les résultats obtenus illustrent une réalité commune aux deux volets : si leur transformation exige une vision claire, elle appelle aussi des investissements soutenus dans le temps et la capacité organisationnelle à livrer des projets complexes de manière cohérente.

Portrait du parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux, 2025-2026

Type de bâtiments	Âge moyen (ans)	Quantité	Dimension (m ²)
		PAGI 2025-2026	PAGI 2025-2026
Centres hospitaliers	54	590	5 085 488
CHSLD, dont les MDAA	45	496	2 438 151
Centres de réadaptation	57	191	407 575
Centres jeunesse	59	171	334 082
Centres locaux et services communautaires	47	164	343 518
Autres	56	794	1 395 906
Immeubles excédentaires	85	29	64 962
Total		2 435	10 069 682

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, 2026



Pistes de réflexion Pour la transformation des infrastructures

Les infrastructures ne transforment pas un système à elles seules. Mais sans infrastructures adéquates, aucune transformation réussie n'est possible. C'est pourquoi la poursuite de leur modernisation repose sur plusieurs conditions essentielles.

D'abord, un niveau d'investissements suffisant doit être maintenu tant pour les infrastructures numériques que pour les infrastructures immobilières, et il faut reconnaître les limites des capacités financières de l'État. Cela implique d'ouvrir la réflexion sur des sources de financement complémentaires, et ce, dans un cadre rigoureux et encadré.

Ensuite, un meilleur équilibre devra être trouvé entre le maintien des actifs existants et les investissements en modernisation afin d'éviter que les contraintes du présent ne compromettent les transformations futures.

Le développement d'une expertise solide en gestion de projets complexes constitue également une condition déterminante. Sans cette capacité de livraison, les investissements, même importants, ne pourront produire les résultats attendus.

Par ailleurs, une coordination renforcée entre les différents acteurs, notamment avec le MCN, sera nécessaire pour accélérer les projets numériques (ex. : DSN et SIFA) tout en respectant l'expertise et l'autonomie de Santé Québec dans ce genre de projets.

Le lancement tant attendu du DSN, en mai 2026, a été pour le moins encourageant, avec certains ajustements techniques et opérationnels normaux pour un projet de cette ampleur. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions, les premières étapes du déploiement démontrent tout le potentiel structurant de cette transformation numérique et des bénéfices pour les patients et patientes, pour le personnel soignant et pour les gestionnaires. Il faut ici souligner le travail titanesque des équipes des technologies de l'information, qui ont su bien préparer cette transformation et gérer efficacement les risques inhérents à ce genre de projet.

Les choix d'investissements futurs devront aussi être guidés par leurs effets concrets sur l'accès aux soins et les trajectoires des patients et patientes. Il faut assurer une cohérence étroite entre les infrastructures, les données et l'organisation clinique, et continuer de revoir la façon dont les soins sont prodigués. Il importe notamment de réduire le mouvement de la patientèle vers les soins et d'inverser cette tendance afin de réduire la pression sur le besoin d'infrastructures (ex. : par l'hospitalisation à domicile).

Le retard accumulé en matière d'investissements se traduit aujourd'hui par des contraintes importantes, tant en numérique qu'en immobilier. Le poids du maintien d'actifs limite la capacité d'investir dans l'avenir, tandis que les ressources disponibles pour le numérique ne permettent pas toujours de soutenir le rythme de transformation souhaité. Par ailleurs, les défis rencontrés démontrent que la réussite de ces chantiers ne repose pas uniquement sur le financement. Elle dépend tout autant de la qualité de la gouvernance, de la capacité à mobiliser les acteurs et du développement d'une expertise solide en gestion de projets.

Enfin, le numérique rappelle une réalité fondamentale : la technologie ne transforme pas un réseau par elle-même. Si l'on ne change pas les pratiques, les processus et les responsabilités en parallèle, les gains demeurent limités.

Tableau-synthèse des 9 changements

Thème	Changement	Effet principal	Niveau de complexité	Horizon	Leviers principaux
Accès et décloisonnement des professions	1. Guichet d'accès à la première ligne (GAP)	Accès	Élevé	Court - moyen termes	Loi, changements organisationnels et ententes
	2. Décloisonnement des professions	Accès et efficacité	Très élevé	Moyen - long termes	Lois, règlements et ordres professionnels
Pilotage et administration du réseau	3. Création de Santé Québec : clarifier qui est responsable	Gouvernance et mise à jour de la L4S	Très élevé	Long terme	Loi et gouvernance
	4. Allègement administratif	Accès et efficacité	Moyen	Court terme	Lois et règlements
Ressources humaines et relations professionnelles	5. Négociations avec les infirmières et infirmiers	Flexibilité	Très élevé	Court - moyen termes	Négociations
	6. Ententes avec les fédérations de médecins	Accès et organisation	Très élevé	Moyen - long termes	Lois, négociations et ententes
	7. Réduction du recours aux agences privées	Stabilité, équité et coûts	Élevé	Moyen terme	Loi et gestion
Modernisation : accès aux données et infrastructures	8. Accès aux données de santé	Accès légal	Très élevé	Moyen - long termes	Loi
	9. Modernisation des infrastructures : le numérique et l'immobilier	Capacité	Très élevé	Long terme	Financement et gestion

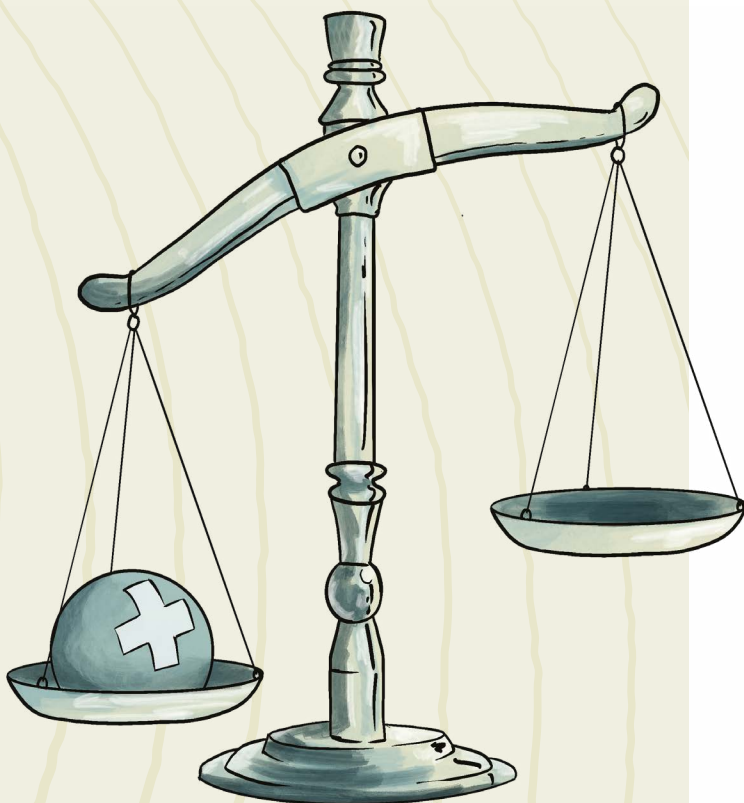
apprentissages

De tous les changements que nous avons réalisés au cours des dernières années, on peut dégager au moins huit apprentissages importants à retenir pour la suite des choses.

Les apprentissages sont regroupés sous trois grands thèmes : *Stabilisation du réseau, Gestion du changement et cycle politique* ainsi que *Communication et usagers*.

Stabilisation du réseau

Les apprentissages regroupés sous ce thème portent sur la stabilisation du réseau, la clarté des demandes et des responsabilités ainsi que l'utilisation des données.



Apprentissage 1

Stabiliser avant de transformer

Apprentissage et défi

En politique, la tentation est parfois forte de vouloir obtenir des gains de performance, plus de flexibilité ou des changements visibles. Ces grandes transformations se réalisent toutefois mieux dans un environnement relativement stable. En effet, lorsque le réseau traverse une période de fortes tensions, les acteurs disposent de peu de marge pour entreprendre des changements structurels. Dans ces moments-là, la priorité peut d'abord être de recréer un minimum de stabilité, non pas pour renoncer à la transformation, mais pour donner au réseau la capacité de mieux composer avec les changements.

Cet apprentissage est aussi de mise pour les transformations organisationnelles d'envergure (ex. : Santé Québec ou le mode de rémunération des médecins). Lorsqu'un changement touche la structure ou le personnel du réseau, il faut accepter qu'une période de stabilisation soit souvent nécessaire pour que de nouveaux leviers de gestion puissent se traduire en résultats concrets.

Exemples

Les deux négociations avec les infirmières et infirmiers ont fourni une illustration claire de l'approche choisie. Avant d'exiger davantage de flexibilité ou des modifications dans l'organisation du travail, il fallait d'abord améliorer certaines conditions de base, soutenir l'attraction et la rétention de personnel et rétablir un climat plus stable. La même logique vaut lorsqu'on souhaite élargir les attentes envers les professionnels et professionnelles ou leur demander de prendre une plus grande part de responsabilité dans la transformation du réseau. Si le cadre dans lequel ils et elles exercent demeure lui-même instable, les changements risquent d'être perçus comme une exigence de plus, et non comme une transformation qu'il devient nécessairement possible de porter ensemble.

Les prochaines négociations avec les médecins de famille, notamment, gagneraient à avoir lieu dans un cadre plus apaisé par une gestion du changement bien planifiée, où certains enjeux de fond auraient déjà été réglés — qu'il s'agisse de la responsabilité populationnelle, partagée avec les autres acteurs du réseau, de la place des nouveaux outils numériques ou des engagements réciproques des différentes parties prenantes.

Apprentissage 2

Clarifier les demandes et les responsabilités



Apprentissage et défi

Dans un système aussi complexe que celui de la santé, la performance dépend d'abord de la clarté des demandes et de la délégation des responsabilités. Lorsque la répartition des rôles et responsabilités entre le ministère, les établissements, les gestionnaires, les professionnels et professionnelles de la santé ainsi que les autres acteurs du réseau demeure floue, il devient difficile d'identifier qui est responsable des résultats.

La pandémie, comme les changements récents, a confirmé que clarifier les responsabilités en organisation des soins, en pratiques professionnelles et en gouvernance est essentiel pour éviter les zones grises qui freinent l'action. Bien délimiter les rôles et le niveau de responsabilité des différents acteurs constitue donc une condition déterminante pour améliorer la performance du système de santé.



Exemples

La création de Santé Québec découle notamment de cet apprentissage. La séparation plus nette entre la définition des orientations, qui relève du gouvernement, et la gestion opérationnelle du réseau, confiée à Santé Québec, visait à mieux identifier qui est responsable des résultats. L'enjeu n'était pas seulement administratif. Il s'agissait de doter le réseau d'un acteur capable de mieux piloter les activités, de s'appuyer sur des données utiles à la décision et d'optimiser la performance.

Pour Santé Québec, le défi consiste maintenant à faire en sorte que cette redéfinition des rôles se traduise concrètement dans les faits, peu importe le changement de ministre ou de gouvernement : amélioration de l'efficacité du réseau, évaluation des besoins populationnels et de l'offre professionnelle par les directrices et directeurs médicaux, préparation des négociations avec les professionnelles et professionnels du réseau ainsi que mise en place d'outils de communication adéquats (ex. : site Web) afin de bien communiquer avec les patientes et patients et leurs proches.

Apprentissage 3

Données et pouvoir sont indissociables



Apprentissage et défi

Dans un système de santé moderne, la capacité de gérer dépend directement de la qualité des données disponibles.

Ça aussi, la pandémie l'a démontré de façon très concrète : l'accès à des données en temps réel sur la vaccination et la prise de rendez-vous, sur l'occupation hospitalière ou sur la sécurité des patients et patientes a permis d'ajuster rapidement les interventions.

Sans l'utilisation de données fiables, il devient difficile de piloter efficacement le réseau.

Avec les changements apportés au cours des dernières années, notamment par le projet de loi 3,

les données de l'ensemble du réseau sont de plus en plus protégées, mais y accéder est maintenant considéré comme incontournable à la bonne prise en charge des patients et patientes. Il s'agit désormais de bien se servir des données, autant du côté des gestionnaires et des membres du personnel que de celui des professionnels et professionnelles de la santé et des chercheurs et chercheuses.

La transparence et l'accès aux données renforcent la capacité de gestion. Le défi demeure d'intégrer ces données dans les décisions quotidiennes et d'en faire un véritable outil de pilotage et de changement, autant pour les gestionnaires et les professionnels que pour les patients.



Exemples (apprentissage 3)

Si l'on dispose des bonnes données sur l'écart entre les besoins populationnels de chaque région et l'offre professionnelle, il sera beaucoup plus facile de justifier les changements nécessaires, autant auprès du public qu'auprès des professionnels et professionnelles de la santé. Dans le cadre du plan d'action qui doit suivre la nouvelle Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, l'utilisation de données fiables sera déterminante pour assurer l'affiliation de chaque Québécois et Québécoise à un milieu de soins et, à terme, une prise en charge réelle de l'ensemble de la population en première ligne. Sur ce point, il serait important d'avoir une meilleure représentation de ce qui est investi, non seulement en première ligne, mais aussi dans les autres services à la population (prévention, recherche et innovation).

Avec la pandémie, le recours aux cliniques médicales spécialisées a incité le gouvernement à comparer ses coûts internes pour certaines chirurgies avec ceux du privé pour être capable de rattraper les chirurgies en attente, en collaboration avec les cliniques externes. Cette approche a confirmé le besoin de transitionner vers le financement par activité à l'intérieur des hôpitaux. Il s'agit d'un changement majeur, qui doit être implanté dans l'ensemble du réseau pour tenir compte de tout le continuum de soins et optimiser les coûts et la qualité.

La même logique vaut en matière d'infrastructures. En ce qui concerne les systèmes informatisés, il est primordial de connaître les coûts d'exploitation annuels actuels et de saisir les limites de ces systèmes si nous souhaitons réaliser des économies importantes.

En ce qui concerne l'immobilier, beaucoup d'information existe déjà sur l'état du parc, notamment par l'intermédiaire du PAGI. Or, Santé Québec a procédé récemment à une réévaluation de l'état des actifs. En effet, une nouvelle méthode d'évaluation des établissements a été adoptée pour tenir compte des particularités du réseau. Ces nouveaux audits ont permis de mettre à jour la proportion des bâtiments en bon état, laquelle passe de 82 % au PAGI 2025-2026 à 61 % au PAGI 2026-2027 (voir tableau ci-dessous).

En conséquence, la question se pose : connaît-on vraiment la valeur réelle des actifs en immobilier et des équipements médicaux ? Qu'en est-il de l'ampleur des besoins en maintien d'actifs pour un portefeuille immobilier dont la valeur comptable est de l'ordre de 30 G \$ — sûrement inférieure à la valeur marchande ou à la valeur de remplacement de ces actifs ?

En ce sens, est-ce qu'une évaluation plus proche de la réalité (basée par exemple sur le nombre de mètres carrés de l'ensemble du parc — voir tableau dans le changement 9) pourrait être équivalente, voire supérieure à 100 G \$, et ainsi donner une meilleure appréciation de la valeur réelle du parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux ? Une meilleure communication de la situation réelle et du rattrapage nécessaire permettrait aux Québécoises et Québécois de mieux comprendre les choix qui s'offrent à eux. Si les investissements nécessaires à la modernisation du parc immobilier ne sont pas disponibles pour assurer la pérennité de celui-ci, il faudra faire des choix déchirants sur certains actifs.

Table de concordance de l'IVP pour déterminer l'IEG des immeubles

Indice de vétusté physique (IVP)	Indice d'état gouvernemental (IEG)
0 % à 5 % inclusivement	A - Très bon
5 % à 10 % inclusivement	B - Bon
10 % à 15 % inclusivement	C - Satisfaisant
Seuil de vétusté	Seuil d'état
15 % à 30 % inclusivement	D - Mauvais
Plus de 30 %	E - Très mauvais

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, 2026

État et déficit de maintien d'actifs des infrastructures, Santé Québec

Période	Proportion des immeubles en bon état (ABC)	Cible PAGI 2028-2029
PAGI 2025-2026	82 %	80 %
PAGI 2026-2027	61 %	67 %

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, 2026

Il ne faut pas oublier tout le domaine de la recherche, responsabilité qui revient aux conseils d'administration d'établissement depuis la création de Santé Québec. Il faudra s'assurer que les gestionnaires du réseau ont toutes les données requises pour que les sommes investies en recherche soient bien coordonnées et utilisées de façon optimale à l'échelle du réseau.

Il convient aussi d'étudier davantage les retombées du temps consacré à la recherche par les médecins afin d'assurer un juste équilibre entre la mission de recherche d'établissements et la responsabilité populationnelle des professionnels de la santé.

Les sommes investies et les actions en prévention doivent aussi être mieux répertoriées. Une première politique en prévention a été déposée en 2025 et a fait l'objet d'un large consensus parmi les acteurs du réseau. Cette politique doit maintenant s'inscrire dans les priorités du MSSS. Avec des données fiables et complètes, le plan d'action, déposé en mai 2026, devrait prévoir la portion des budgets investis dans des programmes de prévention pour atteindre les objectifs énoncés et amorcer le virage tant attendu du curatif au préventif.

Enfin, la mise en place du GAP et du tri clinique via le 811 a démontré l'importance des données en temps réel pour orienter les patients et patientes vers les ressources disponibles et mieux gérer la demande en première ligne. À l'inverse, les négociations avec les médecins ont illustré les limites d'un système où certaines données sur l'offre professionnelle, c'est-à-dire l'activité clinique, l'enseignement, la recherche, l'accès ou la prise en charge, ne sont pas suffisamment disponibles ou partagées.

Dans un système aussi complexe, les données ne sont pas un outil accessoire : elles sont au cœur de la capacité d'agir. En ce sens, avec les possibilités offertes par l'IA, le réseau de la santé ne pourra

pas faire fi de ces nouveaux outils. Le centre de commandement (C4) de l'Hôpital général juif de Montréal est un bon exemple. Mais pour réduire les coûts, il faut aussi augmenter les investissements.

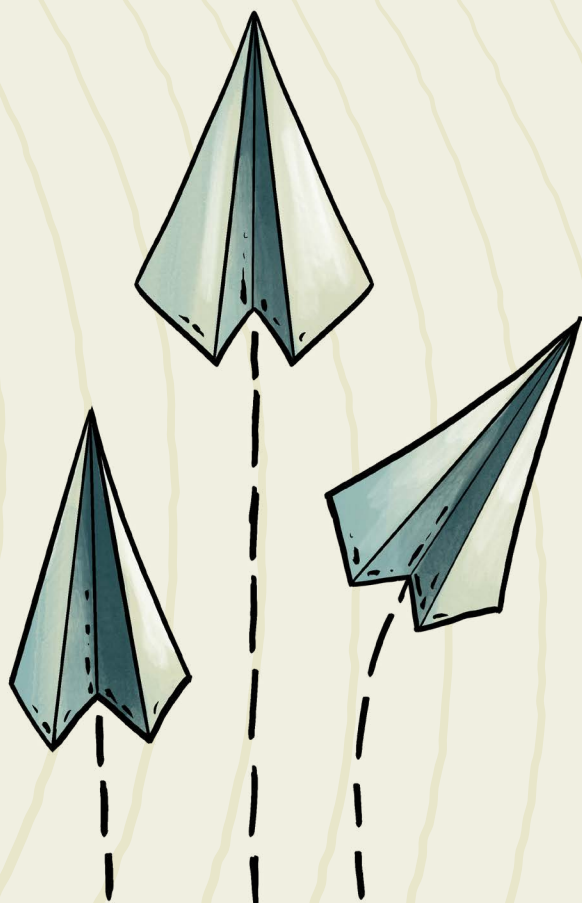
Une meilleure utilisation du Service d'authentification gouvernementale (SAG) s'inscrirait donc dans l'évolution et l'utilisation de l'identité numérique des citoyens et citoyennes, et pourrait faire bénéficier le réseau des meilleures pratiques en IA. Cette approche permettrait ainsi de mieux orchestrer les différentes façons d'être en contact avec les citoyens et les professionnels pour tenir compte des situations particulières, comme il se fait de plus en plus dans les grandes organisations modernes. À terme, une utilisation généralisée du SAG par l'ensemble de la population et des professionnels pourrait également faciliter et accélérer l'évaluation populationnelle et l'offre professionnelle par région grâce au suivi plus régulier des ajouts et des changements d'adresse (postale ou courriel).

Tous les Québécois et Québécoises peuvent contribuer au virage numérique de la santé et du gouvernement en s'inscrivant au SAG, un geste simple. Si l'on explique mieux à la population ce qu'on attend d'elle ainsi que les avantages de ces nouveaux outils, la transformation du réseau s'en trouve simplifiée.

D'ailleurs, une version de la plateforme de rendez-vous *Votre Santé* est présentement en période d'essai dans deux régions du Québec avec l'intégration d'un filtre de pertinence destiné à mieux orienter la prise de rendez-vous vers la bonne ressource professionnelle, en temps réel. L'utilisation du SAG sera exigée pour la prise de rendez-vous et assurera l'intégralité des demandes. Encore une fois, les données recueillies dans le cadre de ces projets pilotes devraient permettre de mieux utiliser les nouveaux outils numériques pour améliorer l'accès des Québécois et Québécoises au réseau de la santé.

Gestion du changement et cycle politique

Les apprentissages regroupés sous ce thème portent sur le changement des règles établies, le cycle politique ainsi que l'équilibre entre l'urgent et l'important.



Apprentissage 4

Changer les règles du jeu et passer en mode exécution



Apprentissage et défi

Plusieurs transformations reposent sur une meilleure utilisation des compétences professionnelles. Or, ces changements nécessitent souvent de revoir les règles qui encadrent l'organisation du travail, les champs d'exercice et les responsabilités.

Avec le temps, on apprend qu'il ne suffit pas d'ajouter des ressources ou de fixer de nouveaux objectifs pour transformer un système de santé. Si l'on veut des résultats différents, il faut parfois avoir le courage de changer les règles du jeu elles-mêmes pour permettre au réseau de fonctionner autrement.

Cela peut signifier élargir le rôle de certains professionnels et professionnelles, modifier des règles d'accès pour les usagers et usagères, revoir des mécanismes devenus contre-productifs ou encore corriger des façons de faire actuelles qui empêchent le réseau d'utiliser pleinement les leviers déjà à sa disposition.

Ces changements sont rarement simples, parce qu'ils touchent à des équilibres établis depuis longtemps, à des habitudes bien ancrées et à des intérêts divergents. Ils nécessitent une période d'adaptation difficile pour que l'on récolte ensuite les bénéfices.

Cette réalité rejoint d'ailleurs plusieurs principes bien établis en gestion du changement, notamment ceux proposés par l'auteur John Kotter. Les transformations durables ne reposent pas uniquement sur des décisions structurelles, mais sur une séquence d'actions cohérentes : créer un sentiment d'urgence, mobiliser une coalition, définir et communiquer une vision claire, puis soutenir l'effort dans le temps en générant des résultats concrets. Elles exigent aussi de lever les obstacles, de responsabiliser les équipes et, surtout, d'ancrer les changements dans les pratiques quotidiennes. Sans cette discipline d'exécution, même les réformes les mieux conçues risquent de produire des résultats limités.

Le défi n'est donc pas seulement de moderniser les règles, mais de le faire clairement, de manière crédible et concertée pour maintenir la confiance des acteurs concernés et permettre une mise en œuvre réelle sur le terrain.

Tout se joue ensuite dans l'exécution.



Exemples (apprentissage 4)

Le décloisonnement des professions, notamment en ce qui concerne l'élargissement du rôle des IPS et des pharmaciens et pharmaciennes, illustre comment la modernisation des règles peut améliorer l'accès aux soins et permettre de mieux utiliser les compétences disponibles.

Les changements apportés ne se sont toutefois pas limités à l'élargissement de certains champs d'exercice. Ils ont aussi touché à l'organisation du réseau par l'affirmation du principe de subsidiarité. Celui-ci consiste à rapprocher la décision du terrain le plus possible, à renforcer la responsabilité populationnelle, à permettre une plus grande mobilité du personnel et à regrouper les services juridiques afin d'éviter des interprétations et des jugements contradictoires dans le réseau.

Dans le même esprit, des modifications réglementaires, attendues depuis longtemps, ont aussi commencé à redonner un pouvoir d'action directement aux usagers et usagères. Par exemple, il leur est maintenant possible — dans certaines situations et dans des délais définis — de recourir gratuitement à des services au privé lorsque le système public ne répond pas à leurs besoins dans des délais raisonnables. Ceux-ci ne devraient jamais excéder de 28 jours à 12 mois en fonction des types d'interventions requis.

Il y a aussi une grande occasion à saisir concernant les règles d'approvisionnement : se tourner vers le dialogue compétitif basé sur la valeur, et non uniquement sur le plus bas soumissionnaire.

Les changements apportés aux règles du jeu ont également été bénéfiques dans la réduction du recours aux agences. Tout d'abord, ils ont eu pour effet de rétablir une équité dans la rémunération et les conditions de travail des employés et employées sur le terrain. Ils ont également permis de ramener du personnel dans le réseau et, enfin, de diminuer de façon substantielle les coûts dans l'ensemble des régions du Québec. En ramenant le nombre d'accréditations syndicales et de catégories d'emploi à la situation qui avait cours avant le projet de loi 15 (environ 120, soit une accréditation par catégorie d'emploi pour chacun des 30 établissements), la loi 23 (projet de loi 100) a laissé en place certains défis de flexibilité et d'harmonisation pour Santé Québec, rendant plus difficile la réalisation de certains des avantages espérés par la mise en place d'un employeur unique. L'application notamment de meilleures pratiques en organisation du travail (ex. : création d'un centre d'expertise en gestion de la présence au travail, diminution de la complexité administrative sur les mutations ou les regroupements de postes ou d'activités, etc.) s'en trouve toujours aussi complexe et longue à réaliser.

Par contre, la loi 23 a confirmé certains des éléments qui étaient prévus dans le projet de loi 15, comme le fait que plusieurs responsabilités des conventions locales (ex. : congés, horaires, etc.) seront maintenant transférées vers les négociations nationales, car des mesures locales seront harmonisées. Cependant, ces éléments ne seront pas applicables avant la prochaine ronde de négociations, soit en 2028. En cas de mutation, les modalités d'ancienneté du projet de loi 15 sont maintenues.

Apprentissage 5 Cycle politique



Apprentissage et défi

Même lorsque les conditions idéales sont réunies, une contrainte finit toujours par s'imposer : l'horizon politique.

On répète souvent que les premières années d'un mandat servent surtout à s'installer, à définir les priorités, à mettre les équipes en place et à organiser le travail, puis que les dernières sont rapidement rattrapées par les bilans, la reddition de comptes et l'échéancier électoral.

La réalité est différente. Nous avons choisi de travailler autrement. Après la pandémie, nous avons un plan clair, des moyens définis et la volonté de faire avancer rapidement les dossiers qui comptaient. Nous savions aussi que plusieurs changements envisagés s'inscrivaient dans un horizon plus large que celui d'un seul mandat. Nous avons donc choisi d'agir tôt, de poser des gestes concrets sans attendre et de maintenir le même

rythme tout au long du mandat. Cela dit, le cycle politique finit tout de même par s'imposer.

Certaines transformations ne peuvent pas être réalisées d'un seul bloc et doivent être segmentées. On peut penser ici au travail qu'il reste à faire pour réviser la gestion de la santé publique avec la nouvelle politique annoncée sur la prévention. C'est l'un des constats les plus clairs que j'ai tirés de ces années : transformer un système de santé n'est pas toujours compatible avec un horizon de quatre ans.

En raison de son deuxième mandat, le gouvernement a eu l'occasion d'inscrire plusieurs changements après le dépôt du Plan santé en 2022. Malgré la pandémie, travailler sur deux mandats lui a permis de concrétiser une partie importante des idées qu'il portait, même si dans certains dossiers, comme celui des médecins, la finalité s'est trop fait attendre.



Exemples (apprentissage 5)

La création de Santé Québec en est un bon exemple : un chantier de cette ampleur devait être lancé tôt pour avoir une chance réelle d'aboutir. Nous avons d'abord annoncé notre intention lors de la campagne électorale de 2022. Ensuite, il a fallu préparer le projet de loi au début du deuxième mandat, puis le faire avancer dans la deuxième année, avant de laisser une période suffisante pour amorcer les activités de la nouvelle société d'État à la mi-mandat.

Au fond, la responsabilité d'un gouvernement n'est pas seulement de conclure une entente ou de produire un résultat immédiat. Elle est aussi de préparer les conditions gagnantes du prochain cycle. Le parallèle avec les Jeux olympiques me paraît éclairant. On voit

les médailles, mais on oublie facilement les années de préparation qu'elles supposent. Pendant quatre ans, l'athlète s'entraîne, ajuste sa stratégie, corrige ses faiblesses et construit des conditions de réussite. Il ou elle ne gagne pas nécessairement une médaille à sa première participation aux Olympiques, mais décide de revenir quand même pour atteindre son objectif. En politique, c'est souvent la même chose. Certaines transformations ne se réalisent pas entièrement dans un seul cycle, mais le travail accompli en amont peut rendre possible ce qui serait, autrement, resté hors de portée.

Transformer exige donc non seulement une vision et de la préparation, mais surtout un sens aigu du moment.

Apprentissage 6

Entre urgent et important



Apprentissage et défi

L'un des apprentissages de ma carrière, qui s'est confirmé au cours de mes dernières années en santé, tient à la nécessité de maintenir un équilibre constant entre l'urgent et l'important. C'est d'ailleurs la philosophie de M. Stephen Covey, auteur en gestion mondialement reconnu. Plusieurs de mes collègues me l'ont entendu dire, trop souvent peut-être. Est-il besoin de rappeler que le réseau de la santé fonctionne sous pression 24/7 ? Chaque journée apporte son lot d'urgences, d'imprévus, de crises à gérer et de

décisions à prendre rapidement. Plusieurs dizaines de milliers de personnes sont servies chaque jour. Dans un tel contexte, il devient facile de consacrer toute son énergie à ce qui presse, au détriment de ce qui compte pourtant tout autant pour améliorer durablement le fonctionnement du réseau. Ce que j'ai retenu : l'un des défis constants vise précisément à réserver du temps et de l'énergie pour les enjeux structurants, même lorsque ceux-ci ne produisent pas d'effet immédiat.



Exemples

L'allègement administratif en est un bon exemple. Sur papier, éliminer des formulaires inutiles, simplifier certaines exigences ou revoir des processus trop lourds peut sembler secondaire face aux urgences quotidiennes : ce sont des changements discrets. Mais ce sont aussi ceux qui permettent au personnel du réseau de respirer un peu mieux et de se consacrer davantage à sa mission. Avec le temps, on y voit une leçon importante, qui est de reconnaître que l'essentiel ne s'impose pas toujours le plus bruyamment. Transformer exige donc de répondre aux urgences, mais aussi de résister à leur emprise lorsqu'elles finissent par occuper tout l'espace.

Néanmoins, il faut aussi maintenir un équilibre entre les leviers administratifs et les dynamiques humaines. Une fois de plus, la pandémie a illustré cette réalité de façon très concrète : il fallait répondre à des besoins immédiats tout en continuant à faire fonctionner le réseau le mieux possible et à faire

progresser des transformations structurantes. Les changements analysés dans la section précédente reflètent bien cette double exigence. Certains relevaient principalement de leviers organisationnels et administratifs, comme le GAP, le décloisonnement des professions, la création de Santé Québec, la mise à jour de la gouvernance médicale ou l'allègement des processus administratifs. D'autres reposaient davantage sur des relations humaines complexes, notamment les négociations avec le personnel infirmier et les médecins ainsi que la réduction du recours aux agences privées.

L'expérience montre qu'aucune transformation durable ne peut s'appuyer uniquement sur l'un ou l'autre de ces leviers. Il faut à la fois livrer dans l'immédiat et construire dans le temps, modifier les structures tout en mobilisant les personnes. C'est dans cette capacité à gérer simultanément ces tensions que se joue, en grande partie, la réussite d'une transformation.

Communication et usagers

Les apprentissages regroupés sous ce thème portent sur les communications publiques et la représentation des usagers et usagères.



Apprentissage 7

Communications publiques



Apprentissage et défi

Un autre apprentissage important concerne le rôle des communications publiques dans la conduite du changement. Le ton et la manière employés pour présenter des changements peuvent directement influencer le climat de négociation et la mobilisation des acteurs clés.

En communication publique, l'efficacité d'un message repose autant sur ce qui est dit que sur la manière de le dire. Une posture assurée donne confiance ; le ton peut quant à lui rassurer, convaincre. Quant aux messages, ils doivent être clairs et cohérents. En santé, ils doivent majoritairement être centrés sur les bénéfiques pour les patients et patientes, mais aussi sur ceux pour les professionnels et professionnelles ainsi que les acteurs du réseau qui contribuent à leur prise en charge. Cela peut paraître évident, mais on s'étonne du nombre de fois où il faut le répéter. C'est pour ces personnes que nous sommes là. Dans un contexte où l'attention est limitée et le temps encore plus, la formule en triptyque de la posture, du ton et du contenu est certainement à retenir.



Exemples

Le ton utilisé dans le contexte des négociations avec les fédérations de médecins n'a pas toujours été le bon. Il a été parfois trop dur envers les médecins en général, il faut le reconnaître. Les difficultés dans les négociations relevaient bien plus souvent de l'avancement des travaux avec les représentants qu'avec les médecins eux-mêmes. Je retiens également que les messages n'ont pas toujours été assez concrets aux yeux du grand public et clairs aux yeux des médecins sur le terrain. Donner des exemples des bénéfiques anticipés par les changements proposés aurait été beaucoup plus parlant, bien que la multiplicité des cas individuels rendait cette tâche complexe, particulièrement sans la collaboration de la FMOQ au moment opportun.

A contrario, le ton plus positif utilisé pour piloter le changement au sujet de la main-d'œuvre indépendante des agences privées, et du retour de celle-ci au bénéfice du réseau public, aura bien servi. Ici, le message s'est axé sur le redéploiement important de ressources humaines vers le réseau public au profit d'un meilleur accès aux soins, tout en reconnaissant le travail fait en agence. La transformation du réseau de la santé ne repose pas uniquement sur le contenu des changements, mais aussi sur la façon dont ceux-ci sont expliqués, portés et compris.

Il faut également souligner la pertinence des communications publiques entourant le déploiement du DSN. Exposer clairement les bienfaits de celui-ci et aviser le grand public des enjeux techniques qui pouvaient survenir dans le cadre d'une mise en

service de cette envergure aura certainement servi à bien la mission. L'exercice de transparence, en faisant commenter, entre autres, les acteurs cliniques concernés, aura permis à la fois de communiquer une information réelle et de rassurer la population.

Apprentissage 8

Représentation des usagers et usagères



Apprentissage et défi

Depuis la pandémie, la grande majorité des changements ont été orientés vers les besoins des patientes et patients. D'ailleurs, plusieurs changements ont été directement influencés par les besoins exprimés par les usagères et usagers eux-mêmes ainsi que par les patients partenaires.



Exemples

Nous pouvons citer ici quelques exemples concrets : la mise en place du GAP pour pallier certains enjeux d'accès en première ligne de façon temporaire, l'importante venue d'une commissaire nationale aux plaintes, qui relève directement du conseil d'administration de Santé Québec, ou encore l'adoption de la Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux avec mon ancien collègue, le ministre responsable des Affaires autochtones, Ian Lafrenière. Je ne voudrais pas oublier l'ajout de la référence aux patients partenaires dans la loi et la participation des élues et élus municipaux aux conseils d'établissement.

Mentionnons également le remboursement des hormones bio-identiques pour le traitement de la ménopause, qui n'était initialement pas

prévu au Plan santé. Pourtant, ce dossier est devenu un exemple révélateur d'un autre type de transformation, soit la capacité de l'État à corriger rapidement une iniquité lorsqu'un besoin social clair émerge. La prise de parole publique de Véronique Cloutier a contribué à rendre visible une réalité vécue par des centaines de milliers de femmes : troubles du sommeil, anxiété, bouffées de chaleur et conséquences importantes sur la qualité de vie. Le débat a rapidement dépassé la question médiatique pour devenir un enjeu d'équité en santé. Le gouvernement a alors procédé rapidement aux analyses cliniques et budgétaires nécessaires afin de rendre ces traitements admissibles au remboursement par la RAMQ. Au-delà de la mesure elle-même, cette décision envoyait un signal important : la santé des femmes ne constitue pas un enjeu périphérique dans les politiques publiques.

Par contre, ce qu'on entend sur le terrain indique qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour démontrer l'importance du rôle des comités d'usagers et leur potentiel dans l'amélioration de l'efficacité du système de santé. Ces comités représentent des leviers qui mériteraient d'être mieux exploités. Leur intégration plus directe dans les mécanismes de gestion et de reddition de comptes pourrait contribuer davantage à rapprocher les décisions des réalités vécues par les patients et patientes.

Conclusion

De toute évidence, ces différents apprentissages démontrent que le pouvoir de changer existe réellement, avec ses limitations, mais aussi qu'il reste encore beaucoup de travail à faire.

le journal de montréal

Négociations avec les médecins: dit Legault

TV: NOUVELLES

CISION

Sans les agences privées, des infirmières ne retourneraient pas au public

Période estivale 2025 : Santé Québec dresse un premier bilan positif dans le réseau de la santé et les services sociaux

le journal de québec

INFO

Coupes en santé : le chantier de Maisonneuve-Rosemont reporté à la mi-2025

Chirurgies en attente depuis plus d'un an: des patients confiés à l'hiver prochain

le journal de montréal

Lettre de 6 ex-premiers ministres du Québec préoccupés par des effets de la réforme Dubé en santé

le journal de québec

Le temps supplémentaire obligatoire en baisse de 52% au CHU de Québec

Monsieur le Premier Ministre, Nous intervenons auprès de vous, d'une seule voix, motivés par la conviction qu'aucun enjeu n'est plus important pour les Québécoises et les Québécois que l'accès à des services de santé et des services sociaux de qualité. Comme vous le savez, nous ne sommes jamais intervenus de cette manière avant aujourd'hui. Mais dans les circonstances actuelles, nous croyons qu'il est de notre devoir de vous faire part de nos préoccupations.

Le projet de transformation des horaires réalisé dans les cinq ha...
université Laval a permis de réduire de 52% le recours au te...
au cours de la dernière année.
Le TSO est passé de 29 328 à 14 055 h...
sures visant à planifier les horai...
«[...] Ces résultats n...
taire, obligatoir...
leur gé...

A large, stylized number '8' is formed by two overlapping circles. The top circle is a lighter shade of teal, and the bottom circle is a darker shade. The number is centered on the page.

tabous

La présente section aborde huit tabous, sujets souvent évités dans le débat public. J'ai choisi de présenter quelques-unes de mes réflexions personnelles sur nos choix collectifs à venir.

Tabou 01

Prise en charge populationnelle

Contexte

Dans plusieurs systèmes de santé, chaque citoyenne et citoyen est clairement rattaché à une équipe responsable de sa prise en charge. Cette responsabilité collective permet d'organiser les soins, de suivre l'état de santé de la population et de mieux coordonner les interventions.

Au Québec, la réalité est plus nuancée. Une partie importante de la population bénéficie d'un suivi régulier, mais plusieurs personnes demeurent sans prise en charge stable.

Cette situation s'explique en partie par la structure même du système. Comme mentionné précédemment, la prise en charge des patients et patientes par les médecins de famille est volontaire. Dans ce contexte, l'organisation d'une responsabilité populationnelle complète devient plus difficile.

Exemple

Le GAP a constitué un outil utile pour mieux organiser l'accès des patients et patientes sans médecin de famille. Toutefois, il s'agissait essentiellement d'un mécanisme transitoire visant à mieux orienter la demande. L'étape suivante consistait à passer à une approche permanente, reposant sur de véritables équipes interdisciplinaires capables d'assurer une prise en charge plus structurée de la population et d'améliorer la transparence et l'efficacité dans la prise de rendez-vous.

D'ailleurs, la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, publiée en mars 2026 après avoir fait l'objet de grandes consultations en

2025, semble rallier une forte majorité d'acteurs du réseau autour de plusieurs enjeux liés à une réelle prise en charge des Québécois et des Québécoises. Il s'agit maintenant de bien préparer la transition des changements recommandés et le plan d'action qui doit en découler.

J'en profite pour souligner ici l'importante contribution du Dr Antoine Groulx, de la D^{re} Élise Boulanger et de la chercheuse Mylaine Breton, expert et expertes qui ont piloté, avec plusieurs partenaires du réseau, ces grandes consultations en 2025. Rappelons que l'essentiel de leurs recommandations se retrouve dans les

grandes orientations de cette première politique de première ligne. Il faut tout de même noter qu'il y avait quelques divergences de vues entre certaines recommandations du groupe et la position du MSSS : le nouveau mode de rémunération, dont une portion était basée sur les résultats, la transition de la responsabilité populationnelle des médecins et l'échéancier d'une prise en charge réelle sur une période plus raisonnable.

Il importe de mentionner qu'avant d'adopter ces recommandations, finaliser la première politique de première ligne apparaissait important.



Défi

Le véritable défi consiste maintenant à préparer la transition entre la situation actuelle et la nouvelle organisation de prise en charge, définie par les changements proposés dans la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne.

La notion d'affiliation à un milieu de soins (GMF, clinique d'IPS ou CLSC) gagnerait à être mieux explicitée. Il serait aussi important de bien définir la prise en charge de la population par différents acteurs du réseau et d'autres concepts énoncés dans cette politique de première ligne, surtout dans le contexte où l'un des acteurs centraux est pleinement autonome, de façon à optimiser l'utilisation des fonds publics.

Bien que ces enjeux de prise en charge dépassent largement le cadre des ententes avec les médecins, les responsables des prochaines négociations devront s'assurer de réunir toutes les conditions gagnantes pour 2028. Pour ne citer que quelques exemples, cela passe autant par les changements dans le décloisonnement des professions et ceux exécutables au mode de rémunération des médecins que par les changements dans les supports numériques visant à assurer l'aiguillage vers la bonne ressource professionnelle.

Tabou 02

Tarification des services

Contexte

Comme nous l'avons vu précédemment, les besoins du réseau, tant pour son fonctionnement courant que pour les infrastructures et la modernisation du numérique, dépassent aujourd'hui les marges de manœuvre disponibles. Ces contraintes subsistent malgré des investissements publics très importants versés à Santé Québec, de l'ordre de plus de 45 G \$, et ce, avant les dépenses associées à la rémunération des médecins et aux médicaments.

Les ressources demeurent insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins du système. La situation est similaire du côté du PQI, où les sommes consacrées à la santé ne permettent pas de rattraper pleinement le déficit accumulé en infrastructures.

Dans plusieurs systèmes de santé publique de taille et de complexité comparables, des mécanismes complémentaires existent afin d'apporter un soutien. Ils ne remplacent pas le régime public, mais viennent s'y ajouter sous différentes formes. Citons, par exemple, des franchises annuelles ou des mécanismes d'assurance complémentaire, qui permettent de générer des revenus considérables tout en protégeant l'accès aux soins pour les clientèles vulnérables.

Au Canada, cependant, toute réflexion de cette nature doit composer avec un principe fondamental : l'accès aux soins médicalement nécessaires doit être universel et fondé sur le besoin, et non sur la capacité de payer.

Cette question n'est pas nouvelle. Elle était déjà présente dans la structure même de la Loi canadienne sur la santé (LCS). Ce cadre a d'ailleurs été renforcé par la nouvelle Politique sur les services de la Loi canadienne sur la santé, annoncée par lettre

ministérielle en janvier 2025 et entrée en vigueur le 1^{er} avril 2026. Elle favorise une interprétation plus élargie de cette loi, de sorte que tout service de santé, offert ou non par un ou une médecin, est visé dans la mesure où il est médicalement nécessaire. Seul l'avenir nous dira toutefois quelles sont les limites et la portée réelles de cette nouvelle directive.

Bien entendu, la nouvelle interprétation de la LCS n'ouvre pas la voie à des mécanismes de financement additionnels du gouvernement fédéral ni à des mécanismes de financement complémentaires. Au contraire, elle a plutôt pour effet de resserrer le cadre applicable à certains services médicalement nécessaires et, ce faisant, de flouer encore plus les contours du panier de services assuré. En effet, plus on interprète largement ce qui doit être couvert sans paiement direct du patient ou de la patiente, plus on rétrécit l'espace dans lequel une province peut envisager des formes complémentaires de financement sans contrevenir à la LCS ni mettre en péril ses transferts fédéraux.

Autrement dit, au moment même où les pressions financières s'intensifient, l'étendue du panier de services devant être pris en charge par l'État demeure incertaine. Le

véritable enjeu n'est donc pas de remettre en cause la gratuité des services déjà assurés, mais d'oser se poser plus clairement la question suivante : où commence et où se termine réellement le panier de services que nous pouvons financer collectivement ? Et quels mécanismes complémentaires pourraient exister à l'extérieur de ce cadre sans fragiliser l'accès ni compromettre les transferts ?

On peut se demander si cette nouvelle interprétation pourrait relancer, avec le fédéral, une négociation sur les contours du panier de services, qui obligerait à préciser plus clairement ce qui doit être considéré comme relevant des services assurés.

Bien entendu, le panier de services sera toujours l'un des sujets délicats pour un parti politique qui veut accéder au pouvoir. Il faut voir la progression prévue des dépenses en santé pour comprendre comment le système est à risque avec des facteurs comme le vieillissement et l'augmentation de la population.

Dans ce contexte, la question du financement ne peut être évitée. Les ordres de grandeur en cause sont importants : les besoins additionnels se chiffrent en milliards de dollars, autant pour soutenir le fonctionnement du réseau que pour le moderniser.

Exemple (tabou 2)

À titre d'exemple, le réseau génère déjà des revenus autonomes, notamment à travers des contributions des usagers et usagères pour l'hébergement ou pour les médicaments. Leur contribution financière est toutefois limitée au regard des besoins grandissants en soins et en services. Cela laisse entrevoir la pertinence de repenser les mécanismes complémentaires de financement afin qu'ils soient mieux structurés et adaptés aux grands utilisateurs, le tout dans l'objectif d'assurer un système de santé public

fort et viable. Nécessairement, avec cet objectif, la contribution des usagers et usagères doit être limitée. L'encadrement des tarifs au privé s'annonce ainsi comme une option à considérer. D'ailleurs, au Québec, la loi permet au gouvernement de baliser, par règlement, les honoraires des médecins qui exercent au privé. Jamais un tel règlement n'a été mis en place.

Comme dans les autres provinces canadiennes, le Québec pourrait faciliter l'accès au privé, lorsque

nécessaire, dans la mesure où cet accès n'a pas pour effet de pousser les médecins à quitter le système de santé publique pour des raisons d'honoraires plus élevés.

Plusieurs systèmes de santé combinent d'ailleurs une offre publique et privée, en ayant toutefois comme objectif premier que le patient ou la patiente bénéficie d'un accès aux soins et aux services de santé. C'est cette personne qui doit toujours être au cœur de nos préoccupations.



Défi

En tenant compte de tout ce qui précède, le débat demeure difficile au Canada et au Québec : comment ouvrir la discussion sur de nouveaux mécanismes d'assurance, de financement et d'accès aux soins et aux services de santé ? Mais encore une fois, on a besoin d'avoir les bonnes données.

Il serait d'ailleurs souhaitable d'envisager le tout à travers une tarification encadrée et adaptée, notamment pour les grands utilisateurs, et de se pencher sur une forme de tarification maximale pour la médecine au privé ainsi que sur la mise en place d'un ou de plusieurs mécanismes tels que des frais pour les patients fantômes (*no-show*), le ticket modérateur et la facturation à coût zéro.

Revoir les contraintes en matière d'assurance pour que les patients puissent mieux combiner l'utilisation du public et du privé, quand ils en ont besoin, pourrait représenter une avenue permettant d'optimiser la fluidité de l'accès patient dans le réseau.

Mais ce qu'il faut tout d'abord, et ce, le plus rapidement possible, c'est s'assurer que chaque carte d'assurance maladie est associée à un code d'accès du SAG. Cet outil numérique d'identification unique, mis en place en 2023, pourrait comporter plusieurs avantages pour le réseau de la santé.

D'ailleurs, à ce jour, le SAG est déjà utilisé par plus de 3 millions de Québécois et Québécoises pour accéder à différents services gouvernementaux, dont Carnet santé Québec (à ce sujet, la transition à partir de clicSÉQR s'est bien déroulée grâce à un plan clair et à des communications appropriées). Avec l'arrivée du DSN, le SAG permet maintenant aux citoyens et citoyennes des deux régions pilotes d'avoir un meilleur accès à leurs données de santé via l'application Mon dossier santé. Son implantation partout au Québec prendra toutefois un certain nombre d'années. Le gouvernement devra déployer des efforts supplémentaires afin d'implanter cet outil numérique structurant — encore sous-utilisé — pour l'ensemble de la population et des services gouvernementaux s'il veut en tirer pleinement avantage dans la gestion et bien consigner la révision de certains éléments de tarification pour le réseau de la santé. Rappelons que l'utilisation du SAG sera exigée pour la prise de rendez-vous.

Un changement d'approche sur ces questions a le potentiel d'offrir une plus grande flexibilité dans l'accès. Il pourrait aussi permettre d'assurer le financement de notre système de santé publique et de générer certaines économies ainsi que des revenus additionnels pour celui-ci. Les deux prochaines années seront déterminantes pour trouver l'approche optimale.

Tabou 03

Transparence dans les organisations professionnelles

Contexte

La taille et la complexité du système de santé rendent la transparence particulièrement importante. Les décisions qui y sont prises ont un effet direct sur les citoyens et citoyennes, et mobilisent des ressources considérables.

Certaines informations sont publiques et relativement accessibles. D'autres dimensions du système demeurent toutefois moins visibles dans le débat public : pensons notamment à des modalités d'ententes professionnelles, à des règles d'organisation du travail ou à certaines modalités d'exercice de la profession médicale.

Les organisations syndicales de professionnelles et professionnels, comme celles représentant les infirmières et infirmiers, sont désormais soumises à la même réglementation de transparence sur les revenus de cotisation que les autres grandes centrales syndicales.

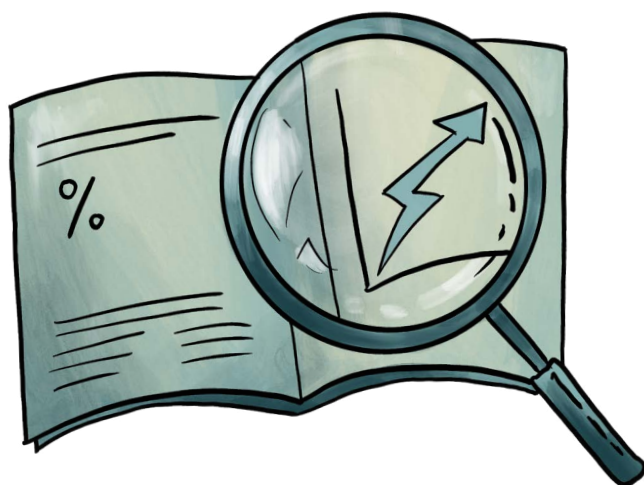
C'est précisément ce qui amène à se poser la question pour les fédérations de médecins. Si l'on juge souhaitable d'exiger une plus grande transparence de certaines organisations professionnelles quant à leurs revenus de cotisation et à l'utilisation de leurs ressources,

pourquoi une réflexion semblable ne pourrait-elle pas aussi s'imposer à leur égard ?

Cette exigence de transparence vise d'abord à mieux informer les membres. Elle permet d'éclairer l'origine des sommes perçues, la distinction entre cotisation principale et cotisation facultative ainsi que certains usages qui en sont faits. C'est en ce sens que le projet de loi 3, adopté en avril 2026, impose à certaines associations la présentation annuelle des états financiers et d'un rapport sur l'utilisation de leurs ressources financières, notamment. Plus largement, il oblige désormais certaines organisations à mieux rendre compte à leurs membres de l'usage des ressources pouvant servir à des interventions, à des recours ou à des activités qui dépassent le cadre de la négociation courante. C'est dans cette logique qu'une question semblable peut être soulevée à l'égard des fédérations de médecins.

Celles-ci ont des ressources financières importantes, dont elles se servent pour engager des experts et expertes en négociation, en droit de la santé, en relations publiques et en communication. Cette capacité leur donne une latitude importante pour structurer leur position et occuper l'espace public. À l'inverse, le gouvernement ne peut pas toujours mobiliser avec la même souplesse des expertises internes comparables, notamment en raison du Règlement sur les honoraires relatifs à certains services juridiques rendus à des organismes du gouvernement.

Ainsi, dans la bataille pour l'opinion publique, le gouvernement, avec ses parties prenantes, gagnerait de son côté à informer le public plus clairement sur les enjeux clés de la négociation pour s'assurer d'un meilleur équilibre dans l'information véhiculée durant le processus.



Exemple (tabou 3)

Comme pour les autres grandes centrales syndicales, la transparence pourrait s'appliquer aux mécanismes de financement des fédérations de médecins afin que le public et les membres soient mieux informés de l'utilisation des ressources financières qui découlent des cotisations et, plus largement, des moyens mobilisés pour la négociation, les recours, les communications ou les relations publiques.

Par ailleurs, comme mentionné à plusieurs reprises, il y a une grande disparité entre les honoraires des médecins spécialistes, particulièrement entre ceux des différentes spécialités à prédominance féminine. Ces réalités sont connues de la fédération. Toutefois, des progrès ont été réalisés dans la récente entente pour en atténuer les effets, ce qu'il faut reconnaître.

La possibilité de mieux comprendre ces écarts, comme les mesures prises pour y répondre, illustre néanmoins

l'importance de la transparence et des demandes du gouvernement en matière de gestion des enveloppes budgétaires des médecins. En effet, cette transparence et ces demandes ne concernent pas seulement les ressources financières des organisations elles-mêmes. Elles peuvent aussi servir à mieux exposer certaines réalités internes qui influencent leurs priorités, leurs arbitrages et, ultimement, les choix qui sont défendus au nom de leurs membres. L'effet de ces différences est important, et il faudra voir si les mesures mises en place suffiront à réduire ces écarts, à diminuer l'attrait du privé pour les spécialistes en question et à améliorer l'accès pour les patients et patientes.

La transparence pourrait également porter sur l'offre professionnelle elle-même. La création éventuelle d'un registre de l'offre professionnelle des médecins, accessible de façon sécurisée au moyen du SAG, permettrait de mieux connaître leurs différents secteurs d'activité,

notamment les soins cliniques en première ligne, les activités à l'urgence, l'enseignement ou la recherche. Un tel registre devrait viser l'ensemble des médecins, qu'ils exercent ou non par l'intermédiaire d'une société. Il est néanmoins important de rappeler que la majorité des médecins exerce aujourd'hui en société et que cette possibilité constitue un privilège reconnu dans notre système. Sans limiter la transparence recherchée aux seuls médecins incorporés, cette réalité mérite de faire partie de la réflexion sur les moyens de mieux connaître l'offre de services professionnels. Ce registre pourrait éventuellement inclure d'autres professionnels comme par exemple, les IPS. Utilisées de manière sécurisée et analysées à l'aide de l'IA, ces données permettraient au gouvernement de mieux mettre en relation, par région, les besoins populationnels et l'offre de services réellement disponible, dans le respect de la protection des renseignements.



Défi

Le défi consiste à accroître la transparence tout en assurant un meilleur équilibre dans les processus de négociation et en évaluant la transparence qui devrait accompagner certaines modalités d'exercice de la profession médicale, dans le respect des responsabilités professionnelles, de la protection des renseignements ainsi que des contraintes institutionnelles propres au système de santé.

Tabou 04

Révision des conditions dans les conventions collectives

Contexte

Les gestionnaires du réseau doivent encore composer avec certains enjeux opérationnels qui prennent appui sur des dispositions prévues aux conventions collectives mises en place il y a plusieurs années. Ces dispositions mériteraient d'être revues.

Cet état de fait ne remet pas en cause l'utilité ni le rôle de protection des conventions collectives. Cependant, il oblige à reconnaître que des règles obsolètes peuvent compliquer l'organisation du travail et la capacité du réseau à s'ajuster aux besoins. Un courage important sera requis, dans les prochaines négociations, pour discuter de cette situation avec les syndicats du personnel du réseau.

Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les dispositions des conventions relatives à l'absentéisme ou à l'organisation des postes, qui, tout en répondant à une logique de protection légitime, peuvent affecter la disponibilité et la mobilité de la main-d'œuvre. Une comparaison avec les conditions de travail dans d'autres organisations de santé au Canada pourrait alimenter une future discussion. Elle permettrait de situer les pratiques québécoises dans un ensemble plus large et, au besoin, d'envisager une période de transition pour les changements jugés souhaitables.

Exemples

Un de ces enjeux porte sur les conditions de l'assurance invalidité des infirmières et infirmiers. Je pense qu'il faut avoir l'honnêteté de reconnaître que ce régime demeure, au Québec, plus avantageux que dans plusieurs autres provinces, autant en raison du niveau de couverture que de la durée de protection.

Il est donc légitime de se demander si certains paramètres devraient être revus. L'idée n'est pas d'affaiblir la protection dont bénéficient les infirmières et infirmiers, pleinement justifiée dans certains cas, mais de réaliser qu'un régime aussi généreux a un coût réel pour le réseau et qu'il peut avoir un effet sur la disponibilité de la main-d'œuvre dans un contexte où chaque absence prolongée pèse lourd sur les équipes terrain.

Cela dit, une telle discussion ne peut se faire à sens unique. Si l'on accepte d'ouvrir les questions du pourcentage de couverture ou de la durée de certaines protections, encore faut-il se demander ce que les infirmières et infirmiers recevraient en retour.

Dans ce contexte, ne vaudrait-il pas se faire de remettre à l'ordre du jour des demandes comme les ratios de sécurité pour certains postes clés et de voir comment les mettre en place

de façon graduelle au cours des prochaines années ? Ne faudrait-il pas aussi travailler en amont pour réduire la violence (autant verbale que physique) envers le personnel par des mesures de sécurité supplémentaires et des formations appropriées ?

Il faut éviter les faux raccourcis. L'action de réduire certains paramètres, à elle seule, ne réglerait pas automatiquement le problème. Sans une meilleure gestion des retours progressifs au travail, un aménagement réel des postes et une organisation du travail plus souple, on risquerait surtout de déplacer le problème plutôt que de le régler.

Néanmoins, si ces changements sont bien pensés, les marges dégagées et le personnel additionnel qui redeviendrait, au bout du compte, disponible pourraient servir à soutenir la mise en place de ces ratios. À moyen terme, c'est alors l'ensemble du personnel qui pourrait bénéficier d'une organisation du travail plus stable et plus sécuritaire.

L'autre enjeu touche à la place accordée au critère de compétence dans l'attribution de certains postes. Là aussi, le sujet est délicat, parce qu'il touche directement à l'ancienneté,

qui demeure un principe structurant des conventions collectives. Mais peut-on vraiment faire abstraction de la compétence lorsque le poste à pourvoir exige une expérience ou un savoir-faire très particulier ?

Je pense ici, par exemple, à certains postes infirmiers en première ligne, notamment en GMF. Lorsqu'une infirmière quitte un tel poste, la logique conventionnée peut conduire à attribuer le remplacement à la personne la plus ancienne. Pourtant, le milieu, lui, peut avoir besoin d'une infirmière qui maîtrise déjà les réalités propres à ce type de pratique. Dans un cas comme celui-là, est-il vraiment dans l'intérêt du réseau de faire automatiquement passer l'ancienneté avant la compétence, surtout lorsque cela risque de fragiliser l'organisation du service ?

La question mérite d'être posée franchement. Je prends soin de préciser qu'il ne s'agirait pas d'écarter l'ancienneté. Il faudrait plutôt se demander si, pour certains postes plus spécialisés ou plus critiques, elle devrait être considérée en complémentarité avec la compétence afin de s'assurer d'avoir la bonne personne au bon poste.

Tabou 05

Pouvoir médiatique

Contexte

Il existe un pouvoir réel évident dans les coulisses, mais étonnamment peu évoqué : le pouvoir médiatique, qui constitue le cinquième tabou.

Le pouvoir politique détient l'autorité officielle. Il légifère, gouverne et administre l'État. Le pouvoir médiatique, quant à lui, agit sur un levier tout aussi déterminant, parfois même plus puissant : celui de l'opinion publique. En façonnant les récits, en choisissant les sujets qui dominent l'espace public et en influençant la façon dont les décisions sont prises, comprises, débattues ou contestées, les médias peuvent renforcer, fragiliser ou redéfinir la légitimité même du pouvoir politique et celle de ses dirigeants et dirigeantes.

Exemple

Trop souvent, on sous-estime l'ampleur de cette influence, particulièrement dans la façon dont on définit et hiérarchise les enjeux de société eux-mêmes.

Dans mon cas, j'ai tenté d'approprier cet univers avec des collègues

chevronnés en la matière ; je leur ai fait confiance et j'ai rapidement plongé. Rares sont les sphères professionnelles où les médias occupent autant l'agenda. J'ai appris une chose essentielle pour entretenir de bonnes relations avec eux en

politique : être disponible. Au bout du compte, les médias auront toujours le choix de prendre des positions qui ne sont pas nécessairement alignées sur les objectifs du gouvernement.



Défi

Accorder du temps aux relations avec les médias est un défi d'équilibre, mais on doit y réfléchir : il faut savoir cultiver la relation avant qu'une crise survienne. Aller boire un café avec des éditorialistes, des journalistes et des chroniqueurs et chroniqueuses, entretenir une relation de confiance, apprendre qu'il est possible de parler *off the record* pour approfondir un sujet...

Un grand défi réside aussi dans le fait d'exposer les bons coups sans être complaisant. On doit mettre de l'avant ce qui fonctionne, savoir positionner ses messages clés pour la population et, surtout, reconnaître qu'une tribune n'est pas un droit, mais un privilège.

Tabou 06

Pouvoir des oppositions

Contexte

Un peu comme le pouvoir politique, le pouvoir des oppositions peut être très puissant et il est souvent légitime lorsqu'il s'attaque à des déficiences dans la gestion gouvernementale.

La joute politique à l'Assemblée nationale peut sembler puérile. Bien que les règles de fonctionnement aient été souvent critiquées, il semble difficile de les modifier sans l'accord de tous les partis politiques.

Les oppositions, qu'on le veuille ou non, jouent un rôle central, voire névralgique dans l'équilibre démocratique. Elles veillent au grain, comme disaient nos ancêtres. Ce sont elles qu'on se plaît (respectueusement) à détester. Plus encore, et j'ose le dire, elles nous aident à réfléchir plus sérieusement à tous les angles morts de nos dossiers. Parce qu'elles ont la capacité de faire changer des idées, de faire dévier une trajectoire, leur pouvoir est incontournable.

Exemple

Je l'ai déjà mentionné : j'ai eu de belles expériences avec les oppositions, notamment en commission parlementaire, comme celle relative à la réduction de notre dépendance aux agences privées. Dans ce dossier, l'intérêt commun a pris le dessus sur les considérations partisans. Le projet a pu avancer rondement, nourri par des suggestions constructives pour trouver des solutions aux enjeux du projet de loi.

Le pouvoir des oppositions se manifeste tout autant lorsqu'un

engagement public tarde à produire les effets attendus. En effet, dans un contexte de grands changements, les oppositions réclament souvent — à raison — des améliorations rapides, mais qui ne sont pas toujours réalistes. Dans les débats politiques quotidiens, nous devons fréquemment répondre à des cas précis et individuels.

J'aimerais ici faire référence à un exemple concret d'un engagement électoral du gouvernement actuel. Il a offert aux oppositions un sujet idéal pour soutenir que celui-ci n'avait pas

atteint les résultats promis sur un enjeu particulièrement important aux yeux de la population : les délais d'attente aux urgences dans les hôpitaux.

En 2018, l'engagement électoral du gouvernement consistait à ramener le temps d'attente pour la prise en charge aux urgences sous la barre des 90 minutes. Or, aucune précision n'avait été donnée sur la composition de ce délai global, notamment sur la manière dont il se répartissait entre les différentes priorités cliniques.

Niveaux de priorité clinique à l'urgence

Priorité 1 : Réanimation

Danger immédiat pour la vie de la personne (arrêt cardiorespiratoire, traumatisme majeur, etc.).

Priorité 2 : Condition très urgente

Représente une menace potentielle pour la vie de la personne, l'intégrité d'un membre ou sa fonction (crise cardiaque, ACV, etc.).

Niveaux de priorité clinique à l'urgence (suite)

Priorité 3 : Condition urgente

L'état de la personne présente certains risques, mais sa vie n'est pas en danger (douleur thoracique, saignement important, etc.).

Priorité 4 : Condition semi-urgente

L'état de la personne ne nécessite pas une prise en charge immédiate (entorse, infection urinaire, etc.).

Priorité 5 : Condition non urgente

La personne a un problème de santé mineur, dont l'examen et les soins peuvent être retardés (rhume, maux de dos, etc.).

Source : Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2024

Cette distinction est essentielle, puisqu'elle permet de mieux comprendre les limites d'un indicateur global appliqué à des situations cliniques très différentes, d'autant plus qu'à l'heure actuelle, plus de 40 % des cas vus à l'urgence relèvent des priorités 4 et 5. D'ailleurs, une part importante des visites à l'urgence concerne des patientes et patients déjà suivis en première ligne, ce qui révèle que les enjeux d'accès, d'organisation et de continuité des soins demeurent au cœur du problème.

Sans réelle prise en charge à la première ligne, cet indicateur d'attente aux urgences ne s'améliorera pas.

En fait, face à l'impossibilité d'accéder à la première ligne, les gens fréquentent l'urgence ; face à l'impossibilité d'être prises en charge aux urgences, certaines personnes appellent le 911 pour recourir aux services d'Urgences-santé. Urgences-santé devient donc la soupape qui compense une première ligne défaillante. Souvent, les paramédicaux doivent attendre aux urgences avec leurs patients, car aucune ressource n'est en mesure de les prendre en charge, ce qui réduit considérablement l'efficacité de leur service. Cela dit, depuis 2018, le contexte s'est profondément transformé. La pandémie, l'augmentation de la population et son vieillissement, le départ de plusieurs

médecins de famille à la retraite et la hausse des cas de santé mentale ont contribué à l'augmentation du temps d'attente global. Celui-ci est passé de 125 minutes au 31 mars 2024 à 169 minutes à la fin de 2025, alors que l'objectif pour 2025 était fixé à 125 minutes. Le rapport annuel du MSSS pour l'exercice terminé le 31 mars 2025 explique en détail les facteurs ayant contribué à cette augmentation. Il va sans dire, par ailleurs, que ce temps global peut varier fortement d'une région à l'autre.

Or, si l'on isole les véritables urgences — soit les priorités 1, 2 et 3 —, les délais d'attente sont demeurés à des niveaux stables depuis la fin de la pandémie. Ils sont comparables aux bonnes pratiques de grandes organisations de santé malgré la détérioration des facteurs mentionnés ci-haut. Ce sont surtout les priorités 4 et 5 qui expliquent l'écart avec l'objectif ambitieux que le gouvernement s'était donné.

L'engagement électoral aurait-il dû être plus précis, ou du moins mieux défini, dès le départ ? On peut aussi se demander si les oppositions tiennent réellement compte des précisions qui leur ont été apportées à maintes reprises, ou si elles reviennent malgré tout au taux global parce qu'il demeure, politiquement, l'indicateur le plus porteur.

Malheureusement, le message qui s'est imposé dans la population, comme auprès du personnel du réseau, est surtout que les délais d'attente aux urgences se sont détériorés et que les efforts ne produisent pas les résultats attendus. Ce discours continue d'alimenter le découragement de tous et

toutes, alors que la réalité est plus nuancée lorsqu'on prend en compte l'ensemble des facteurs qui affectent les urgences au Québec. Sans les améliorations qui ont été mises en place, la situation serait encore plus difficile dans plusieurs régions.

Depuis l'automne 2025, Santé Québec publie ses données opérationnelles dans un tableau de bord, qui sépare désormais le délai d'attente des priorités 1, 2 et 3 de celui des priorités 4 et 5 afin de faire ressortir plus clairement les tendances observées. Cela ne règle pas tout, mais permet à tout le moins d'encourager les efforts et de concentrer les actions aux bons endroits. Des solutions pratiques ont d'ailleurs commencé à voir le jour, notamment avec l'équipe de la D^{re} Catherine Hudon. Après six mois d'implantation, son programme VISAGES a réduit les hospitalisations de 70 % et la présence à l'urgence des grands utilisateurs de soins de 50 %.

Malgré tout, comme je l'indiquais précédemment, sans réelle prise en charge à la première ligne, cet indicateur d'attente aux urgences ne s'améliorera pas. La transformation du système de santé est complexe et nécessite des explications constantes. Accepter que les résultats prennent du temps à apparaître et à donner les effets escomptés est un apprentissage pour tout le monde, d'où l'importance d'une communication claire et régulière.

Bien que les oppositions soulèvent les enjeux quotidiens, cela ne signifie pas que tout va mal. C'est plutôt que, dans un système aussi vaste, il y aura toujours des exemples de problèmes, même si des améliorations sont en cours.

Tabou 07

Engagements électoraux

Contexte

Dans le débat public, le pouvoir politique est souvent associé aux ministres et aux grandes décisions gouvernementales. Pourtant, une bonne partie du travail se joue ailleurs : dans le travail quotidien des députés et députées.

Un député ou une députée est d'abord une personne qui représente les citoyens et citoyennes de son territoire. Elle est celle vers qui la population ainsi que les élus et élus municipaux se tournent lorsque des projets concrets doivent avancer, qu'il s'agisse d'un hôpital à moderniser, d'un GMF à mettre en place ou de services de proximité à améliorer. Mais une fois l'élection passée, la réalité du gouvernement s'impose : les ressources sont limitées, les priorités sont nombreuses et les décisions dépassent souvent le cadre d'une seule circonscription. Le député ou la députée doit alors convaincre, intervenir, suivre les dossiers et relancer les ministères, parfois pendant plusieurs années.

Exemple

Des enjeux locaux qui ont fait l'objet de promesses électorales lors des élections précédentes sont souvent difficiles à faire avancer. Ces difficultés ne découlent pas d'un manque d'efforts, mais de contraintes budgétaires et d'arbitrages gouvernementaux. Dans ce contexte, le pouvoir du député ou de la députée et même d'un ou d'une ministre en est rarement un de décision. C'est plutôt un pouvoir d'influence, de représentation

et, surtout, de persévérance. Malheureusement, dans quelques cas, des promesses électorales non tenues viennent hanter les élus et élues lors des élections suivantes.

Le député ou la députée agit comme intermédiaire entre les attentes de sa communauté et les contraintes de l'État. Un rôle dans l'ombre qui facilite des actions sans être au premier plan, un peu comme le docteur Watson de Sherlock Holmes. J'ai eu le privilège, comme

ministre, de collaborer avec des adjointes et adjoints parlementaires et gouvernementaux. Pour porter des messages aux collègues du caucus, pour être des porte-étendard dévoués dans des dossiers stratégiques, elles et ils sont des alliés précieux.

Il faut réussir à maintenir la confiance de la population lorsque les projets prennent du temps... ou ne se réalisent pas.

Tabou 08

Rigidité dans les communications entre les ministères et les acteurs concernés

Contexte

Depuis 20 ans, les ministères et organismes du gouvernement du Québec évoluent sous les règles de communication établies, qui encadrent fortement les initiatives et limitent parfois leur autonomie en les plaçant sous la supervision d'un organe de l'État.

Gardiennes de la cohérence et de la standardisation, les communications institutionnelles et gouvernementales sont pertinentes pour informer la population sur un large spectre — pensons aux campagnes préventives sur la santé publique ou la sécurité de la population. Cependant, elles peuvent parfois brimer la créativité des organismes qui gravitent autour du gouvernement.

Leurs balises, leurs critères et leurs gabarits aseptisent souvent le caractère distinctif des projets ou des organisations. Les communications doivent évoluer au sein du gouvernement, et certaines barrières informationnelles mériteraient certainement d'être levées.

Exemple

C'est ici que l'expression « à double tranchant » prend tout son sens. Pendant les négociations, autant avec les infirmières et infirmiers qu'avec les médecins, une trop grande rigidité dans les actions de communication a pu être constatée

par plusieurs, alors que les fédérations n'avaient pas ce genre de contraintes avec le public. D'un côté, il fallait respecter la confidentialité des discussions en cours ; de l'autre, il fallait mieux vulgariser à la population ce que l'on proposait pour améliorer

l'accès aux soins. Ce sont des contraintes qui, sous toutes réserves, ont nui à l'information dont la population avait besoin pour saisir les propositions que nous formulions et mieux y adhérer.



Défi

Le système des communications gouvernementales gagnerait à déléguer davantage de responsabilités aux proches collaborateurs ou aux organisations dont les missions comportent l'obligation de fournir des services publics et de diffuser l'information qui se rattache à ces services. Toute la population gagnerait à accéder à l'intégralité de cette information.

conditions gagnantes

Les transformations du système de santé sont souvent présentées comme une succession de réformes. Les apprentissages tirés des changements des dernières années ainsi que le défi de mettre un terme à certains tabous nous permettent d'établir neuf conditions gagnantes pour continuer la transformation.

Le réseau de la santé n'a pas besoin d'une autre réforme. Il faut plutôt s'assurer de la convergence des initiatives en cours de réalisation et des nouvelles qui feront consensus.

C'est de cette façon que les élus et élues ainsi que les gestionnaires se donneront le pouvoir réel d'apporter les changements nécessaires pour continuer la transformation du réseau.

Les neuf conditions gagnantes sont regroupées sous quatre thèmes : *Accès aux soins et organisation, Gouvernance, responsabilité et pilotage, Gestion politique, négociations et communication* ainsi que *Capacité réelle d'exécution et autonomie du réseau*.

Accès aux soins et organisation

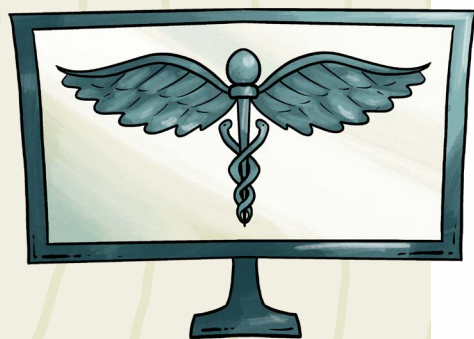


01 Prioriser l'accès pour les patients et patientes

La priorité des prochaines années, tant pour les gestionnaires du réseau que pour les professionnels et professionnelles de la santé, doit être l'amélioration réelle de l'accès aux soins.

La politique de première ligne devra être appuyée par un **plan d'action concret** pour assurer une **prise en charge de toute la population** et une prise de rendez-vous facilitée, créer des salles d'attente virtuelles pour les urgences, et permettre l'atteinte d'un meilleur équilibre entre le curatif et le préventif.

Une **utilisation mieux encadrée du public-privé** en santé a d'ailleurs permis d'élargir l'accès aux soins pour des groupes de patients particuliers, comme c'est le cas avec les urgences pour enfants. Cette même approche pourrait être appliquée ou adaptée, par exemple, aux personnes âgées dans certaines régions du Québec.



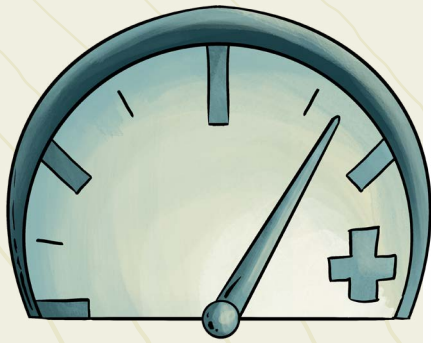
02 Moderniser les règles pour faciliter l'exécution

Il ne suffit pas de faire des lois ou de moderniser les règlements. Il faut s'assurer de l'exécution sur le terrain.

L'amélioration de l'accès aux soins passe souvent par une meilleure utilisation des compétences disponibles. Cela nécessite parfois de revoir les règles qui encadrent les professions et les outils de coordination.

Des demandes claires et appuyées pour continuer le **décloisonnement de certaines professions** et une **prise de rendez-vous plus efficace — autant avec un médecin de famille qu'avec un médecin spécialiste** — doivent être préparées par le MSSS et les ministères concernés, en collaboration avec Santé Québec et les responsables des organisations professionnelles en santé.

Gouvernance, responsabilité et pilotage

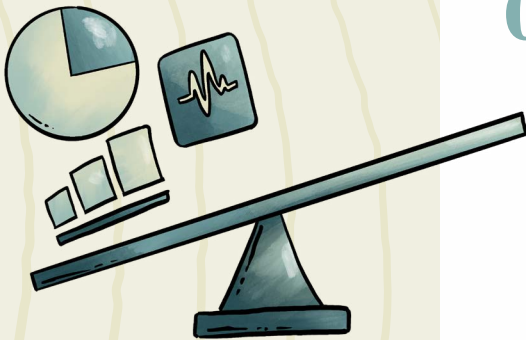


03 Clarifier les responsabilités avant d'exiger des résultats

Un système ne peut pas performer si personne n'est clairement responsable des résultats. La gouvernance doit identifier qui décide, qui négocie, qui gère avec les bons outils et qui rend compte.

On peut penser ici à deux des responsabilités de Santé Québec : **la collecte des données sur les besoins populationnels et l'offre professionnelle** ainsi que la **livraison des dossiers informatiques**.

Lorsque les personnes concernées sont identifiées et les rôles définis, la **responsabilité des gestionnaires** et des professionnels et professionnelles prend tout son sens. Les résultats peuvent alors être au rendez-vous.



04 Utiliser les données comme levier de pouvoir et de changement

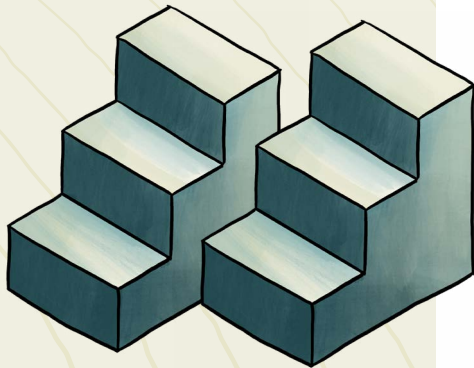
La capacité de gérer dépend de l'accès à des données fiables et transparentes.

Sans information claire sur l'accès réel aux services, les délais d'attente et les ressources, il est difficile de justifier des changements et de piloter un réseau comme celui de la santé et des services sociaux.

Des **informations de qualité**, propulsées par des systèmes informatiques performants, devront être **rendues disponibles** autant pour les professionnels et professionnelles, les gestionnaires et les chercheurs et chercheuses que **pour la population**. La gestion quotidienne du réseau et l'accès à l'information pourront ainsi être assurés.

Les données fiables seront aussi importantes pour **préparer les négociations** à venir. Elles demeurent d'ailleurs essentielles pour informer le public de la nécessité des changements et des améliorations requises dans le réseau.

Gestion politique, négociations et communication



05 Préparer les prochains changements

Les grandes transformations exigent un minimum de stabilité. En ce sens, lorsque de meilleures conditions de travail ou des changements de règles sont bien préparés et planifiés, ils peuvent créer l'espace nécessaire pour les négociations suivantes. Comme mentionné précédemment, plusieurs **conventions collectives, ententes** avec les professionnels et professionnelles et **discussions nécessaires avec le fédéral viendront à terme en 2028**.

L'utilisation, à l'échelle du Québec, d'une identité numérique unique, du SAG et des meilleures pratiques en IA pourrait permettre des avancées importantes en termes d'évaluation des besoins de la population et d'accès pour les citoyens et citoyennes. Ces leviers ont le potentiel d'engendrer des retombées positives pour l'efficacité du réseau de la santé, mais aussi pour l'ensemble du gouvernement.

Il est primordial que le réseau de la santé se prépare pour la suite. Une bonne gestion du changement requiert un équilibre constant entre la stabilité des activités, la recherche, l'innovation et la préparation des améliorations dans le réseau.



06 Mieux communiquer avec les parties prenantes

Nous l'avons constaté : les communications peuvent avoir un effet positif ou négatif sur des changements. Les élus et élues ainsi que les gestionnaires du réseau doivent maîtriser une combinaison de **stratégies de communication claires et cohérentes**. Dans la mesure du possible, ils et elles doivent également entretenir une **collaboration avec les médias** et les oppositions pour que les bons messages se rendent à la population.

Cette communication ne peut toutefois pas être unidirectionnelle. Elle suppose également que le MSSS et Santé Québec demeurent à l'écoute des parties prenantes.



07 Composer avec un temps politique limité

Les gouvernements disposent d'un horizon temporel court. Les changements, accompagnés des ressources nécessaires et d'objectifs clairs, doivent être **amorcés tôt** dans le cycle politique pour **éviter les enjeux de fin de cycle** et avoir le temps de produire leurs premiers effets.

Capacité réelle d'exécution et autonomie du réseau



08 Envisager un financement complémentaire

Au-delà des modalités précises, l'enjeu est clair : **sans ressources supplémentaires ou changement de règles, les ambitions de transformation du réseau risquent de se heurter à des contraintes bien réelles**, autant dans le fonctionnement de celui-ci que dans ses infrastructures. À l'inverse, un financement mieux adapté aux besoins permettrait de donner au réseau les moyens de ses ambitions.

09 Donner la marge de manœuvre nécessaire à Santé Québec

Si l'on souhaite donner au réseau de la santé toutes les chances de réussir sa transformation, il faudra progressivement lui accorder des **marges de manœuvre mieux adaptées à sa réalité opérationnelle**. Le réseau de la santé évolue dans un environnement complexe, continu et hautement spécialisé, très différent de plusieurs autres secteurs de l'État.

À titre d'exemple, certains mécanismes centraux de négociation et d'équivalence entre catégories d'emploi peuvent limiter la capacité d'adapter rapidement les conditions de travail à la réalité particulière d'un réseau fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Une amélioration apportée à certaines catégories d'emploi en santé peut avoir des effets directs dans d'autres secteurs de l'État, même lorsque les réalités opérationnelles sont très différentes.

La création de Santé Québec représentait une première étape importante vers une plus grande autonomie de gestion. Toutefois, plusieurs leviers structurants demeurent fortement encadrés par les mécanismes centraux de l'État. Une réflexion s'impose afin de déterminer les marges de manœuvre supplémentaires nécessaires ainsi que les rigidités structurelles internes et externes à éliminer pour qu'elle puisse **atteindre sa pleine capacité d'action et d'exécution, le tout dans le respect des priorités gouvernementales**.

Conclusion



Réflexion sur la transformation

Les changements, les apprentissages et les tabous présentés dans ce document illustrent à la fois les difficultés réelles auxquelles fait face le réseau et les leviers concrets permettant de l'améliorer pour le rendre plus efficace et plus humain. Ils montrent aussi que, malgré les obstacles, le progrès est possible.

Transformer un système de santé est un travail de longue haleine. Les changements institutionnels, les négociations professionnelles, l'évolution des pratiques et les investissements doivent progresser de manière cohérente et simultanée — le tout dans un réseau qui fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, appuyé par plus de 350 000 personnes dévouées aux patients et patientes.

Assurer la pérennité du réseau exigera du courage politique. Certains enjeux demeurent délicats, voire évités, mais ils devront être abordés de front si l'on souhaite réellement transformer le réseau de la santé. Cela dit, les conditions gagnantes identifiées à partir des apprentissages sur les changements des dernières années permettent de corriger certaines actions que l'on aurait pu faire autrement et de croire qu'en réunissant les acteurs du réseau autour d'objectifs communs, avec une bonne exécution et la convergence de plusieurs changements réalisés et en cours, la transformation peut se poursuivre.

Prochaines étapes

Pour les étudiants et étudiantes ainsi que les futurs décideurs publics, la question demeure entière : comment

poursuivre la transformation du système en gardant le cap sur l'essentiel, tout en gérant les urgences du quotidien ?

Je rappelle que l'échéance de plusieurs conventions et ententes en 2028 offrira à cet égard un repère important pour juger de l'avancée et des chances de succès de plusieurs changements déjà engagés.

Pour ma part, j'ai jugé important de revenir sur mon expérience comme ministre de la Santé. Cette analyse, bien qu'incomplète, se veut une base de réflexion pour celles et ceux qui auront le privilège — et la responsabilité — de contribuer à l'évolution du réseau au service des Québécoises et Québécois.

Je suis convaincu que la réflexion sur l'avenir du système de santé doit se poursuivre. Dans cet esprit, ce document est rendu public et accessible afin de susciter des échanges et des contributions.

Remerciements

La politique n'est pas toujours un passage facile, surtout lorsque les années s'additionnent.

Je veux remercier ma conjointe, Josée, ainsi que mes enfants, Isabelle, Alexandre et Charles-Olivier, qui m'ont soutenu et appuyé tout au cours des moments plus difficiles et des montagnes russes que nous avons vécues ensemble et qui ont jalonné les dernières années. Je ne peux m'empêcher de saluer ma mère, qui, du haut de ses 94 ans, suit encore l'actualité politique. Elle a toujours su me prodiguer des conseils avisés et m'offrir une grande écoute.

Je tiens à remercier monsieur François Legault pour la confiance qu'il m'a accordée en me nommant ministre de la Santé. Cette fonction a été, sans contredit, l'expérience professionnelle la plus marquante de ma carrière.

Je remercie également l'ensemble du personnel du réseau, de Santé Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de mon

cabinet ainsi que tous les partenaires avec qui j'ai eu le privilège de collaborer au cours des dernières années.

Je souligne particulièrement le travail des équipes ministérielles et des cabinets, ainsi que celui de la ministre actuelle, madame Sonia Bédard, du D^r Lionel Carmant et des deux sous-ministres qui se sont succédé, soit madame Dominique Savoie et monsieur Daniel Paré. Sans eux et elles, tout le travail accompli n'aurait pas été possible.

Je veux aussi profiter de l'occasion pour remercier la population de la circonscription de La Prairie, qui m'a accueilli en 2018 et en 2022. J'ai eu l'immense plaisir de travailler pour elle et de la représenter au Parlement, avec l'aide de mes deux collègues au bureau de circonscription, mesdames Claudine Binette et Marie-Josée Valade-England.

Sur une note plus humoristique, ce document n'aurait pas eu la même couleur si quatre grands caricaturistes du Québec n'avaient pas

accepté que j'utilise quelques-unes de leurs œuvres publiées au cours des dernières années. Je tiens à les remercier sincèrement.

Je suis également reconnaissant du soutien de l'Assemblée nationale du Québec, qui m'a permis d'utiliser le budget de recherche octroyé aux députés indépendants pour appuyer la recherche et la préparation de ce document de réflexion. Ce soutien m'a été très précieux au moment où le temps me permettait de me consacrer à l'écriture. C'est une raison de plus pour laquelle je garderai un souvenir impérissable de notre grande institution démocratique.

Enfin, je souhaite remercier toutes les personnes que j'ai consultées, dont les gestionnaires, les patients et patientes, les médecins, les divers professionnels et professionnelles ainsi que les enseignants et enseignantes, qui ont contribué, de près ou de loin, à la préparation de ce document. Elles se reconnaîtront.

Références

Législation

Lois et règlements

Gouvernement fédéral

Loi canadienne sur la santé, L.R.C. (1985), ch. C-6. En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>

Gouvernement provincial

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, c. G-1.021. En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021>

Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux, RLRQ, c. A-20.1.1. En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/A-20.1.1>

Règlement sur les honoraires relatifs à certains services juridiques rendus à des organismes du gouvernement, RLRQ, c. C-65.1, r 7.3. En ligne : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-65.1,%20r.%207.3%20/>

Projets de loi

Projet de loi n° 3 : *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*. (2022). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-3-43-1.html>

Projet de loi n° 3 : *Loi visant à améliorer la transparence, la gouvernance et le processus démocratique de diverses associations en milieu de travail*. (2025). 2^e sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-3-43-2.html>

Projet de loi n° 10 : *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*. (2023). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-43-1.html>

Projet de loi n° 11 : *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre*. (2021). 2^e sess., 42^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-42-2.html>

Projet de loi n° 15 : *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. (2023). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-15-43-1.html>

Projet de loi n° 19 : *Loi visant notamment l'amélioration de l'accès aux services médicaux et la prise en charge médicale de la population*. (2026). 2^e sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-19-43-2.html>

Projet de loi n° 31 : *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*. (2019). 1^{re} sess., 42^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-31-42-1.html>

Projet de loi n° 67 : *Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*. (2024). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html>

Projet de loi n° 68 : *Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins*. (2024). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-68-43-1.html>

Projet de loi n° 106 : *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux*. (2025). 1^{re} sess., 43^e législature. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-106-43-1.html>

Documents ou rapports d'organismes publics

BOULANGER, Élise, Mylaine BRETON, Antoine GROULX et al., *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*, Longueuil, Unité de soutien SSA Québec, 2025. En ligne : <https://ssaquebec.ca/nouvelles/rapport-premiere-ligne-quebec/>

GOVERNEMENT DU CANADA, *Lettre aux provinces et territoires sur l'importance de respecter la Loi canadienne sur la santé - 2025*, Ottawa, Santé Canada, 2025. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante/lettre-provinces-territoires-janvier-2025.html>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne*, Québec, Gouvernement du Québec, 2026. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003993/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 2022. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003355>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*, Québec, Gouvernement du Québec, 2025. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003920/>

SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR, *Plans annuels de gestion des investissements publics en infrastructures 2026-2027*, Québec, Gouvernement du Québec, 2026. En ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/secretariat-du-conseil-du-tresor/publications-adm/budgets/2026-2027/7_plans_annuels_gestion_investissements.pdf

SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR, *Plan québécois des infrastructures 2026-2036*, Québec, Gouvernement du Québec, 2026. En ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/secretariat-du-conseil-du-tresorpublications-adm/budgets/2026-2027/6_plan_quebecois_infrastructures.pdf

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES, *Niveau de priorité*, CISSS, 2024. En ligne : <https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/soins-et-services/salles-durgence/niveau-de-priorite/>

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé*, Sommaire exécutif, Québec, CSBE, 2023. En ligne : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Transformation_gouvernance/CSBE-Sommaire_executif_transformation_gouvernance.pdf

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Portrait - Comparaison de l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille, en fonction de leur profil de santé*, État des pratiques rédigé par Hélène Plé, Mamadou Diop, Sergio Cortez Ghio et Mike Benigeri, Québec, INESSS, 2024. En ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/INESSS_Utilisation_1ere_ligne_2022-2023_EP.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2022. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-210-21W.pdf>

SANTÉ QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2024-2025*, Québec, Gouvernement du Québec, 2025. En ligne : https://fichier.sitesq.apps.ti.sante.quebec/sq-1/2026-05/sante-quebec-rapport_annuel_gestion.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague*, Québec, Gouvernement du Québec, 2020. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-257W.pdf>

Autres ouvrages

COVEY, Stephen. *Les 7 habitudes de ceux qui réalisent tout ce qu'ils entreprennent*, Paris, J'ai lu, 2012.

KOTTER, John. *Conduire le changement : feuille de route en 8 étapes*, Paris, Pearson France, 2015, 216 p.

**TRANSFORMER
LE RÉSEAU
— DE LA —
SANTÉ**

JUIN 2026



**ASSEMBLÉE
NATIONALE
DU QUÉBEC**