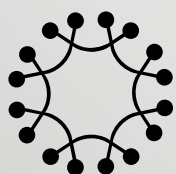


Rapport

sur la démarche de
consultation pour la
politique gouvernementale
sur les soins et services de
première ligne

Mars 2026



Réseau-1 Québec



Réseau-1 Québec

Équipe de projet

Matthew Menear, codirecteur scientifique, Réseau-1 Québec

Marie-Eve Poitras, codirectrice scientifique, Réseau-1 Québec

Andrée-Anne Saindon, coordonnatrice, Réseau-1 Québec

Grailing Anthonisen, coordonnatrice par intérim, Réseau-1 Québec

Léa Gibson, professionnelle de recherche, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Mission du Réseau-1 Québec

Le Réseau-1 Québec occupe une position unique sur le plan provincial depuis sa création en 2013. Il se distingue en tant que seul réseau de recherche et d'innovation au Québec spécialisé dans les soins de santé et les services sociaux de première ligne.

Sa mission est de produire et mobiliser des connaissances en soins et services de première ligne afin d'améliorer l'expérience des personnes, la santé des populations, le bien-être des équipes cliniques, l'efficacité du système de santé et l'équité en santé.

Réseau-1 Québec compte plus de 1 400 membres, incluant divers acteurs de la recherche (chercheur·ses, clinicien·nes-chercheur·ses, apprenant·es, professionnel·les de recherche), professionnel·les de la santé, gestionnaires et décisionnaires du réseau de la santé, et usager·ères de soins et citoyen·nes partenaires. Cette diversité unique influence positivement la recherche menée au sein du R1Q et représente un atout pour soutenir l'utilisation des données probantes au sein du système de soins et de services de première ligne.

Pour plus d'informations, consultez : reseau1quebec.ca

Collaborateurs

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

Institut universitaire de première ligne
en santé et services sociaux



VITAM
CENTRE DE RECHERCHE
EN SANTÉ DURABLE

Fabienne Lagueux, directrice scientifique
Pier B. Lortie, adjointe scientifique

Jean-Pierre Després, directeur scientifique
Simon Deslauriers, chef de service
Anne-Marie Cardinal, conseillère en
développement de la recherche et en
communication

Mission des Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)

Les deux IUPLSSS font partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du CIUSSS de la Capitale-Nationale (VITAM). Ces organisations favorisent un réel rapprochement entre les milieux de la recherche et les milieux de pratique. En créant des espaces de dialogue et de croisement des différents savoirs et expertises, ils permettent le déploiement d'innovations sociales et de recherches coconstruites, lesquelles visent à répondre non seulement aux préoccupations et aux besoins actuels des praticien·nes et des divers milieux de pratique, mais aussi à ceux de la population.

L'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie–CHUS a pour objectif de placer les personnes et les communautés au cœur des soins et services offerts. Par le biais de projets de recherche et d'actions de mobilisation des connaissances, l'Institut vise à développer les connaissances pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'équité des soins et services, promouvoir la participation et l'engagement des usager·ères, des proches, ainsi que des communautés au sein du système de santé et de services sociaux et renforcer les capacités d'action réelles des intervenant·es, des gestionnaires, des usager·ères, ainsi que des communautés.

VITAM – Centre de recherche en santé durable regroupe les expertises scientifiques pour l'IUPLSSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Sa mission est de développer et mobiliser des connaissances contribuant à la promotion et à l'amélioration de la santé par la recherche intersectorielle et socialement responsable. Le concept de santé durable est au cœur de la démarche de VITAM où les équipes souhaitent travailler avec plutôt que pour la population et les communautés afin de collectivement « fabriquer de la santé ».

Pour plus d'informations, consultez : iuplsss.ca et vitam.ulaval.ca

Remerciements

Nous tenons à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de nous avoir offert l'occasion de mener ces consultations à l'appui de la nouvelle politique gouvernementale en matière de soins et services de première ligne. Nous souhaitons remercier tout particulièrement Philippe Lachance, directeur de l'accès et de l'organisation intégrée des services, Aurore Deligne, directrice de l'équipe première ligne, Rana Farah, conseillère stratégique en accès, Mélanie Lapointe, conseillère en organisation des services de première ligne, ainsi que Carl Drouin, consultant en gestion des connaissances et planification stratégique, pour leur remarquable esprit de collaboration avec Réseau-1 Québec et la communauté scientifique en soins et services de première ligne.

Nous tenons également à exprimer notre sincère gratitude à tous ceux et celles qui ont participé au processus de consultation et qui ont si généreusement partagé avec nous leurs expertises et leurs perspectives.

Table des matières

INTRODUCTION	01
Mandat du Réseau-1 Québec	01
Démarche de la consultation	02
PARTICIPANT·ES	04
IMPRESSIONS GLOBALES DE LA POLITIQUE	06
VISION, OBJECTIFS ET FONDEMENTS	08
ORIENTATIONS ET CIBLES DE CHANGEMENTS	13
AXE 1 Des soins et services de haute qualité pour tous	13
AXE 2 Un partenariat avec les personnes et les communautés	28
AXE 3 Des soins et services ancrés dans la réalité locale	33
AXE 4 Des ressources en soutien aux soins et services intégrés de première ligne	38
AXE 5 Des équipes et des organisations apprenantes	47
RÉSUMÉ DES MODIFICATIONS PROPOSÉES	58
CONCLUSION	62

INTRODUCTION

Mandat du Réseau-1 Québec

Dans l'objectif d'assurer aux Québécois un accès simple, équitable et en temps opportun aux soins et services, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris des travaux en vue de l'élaboration d'une première politique gouvernementale en soins et services de première ligne.

Pour soutenir l'élaboration d'une politique de cette envergure, le MSSS a établi des collaborations avec plusieurs experts et expertes du domaine des soins de première ligne. En mars 2025, le MSSS a confié à Réseau-1 Québec le mandat de mener une consultation auprès de la communauté scientifique

sur une proposition initiale de la nouvelle politique gouvernementale en matière de soins et de services de première ligne afin qu'elle soit cohérente avec les préoccupations des intervenants et intervenantes du terrain.

Le Réseau-1 Québec et les deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont formé un partenariat afin de mener cette consultation de manière efficace et collaborative.

Démarche de la consultation

La démarche de consultation menée par R1Q s'est distinguée par deux volets, soit le volet québécois et le volet canadien. Une série de forums de discussion et des entretiens se sont déroulés entre le 6 mai et le 13 juin 2025.

Volet québécois

Une proposition concrète de la politique a été partagée avec les participants et participantes, incluant la vision, les objectifs et les fondements, ainsi que les orientations et les cibles de changement qu'elle contient. Les personnes participantes ont été invitées à donner leur avis sur cette proposition, notamment sur ce qu'elles appréciaient ou non dans la politique, sur les éléments peu clairs, ainsi que sur ce qui, selon elles, devrait être ajusté ou ce qui y manquait.

Des forums de discussion ont eu lieu avec des **membres du Réseau-1 Québec et des deux IUPLS**. Quatre forums ont été organisés avec des membres de la communauté scientifique des soins et services de première ligne au Québec. Les forums de discussion de 90 minutes étaient enregistrés et menés sur la plateforme Zoom de l'Université Laval. Chaque forum de discussion portait sur tous les aspects de la proposition de politique, y compris la vision, les objectifs, les fondements, les orientations et les cibles de changement de celle-ci. Les participants et participantes ont reçu un tableau synoptique présentant la politique au cours de la semaine précédant la tenue du forum, afin de leur permettre de se préparer adéquatement à la discussion.



Volet canadien

Le processus de consultation s'est étendu au-delà de la communauté scientifique du Québec et a inclus des chercheurs et chercheuses ainsi que d'autres experts et expertes de partout au Canada. Ces personnes ont été invitées à commenter les données probantes qui sous-tendent les orientations de la politique et à partager les expériences des juridictions canadiennes et étrangères pertinentes pour la nouvelle politique de première ligne du Québec.

Des forums de discussion ont été menés avec des **chercheurs et chercheuses du Canada et d'autres experts et expertes**. Les forums d'une durée de 75 minutes étaient enregistrés et menés sur la plateforme Zoom de l'Université Laval. Chaque forum de discussion a exploré un thème distinct inspiré directement de la politique proposée. Un dossier d'information présentant les orientations de la politique propres au thème de chaque forum a été transmis aux participants et participantes au cours de la semaine précédant la tenue du forum, afin de leur permettre de se préparer adéquatement à la discussion.

Des entretiens individuels ont également été menés avec des experts et expertes qui souhaitaient contribuer à la consultation, mais qui n'étaient pas disponibles pour l'un des forums de discussion. Ces entretiens d'environ une heure couvraient tous les aspects de la politique proposée.

Les chercheurs et chercheuses du Canada ont également eu la possibilité de répondre à un sondage en ligne les invitant à partager leur perspective sur des thèmes directement liés à la politique. Toutes les personnes qui ont répondu au sondage ou qui ont été invitées à participer aux consultations pouvaient également soumettre leurs opinions écrites et des documents pertinents (par exemple, des articles, des rapports et des sites Web) à l'adresse électronique de Réseau-1 Québec. Au total, 35 documents ou sites Web ont été partagés avec l'équipe de Réseau-1 Québec.

PARTICIPANT·ES

Au total,

91 personnes ont participé au processus de consultation.

Québec

Soixante (60) **membres du Réseau-1 Québec et des deux IUPLSSS** ont participé à un des quatre forums de discussion portant sur l'ensemble de la politique. Ces personnes représentent 24 universités ou organisations différentes.



26 professeur·es ou
professeur·es-chercheur·ses



3 étudiant·es au doctorat



19 professionnel·les de la santé
ou autres professionnel·les



10 clinicien·nes ou
clinicien·nes-chercheur·ses



2 usager·ères de soins et
citoyen·nes partenaires

Canada

Vingt-six (26) chercheurs et chercheuses du Canada ont participé à un ou à plusieurs des six forums de discussion portant sur des thèmes précis. Ces scientifiques représentent 14 universités ou organisations différentes et proviennent de six provinces canadiennes : la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse.



Trois chercheurs canadiens qui n'étaient pas disponibles pour les forums de discussion ont participé à des entretiens individuels avec l'équipe de Réseau-1 Québec. **Deux autres chercheurs canadiens** ont pris part aux consultations au moyen d'un questionnaire de consultation en ligne.

IMPRESSIONS GLOBALES DE LA POLITIQUE

Ce que nous avons entendu

Les impressions globales de la politique ont été largement positives. L'avis général est que la politique est exhaustive et qu'elle oriente les soins de première ligne dans la bonne direction. Certaines personnes ont décrit la politique comme étant stimulante et encourageante. Les participants et participantes se sont réjouis de l'accent mis sur la santé de la population ainsi que des références à l'intégration avec la santé publique. L'intégration des services sociaux a également été soulignée par les chercheurs et chercheuses du Canada. Plusieurs ont noté qu'il est encourageant que les orientations de la politique soient cohérentes avec les politiques de soins de première ligne établies dans d'autres provinces et pays ainsi qu'avec les résultats des grandes études, comme l'étude NosSoins¹ et l'enquête PaRIS². Ces études ont recueilli des données sur les opinions du public concernant la transformation des soins primaires au Canada.

La politique a soulevé de nombreuses questions parmi les experts et expertes consultés, notamment concernant la faisabilité de la mise en œuvre de la politique à court terme et son maintien à long terme. Plusieurs se sont posé des questions sur la manière dont la politique serait mise en œuvre, tandis que d'autres étaient sceptiques quant à la possibilité de la mettre pleinement en œuvre, compte tenu de sa vaste portée et du degré de transformation impliqué. Plusieurs ont nommé la politique comme étant de « haut niveau », mais se sont interrogés sur la manière dont certaines de ses orientations seraient opérationnalisées. Les personnes consultées ont également estimé que l'implantation de cette politique s'étalerait sur de nombreuses années (au minimum cinq ans), sans précision quant au laps de temps prévu.

¹ MAP Centre for Urban Health Solutions (2024). *Les soins primaires ont besoin de NosSoins : Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires*, Toronto, Canada.

² OCDE (2025). *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris.

La façon dont les priorités de mise en œuvre seraient fixées et la mesure dans laquelle les changements s'appuieraient sur les structures existantes (approche de transformation progressive) ou chercheraient à les transformer de manière plus significative (approche de transformation radicale) n'apparaissent pas clairement dans la politique. Certains participants et participantes ont indiqué que des orientations politiques similaires avaient été proposées par le passé, mais que leur mise en œuvre avait échoué. La question est d'abord : « En quoi ce qui est proposé maintenant diffère-t-il de ce qui a été proposé par le passé? ».

De nombreux participants et participantes ont exprimé leurs préoccupations quant à notre capacité collective à entreprendre des transformations majeures dans le domaine des soins et services de première ligne dans le contexte actuel. Ils ont fait référence aux réformes à grande échelle en cours dans la province (p. ex. l'entrée en fonction de Santé Québec) et à d'autres initiatives ministérielles ou provinciales qui exigent du temps, de l'énergie et des ressources de la part des établissements et des prestataires de soins, y compris ceux et celles travaillant en première ligne. Plusieurs ont souligné le climat tendu qui existe actuellement au Québec en ce qui concerne les relations entre le gouvernement et les travailleurs et travailleuses de la santé, et plus particulièrement les médecins de famille. Des questions ont été soulevées quant à la faisabilité d'entreprendre des réformes importantes de la première ligne dans ce contexte potentiellement défavorable.

De nombreuses personnes ont incité le gouvernement du Québec à accorder une attention particulière aux infrastructures et aux mécanismes de soutien nécessaires à la mise en œuvre de la politique. Sans soutien adéquat, plusieurs participants et participantes ont estimé que la politique échouerait à tenir sa promesse. Un leadership adéquat sera nécessaire à tous les niveaux de gouvernance du système. Malgré l'importance de tirer des leçons des systèmes de soins primaires d'autres provinces ou pays, il faut garder à l'esprit que certaines de ces idées pourraient ne pas être facilement transposées et mises en œuvre dans le contexte québécois. Il semble nécessaire d'investir dans une meilleure infrastructure et une capacité de soutien à la mise en œuvre ainsi que de miser sur des stratégies de déploiement réalistes et efficaces.

L'importance d'évaluer le processus de mise en œuvre de la politique, l'atteinte de ses objectifs et ses effets généraux a été soulignée. Selon plusieurs, dans de nombreuses politiques, l'évaluation n'est envisagée qu'après coup et le financement alloué est inadéquat. La méthode d'évaluation de la politique n'est pas clairement décrite dans la proposition du MSSS.

VISION, OBJECTIFS & FONDEMENTS

VISION



Les participants et participantes ont été présentés à une **vision** d'une première ligne qui **promeut, assure et soutient la santé et le bien-être de l'ensemble de la population** grâce à une couverture complète de soins et de services accessibles, continus et coordonnés. Les soins et services de première ligne ont été décrits comme un pôle intégrateur du système de santé et de services sociaux contribuant à sa performance globale.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes ont accepté de façon générale la vision proposée dans la politique et plusieurs ont exprimé un soutien enthousiaste à celle-ci. Toutefois, l'importance de définir plus clairement certains concepts inclus dans la vision, notamment « la santé et le bien-être » et les notions de services « continus » et « coordonnés » a été soulignée.

De nombreuses personnes participantes se sont réjouies de voir figurer dans la vision l'idée des soins et services de première ligne en tant que « pôle intégrateur » pour le système de soins de santé au sens large. Elles ont convenu qu'il est important de faire référence à la notion d'« intégration » dans la vision, mais que ce choix s'accompagnait d'implications structurelles et d'attentes quant à la manière dont les services devraient être organisés.

Malgré une perspective axée sur une réponse aux besoins de « l'ensemble de la population », plusieurs ont estimé qu'il pourrait être important de reconnaître que les soins et services de première ligne demeurent inaccessibles ou sous-optimaux pour certaines populations, y compris les minorités et les populations vulnérables ou marginalisées. Ils ont estimé que l'idée d'équité était absente de la vision et qu'elle pourrait se voir attribuer une plus grande importance.

Quelques personnes consultées ont indiqué que la vision devrait inclure un engagement clair en faveur des soins et services de première ligne fournis par le secteur public. Elles ont convenu que la politique devait affirmer l'importance d'une architecture de première ligne principalement publique, tout en reconnaissant les contributions des partenaires communautaires ou privés. Cet aspect a été jugé important compte tenu du mouvement croissant d'intérêts privés qui cherchent de plus en plus à participer à la prestation des soins et services de première ligne.

Dans plusieurs forums, la portée de la politique a suscité des débats. Peu de personnes se sont opposées à ce que la politique se concentre sur « les soins et services de première ligne », mais il a été proposé qu'il serait plus approprié que la politique se centre sur « les soins primaires » (*primary care*) et surtout « les soins de santé primaires » (*primary health care*). Une participante a mentionné que des réformes récentes dans d'autres pays orientent ces systèmes davantage vers le modèle des soins de santé primaires.



L'un des principaux objectifs de la politique est que les **soins et services de première ligne contribuent à créer de la valeur au sein du système de santé et de services sociaux** en poursuivant les objectifs du **quintuple objectif**. Un autre objectif clé est d'assurer la prestation de soins et de services de première ligne de haute qualité, c'est-à-dire des soins et des services **accessibles, continus, complets et coordonnés**.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes ont aimé que la politique fasse référence aux objectifs du quintuple objectif en santé et au rôle de la première ligne dans la création de valeur pour le système de santé et pour les personnes qui y œuvrent et en bénéficient.

Parmi les cibles du quintuple objectif en santé, la notion d'« amélioration de l'équité en santé » a suscité de nombreux commentaires. Plusieurs ont estimé que cette déclaration était trop vague ou trop générale. Les questions d'équité se posent non seulement sur le plan de la santé de la population (par exemple, réduire les iniquités en santé), mais aussi sur le plan de la prestation des services de santé. De plus, s'attaquer aux inégalités en matière d'accessibilité, de continuité, de coordination et de globalité des soins est également important.

Malgré la référence à l'objectif « Améliorer le bien-être et l'expérience de travail », aucune des orienta-

tions incluses dans la politique n'aborde spécifiquement la santé et le bien-être des travailleurs et travailleuses de la première ligne, selon les personnes consultées.

Quelques personnes ont indiqué que les usagers et usagères des soins souhaitent se faire soigner comme des personnes et non comme des numéros, et que les soins impersonnels ou trop standardisés sont à éviter. Elles ont suggéré que les soins centrés sur la personne soient ajoutés en tant que dimension de la qualité. Cette dimension inclurait des approches culturellement sûres, sensibles aux traumatismes et respectueuses des divers types d'identités.

Plusieurs ont posé des questions sur la manière dont ces objectifs seraient mesurés et sur les indicateurs de performance précis qui seraient utilisés pour évaluer la mise en œuvre et le succès de la politique.

Les participants et participantes ont exprimé des points de vue différents sur l'importance d'établir une plus grande imputabilité dans le secteur de la première ligne. Plusieurs ont jugé important d'avoir des indicateurs de performance clairs afin de pouvoir suivre le progrès dans la réalisation des objectifs de la politique. Ils ont fait valoir qu'il ne s'agissait pas de la responsabilité des médecins de famille envers le système, mais plutôt de la responsabilité du système envers ses citoyens et citoyennes et ses communautés. Cependant, d'autres personnes ont estimé que l'accent mis sur l'imputabilité nous détourne de ce qui est plus important : notre capacité collective à créer plus de valeur pour les membres du réseau et pour la population. Le fait que le discours autour de l'imputabilité tende vers des actions punitives a provoqué des discussions. Il a plutôt été proposé d'adopter une perspective positive axée sur la création de valeur qui mettrait l'accent sur la façon dont les partenaires doivent collaborer pour mieux répondre aux besoins de la population.



FONDEMENTS

Une liste de sept déclarations représentant les fondements de la politique a été présentée aux personnes participantes. Ces déclarations soulignent l'importance d'une perspective globale de la santé, de la valorisation d'un système public et performant, **centré sur les besoins de la population**, de la pertinence des partenariats avec les personnes, leurs proches et la communauté, ainsi que celle d'un **système fondé sur des données probantes qui cultive l'innovation, l'apprentissage et l'amélioration continue** à tous les niveaux.

Ce que nous avons entendu

Les fondements proposés posaient peu de problèmes pour les participants et participantes. La plupart des fondements étaient clairement écrits et ont suscité un niveau élevé d'approbation et d'optimisme.

Des commentaires ont été formulés sur certains des fondements. Par exemple, le fondement portant sur la santé globale fait référence aux besoins physiques et psychosociaux des personnes et de leurs proches. Certains ont estimé que cela représentait une vision limitée de la santé globale et des besoins que les personnes pouvaient exprimer, incluant les besoins sociaux et en santé mentale ainsi que les besoins économiques et spirituels. Une perspective holistique de la santé engloberait ces différents besoins.

Certains se sont interrogés sur la pertinence du terme « universalité » mentionné dans le deuxième fondement.

Il a été convenu que le fondement « Une vision claire à long terme et des leviers forts et structurants pour la déployer » est peu clair et que son sens est difficile à comprendre.

Des participants et participantes ont fait valoir que le fondement lié à un système de santé et de services sociaux public aurait pu être placé plus haut dans la liste et se voir accorder une plus grande importance.

ORIENTATIONS & CIBLES DE CHANGEMENTS



AXE 1

**Des soins et
services de
haute
qualité pour
tous**

AXE 1

1.1 ASSURER À TOUS LES QUÉBÉCOIS L'ACCÈS À DES SOINS ET SERVICES GLOBAUX, CONTINUS ET COORDONNÉS

Cette orientation propose que chaque personne soit affiliée à un milieu de soins et de services près de son lieu de résidence, où elle a accès à des soins offerts en équipe. Elle y est associée à un prestataire principal au sein de ce milieu clinique, chargé de coordonner ses soins, d'en assurer la continuité et de veiller à ce qu'elle reçoive des soins opportuns et pertinents pour répondre à l'ensemble de ses besoins.

Ce que nous avons entendu

L'importance cruciale d'un accès amélioré à des soins et services de première ligne de qualité est bien reconnue et, dans les forums de discussion, l'orientation proposée a été généralement bien acceptée par les participants et participantes – aucune personne n'a exprimé de désaccord profond avec les cibles de changement quant au premier point de l'axe 1. Toutefois, l'orientation a suscité de nombreuses discussions.

Affiliation

La notion d'affiliation de toutes les personnes à un milieu de soins et de services de première ligne à proximité de leur résidence est l'une des idées centrales de la politique. Bien que cette idée ait reçu un soutien général, les personnes consultées ont parfois eu de la difficulté à imaginer comment la notion d'affiliation à un milieu de soins à proximité pourrait réellement se concrétiser et être opérationnalisée dans les différentes régions du Québec. Selon plusieurs, la politique manquait de précision quant à la nature du « milieu de soins et de services » auquel les individus seraient formellement affiliés. Serait-ce un groupe de médecine de famille (GMF), un centre local de services communautaires (CLSC) ou une autre entité territoriale de soins et services de première ligne?

Plusieurs ont partagé des exemples d'autres juridictions qui ont entamé des transformations similaires vers une source principale de soins primaires pour les personnes vivant sur un certain territoire géographique. Dans la province de l'Alberta, le passage d'un modèle de soins individuel à un modèle populationnel est en cours : chaque personne vivant dans une région géographique sera formellement affiliée à un réseau de soins primaires (*primary care network*). Le réseau de soins primaires sera chargé d'évaluer les besoins de sa population et d'y répondre, qu'ils soient exprimés ou non. Un participant de l'Alberta a estimé que ce modèle pourrait être plus efficace pour répondre aux besoins des populations vulnérables qui ne cherchent pas activement à obtenir ou à recevoir des soins primaires. Cependant, le participant a

également admis que cette transformation était un processus en cours et qu'il y avait encore de nombreuses questions liées à la gouvernance, au financement, à la responsabilité partagée, entre autres, qui n'ont pas été entièrement résolues et qui créent des incertitudes quant au succès de cette réforme.

Au Manitoba, des centres d'accès communautaires (*Community Access Centres*) ont été mis en place et fournissent des services sociaux et de santé à toutes les personnes résidant dans une région géographique. L'objectif est que les centres d'accès soient géographiquement distincts et que les personnes ne recherchent des services qu'auprès du centre d'accès de leur territoire. Les gens sont généralement affiliés à un prestataire principal (médecin de famille) au sein de leur centre d'accès. Toutefois, l'un des problèmes qui se posent est lié au déplacement des personnes d'une région à l'autre et aux questions d'affiliation qui en découlent. Lorsque les gens déménagent, les médecins de famille peuvent se retrouver avec des patients qui ne résident plus sur leur territoire et qui devraient, en théorie, recevoir des soins dans un autre centre d'accès. Bien que les patients et les médecins de famille puissent apprécier les relations de confiance qu'ils ont établies, il n'est pas clair si les patients et patientes peuvent ou doivent rester rattachés à leur médecin après avoir déménagé. Cette situation illustre clairement les tensions qui peuvent survenir lorsque la géographie est choisie comme seul critère d'affiliation à une source de soins, ainsi que les tensions qui peuvent découler de l'utilisation optimale de ressources limitées et de la question de savoir si les prestataires devraient

rendre des comptes uniquement aux personnes vivant sur leur territoire.

Selon une participante, qui a consacré une année de perfectionnement à comprendre l'organisation des soins primaires dans d'autres pays, l'Espagne dispose également d'un modèle de soins primaires organisé autour de centres de soins primaires qui répondent aux besoins des personnes vivant sur un territoire donné. Les habitants de cette zone savent qu'ils peuvent s'adresser à ce centre pour obtenir des soins et des services. Ils ont un médecin de famille et une infirmière attitrés et peuvent obtenir le soutien de l'équipe clinique et du centre. Le centre est également responsable des personnes confinées à domicile et de celles qui se trouvent dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Il convient toutefois de noter que la mise en œuvre de ce modèle en Espagne a pris plus de 20 ans et que le pays compte plus de médecins de famille par habitant (1,6 à 1,8 fois plus) que le Québec et les autres provinces canadiennes.



Plusieurs participants et participantes ont jugé qu'il était important de faire une distinction entre l'accès et l'affiliation, car cette distinction n'est pas toujours claire pour tous. Par exemple, même si l'on est affilié à un prestataire de soins, l'accès à ce prestataire pourrait demeurer difficile. En effet, il existe généralement une relation inverse entre ces

concepts : plus il y a de personnes affiliées à un prestataire ou à un milieu de soins, plus leur accès est limité. Dans la politique, il serait important de bien définir ces concepts et de préciser la manière dont ils interagissent.

Pour contrer la réduction potentielle de l'accès aux soins engendrée par une affiliation accrue, une stratégie de renforcement de la collaboration interprofessionnelle et des soins en équipe est recommandée. Un thème récurrent dans les discussions a été la notion que, bien que l'affiliation à un professionnel principal ou une professionnelle principale (médecin de famille ou infirmier praticien ou infirmière praticienne en soins de première ligne [IPSPL]) soit souvent souhaitée par les membres du public, ces prestataires ne devraient pas fournir l'entièreté des soins. Plusieurs soins préventifs, aigus, liés aux maladies chroniques ou autres peuvent aussi relever du champ d'exercice des membres de l'équipe interdisciplinaire, autres que les médecins et les IPSPL. Plusieurs personnes consultées ont exprimé l'opinion que des efforts supplémentaires pourraient être déployés pour améliorer l'accès aux soins interdisciplinaires dans le domaine de la première ligne, tout en conservant l'idée d'être rattaché à un prestataire de soins principal.

Certaines personnes ont partagé des réflexions quant aux implications des modes d'affiliation. Dans le cas où l'affiliation est à un professionnel ou une professionnelle, quelles sont leurs responsabilités relatives à l'utilisateur ou l'utilisatrice comparativement aux responsabilités de l'équipe dont il ou elle fait partie? La responsabilité des soins est-elle transférée à un autre membre de la même

équipe lorsque le professionnel ou la professionnelle prend sa retraite ou quitte l'équipe? La responsabilité des soins est-elle transférée à un autre membre de la même équipe lorsque les besoins de l'utilisateur ou l'utilisatrice évoluent et nécessitent des soins qui ne peuvent pas être fournis par le prestataire habituel? Des précisions concernant ces aspects sont nécessaires si la politique prévoit l'affiliation formelle à un milieu de soins.

Continuité

Dans plusieurs forums de discussion, les participants ont également souligné l'importance d'améliorer non seulement l'accès, mais aussi la continuité des soins. Lorsqu'une personne est affiliée à un professionnel principal, l'accès aux soins est amélioré et une continuité de soins et de relation avec ce prestataire est établie. Selon les experts et expertes rencontrés, les données probantes démontrent clairement que cette continuité relationnelle est associée à des résultats positifs. Toutefois, certaines personnes ont fait remarquer que beaucoup moins d'études existent sur la nature et les effets de la continuité relationnelle avec un milieu de soins. La continuité relationnelle est souvent plus difficile à établir lorsque l'affiliation est avec un milieu de soins principal, puisqu'à chaque visite, la consultation peut être effectuée avec différents intervenants. Un participant s'est questionné sur le nombre d'intervenants avec lesquels une personne peut réellement entretenir une relation dans le contexte

de la continuité relationnelle. L'établissement d'une relation avec deux ou trois membres de l'équipe interprofessionnelle est plus facile qu'avec un plus grand nombre. On peut alors se demander si un modèle d'affiliation peut être établi dans lequel les usagers et usagères sont affiliés à une « mini-équipe » au sein de l'équipe élargie. Dans ce cas, est-ce nécessaire de standardiser les types de professionnels et professionnelles ou d'intervenants et d'intervenantes qui font partie de cette équipe restreinte?

Dans le scénario où les personnes sont affiliées à un milieu de soins principal, un objectif important est d'assurer une continuité informationnelle adéquate afin d'éviter de répéter les informations à chaque nouvel intervenant ou intervenante qu'elles rencontrent. La littérature suggère que l'affiliation à un lieu présente des avantages potentiels pour maintenir à la fois l'accès aux soins et la continuité des soins. Tant que les usagers et usagères résident sur un même territoire, ils peuvent maintenir leur affiliation à leur milieu de soins et maintenir une certaine continuité des soins, malgré les interruptions potentielles de la continuité relationnelle. Les professionnels et professionnelles qui assument des fonctions de gestionnaire de cas, comme les infirmiers et infirmières pivots en oncologie ou les infirmiers et infirmières formés à l'approche V1SAGES³, constituent une autre approche de promotion de la continuité qui pourrait inspirer les soins et services de première ligne.

³ Chaire de recherche du Canada sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes. (2025). [L'approche V1SAGES](#).

Selon un participant hors Québec, le modèle des infirmiers et infirmières pivots fonctionne bien et pourrait favoriser une meilleure coordination des soins pour les patients et patientes suivis par de multiples prestataires. Par exemple, si l'équipe clinique principale de la personne est située dans un GMF, mais que celui-ci n'a pas d'inhalothérapeute, le gestionnaire de soins établirait une collaboration avec un inhalothérapeute pratiquant dans la même communauté afin de satisfaire les besoins de la personne. Les participants et participantes ont aussi généralement convenu que les organismes communautaires étaient des partenaires importants pour la prestation de soins et de services « complets ».

Accès en temps opportun

Afin de garantir l'accès aux soins et aux services en temps opportun, plusieurs personnes ont suggéré que la politique comprenne l'élaboration d'une stratégie visant à fournir davantage de soins en dehors des heures régulières de travail. Elles ont estimé que, dans tout le Canada, les systèmes de santé ne fournissent pas suffisamment de soins en dehors des heures régulières. De nombreuses personnes travaillent ou ont d'autres obligations pendant la journée et ne peuvent pas facilement consulter pendant les heures normales au cours desquelles la plupart des cliniques de première ligne opèrent. En l'absence de soins offerts sur des heures prolongées, les gens sont obligés d'accéder à des soins plus coûteux à l'hôpital et aux urgences.



Pour tenter de résoudre ce problème, il ne suffit pas de demander aux professionnels des soins primaires de travailler plus d'heures. Dans certains systèmes de santé (en Europe et en Australie), des stratégies comme des services téléphoniques et virtuels ou des services fournis par d'autres équipes ont été déployées pour répondre aux besoins après les heures régulières de travail. Les prestataires et les équipes de soins primaires de ces systèmes sont tenus de fournir des soins en temps opportun pendant la journée, puis de se coordonner avec d'autres prestataires après les heures de travail habituelles. Aux Pays-Bas, des centres régionaux de soins opèrent après les heures de travail, avec un triage virtuel et des visites à domicile. Quelle que soit la stratégie choisie, la politique pourrait inclure une orientation permettant de fournir des soins après les heures régulières de travail.

Volonté des usagers et usagères

Enfin, dans un contexte où les personnes seraient formellement affiliées à un milieu de soins, certaines personnes consultées ont soulevé la question de la liberté de choix. Les usagers et usagères devraient être en mesure d'exercer un choix quant au prestataire et à l'endroit où ils reçoivent des soins. Cela est surtout vrai lorsqu'un

usager ou une usagère n'est pas en mesure d'établir une relation de confiance avec un prestataire ou une équipe de soins. De plus, face à un problème de santé mineur, il est souvent plus pratique d'accéder à des soins dans une pharmacie ou une clinique sans rendez-vous près du lieu de travail plutôt que dans le milieu de soins habituel. En Alberta, toutes les cliniques sans rendez-vous ont été intégrées aux réseaux de soins primaires et la continuité de l'information a été assurée entre tous les prestataires du réseau. Les personnes participantes aux forums de discussion ont recommandé qu'une certaine flexibilité soit intégrée dans le système de soins primaires afin que les usagers et usagères puissent avoir le choix quant à leurs soins et services.

AXE 1

1.2 MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS, QU'ILS SOIENT EXPRIMÉS OU NON

Cette orientation souligne la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en collaboration avec les partenaires de la santé publique, de mettre en place des stratégies proactives pour répondre aux besoins des personnes marginalisées ou ayant des besoins de soins complexes, et d'adopter des approches personnalisées et intégrées pour assurer une prise en charge globale.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes sont d'accord sur l'importance de répondre aux besoins exprimés et non exprimés des membres de la communauté et des populations vulnérables. Plusieurs ont cité des populations qui rencontrent des difficultés particulières à exprimer leurs besoins ou à se faire entendre, comme les personnes neurodivergentes et les populations de la diversité sexuelle et de genre. De même, les populations autochtones ont été considérées comme nécessitant une approche réfléchie pour évaluer et répondre à leurs besoins exprimés et non exprimés. Certains se sont interrogés sur la capacité du système à mieux détecter et à répondre aux besoins des populations vulnérables lorsque ces besoins ne sont pas exprimés, soulignant la nécessité de trouver des moyens plus efficaces pour rejoindre ces personnes.

Déterminants sociaux

Il y avait un grand soutien pour la cible de changement relative aux actions sur les déterminants sociaux de la santé, menées en collaboration avec la santé publique et d'autres partenaires. On reconnaît que de nombreuses personnes font face à des difficultés liées au manque de logement, à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, à l'immigration et à un faible niveau d'éducation, et que ces difficultés entraînent de lourdes conséquences sur leur santé. En outre, certaines personnes rencontrent des défis simultanés, ce qui entraîne des inégalités intersectionnelles. De nombreuses personnes ont reconnu qu'une collaboration et une intégration accrues de la première ligne et de la santé publique pourraient présenter des avantages considérables. Sans actions visant à traiter les déterminants sociaux sous-jacents, l'amélioration de la santé de la population, particulièrement celle des personnes vivant dans des milieux défavorisés, est difficile. Toutefois, certains se sont inquiétés du caractère vague de la formulation actuelle de la politique relative à l'action sur les déterminants sociaux et aimeraient voir une formulation spécifique et précise des cibles de changement. Plus particulièrement, une clarification des besoins et des actions possibles liées aux déterminants sociaux ainsi que des précisions quant aux types de

partenariats intersectoriels et de santé publique nécessaires pour répondre à ces besoins seraient favorables. Les travaux de Levesque *et coll.*⁴ et de l'Institut national de santé publique du Québec⁵, ainsi que ceux d'autres experts⁶, pourraient servir de point de départ à ces réflexions.

Promotion et prévention

Dans le même ordre d'idées, plusieurs participants et participantes ont souligné le rôle important que les prestataires de soins primaires jouent dans la promotion de la santé et la prévention des maladies et ont estimé que la politique pourrait aller plus loin pour inclure des cibles de changement qui positionnent mieux la promotion de la santé et la prévention des maladies comme des activités centrales dans les services de soins primaires modernes. Plusieurs ont mentionné la nécessité d'assurer un alignement étroit entre les orientations de cette politique et la nouvelle stratégie de prévention également développée par le MSSS.



⁴ Levesque, J.-F., Breton, M., Senn, N., Levesque, P., Bergeron, P., & Roy, D. A. (2013). The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. *Public Health Reviews*, 35(1), 14. <https://doi.org/10.1007/BF03391699>

⁵ Institut national de santé publique du Québec (2025). *Déterminants sociaux de la santé*.

⁶ Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (2025). *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Soins centrés sur la personne

Les personnes consultées se sont réjouies que la politique comprenne une orientation favorisant des approches de soins centrées sur la personne, globales et intégrées. De sérieuses préoccupations ont été soulevées au sujet des tendances récentes au Québec concernant les soins axés sur « un problème à la fois », une approche imposée aux usagers et usagères par certains médecins de famille. Ces tendances sont considérées comme inefficaces et incompatibles avec les meilleures pratiques et les valeurs des soins primaires. Un participant a également noté une tendance de la médecine familiale vers des pratiques cliniques ciblées et l'abandon des approches généralistes. Pour plusieurs, les soins incomplets ne sont pas centrés sur la personne. Il a également été mentionné que la prestation de soins holistiques et répondant à l'ensemble des besoins des personnes ne devrait pas dépendre d'un seul prestataire, mais plutôt d'un travail d'équipe et de la coopération d'autres prestataires de soins de santé et de services sociaux ainsi que de partenaires intersectoriels au sein de la communauté.

Soins intégrés

Ceux et celles ayant des expertises dans le domaine des soins intégrés ont noté qu'il y aurait avantage de conserver un langage lié aux soins intégrés dans la politique, plutôt que d'adopter un langage axé sur la coordination des soins. La coordination des

soins est une fonction centrale des soins primaires et une responsabilité devant être partagée par tous les membres d'une équipe de soins et non assumée par un seul membre de l'équipe, qu'il s'agisse d'un médecin de famille ou d'un professionnel ou d'une professionnelle désigné comme coordonnateur ou coordonnatrice des soins. Cependant, dans le système de santé actuel, la coordination des soins est sous-optimale et les usagers et usagères sont souvent contraints d'assumer un rôle de coordination pour leurs propres soins. C'est le résultat d'un système fragmenté qui manque d'intégration. En effet, si la coordination des soins est une composante des soins intégrés au niveau clinique, l'intégration doit également se produire aux niveaux organisationnel et systémique. L'intégration assure des environnements dotés d'infrastructures adéquates et des soutiens systémiques (p. ex. lois, règles et modes de financement) nécessaires pour la prestation de soins coordonnés et de qualité par les professionnels qui y travaillent. Cela inclut un soutien accru de la part des prestataires travaillant en deuxième et en troisième lignes de soins. Dans la politique, les orientations qui se réfèrent aux soins intégrés sont également nécessaires pour concrétiser la vision selon laquelle les soins et services de première ligne constituent un pôle intégrateur pour l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Toutefois, l'intégration des soins nécessite une planification rigoureuse, car de telles initiatives peuvent entraîner des conséquences à long terme.

AXE 1

1.3 FACILITER LA NAVIGATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Cette orientation souligne l'importance de veiller à ce que les personnes aient accès à l'information concernant leur santé et le système de soins de santé, ainsi qu'à des conseils et à une assistance pour la navigation dans ce système. Elle vise également à mieux orienter les personnes en fonction de leur besoin prioritaire et à faciliter la fluidité de leur parcours en améliorant la coordination entre les portes d'entrée, les milieux de soins et services et les partenaires communautaires.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes aux forums de discussion ont reconnu l'importance de rendre l'information plus accessible à la population. Pour ce faire, il faut d'abord améliorer les connaissances sur l'ensemble des soins et services de première ligne, y compris les divers prestataires de soins primaires et le moment et le lieu où se rendre pour recevoir des soins et services. La première ligne est fréquemment associée uniquement aux médecins de famille et aux cliniques médicales. Cependant, les soins primaires s'étendent au-delà des médecins et des cliniques. Il faut toutefois éviter les campagnes d'éducation à grande échelle qui favorisent l'utilisation de certains services de soins primaires plutôt que d'autres, ce qui donnerait l'impression qu'il existe une bonne et une mauvaise façon de recourir aux soins.

Autogestion

La référence à l'accès à l'information pour soutenir les personnes dans l'autogestion de leur santé a été bien appréciée. L'autogestion est avant tout une stratégie importante pour permettre aux gens de mieux prendre le contrôle de leur santé et constitue une composante essentielle des soins pour les maladies chroniques. Une participante a noté qu'il existe des variations importantes dans la prise en charge des maladies chroniques et que l'éducation et le soutien dans l'autogestion n'étaient pas suffisamment mis en avant pour certaines maladies, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Partage de l'information

Les discussions sur le partage de l'information ont souvent mené à des discussions sur la continuité informationnelle et la nécessité de disposer d'infrastructures interopérables permettant une circulation fluide de l'information entre les utilisateurs et les prestataires de soins. Par exemple, les pharmaciens et pharmaciennes communautaires devraient pouvoir accéder plus facilement au dossier médical des patients afin de connaître les médicaments prescrits. Les pharmacies communautaires constituent une source importante d'information et de soutien pour plusieurs personnes, notamment des personnes âgées qui ne peuvent pas ou ont de la difficulté à accéder aux résultats de laboratoire ou à utiliser les ressources en ligne.

Plusieurs ont indiqué que le partage de l'information contenue dans les dossiers médicaux entre les prestataires et les organisations représente un problème majeur du système, qui nécessite une solution politique claire. Toutefois, la politique actuelle ne comporte pas d'orientations ni de cibles de changement portant sur la résolution des problèmes d'interopérabilité et la promotion de la continuité informationnelle. Une participante a mentionné que le MSSS devrait s'inspirer des pays comme l'Australie, qui ont réussi à mettre en place des plateformes informatiques interopérables entre les organisations d'une même région.

L'une des cibles de changement visait à garantir un accès téléphonique à des conseils professionnels, mais plusieurs se sont interrogés sur la raison pour laquelle seul l'accès téléphonique était mentionné. Il serait préférable que la politique promeuve l'accès à des conseils professionnels au moyen de différentes technologies pouvant être adaptées en fonction des besoins de la personne et des modalités qu'elle préfère.

La nécessité de garantir un parcours de soins et de services fluide pour les communautés autochtones a été soulevée. Ces communautés rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins et doivent naviguer entre les services de multiples systèmes de soins.

AXE 1

1.4 MOBILISER TOUTES LES RESSOURCES ET LEURS COMPÉTENCES

Cette orientation vise à renforcer la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle ainsi qu'à promouvoir la mobilisation de tous les prestataires et organisations participant aux trajectoires de soins et services.

Ce que nous avons entendu

L'importance de la collaboration interprofessionnelle et du travail d'équipe a été un sujet récurrent dans de nombreux forums de discussion. Selon certains, si le gouvernement devait se fixer un seul objectif pour sa nouvelle politique de soins primaires, ce devrait être le renforcement des pratiques collaboratives et des soins en équipe dans tous les modèles de soins de première ligne. Une simple colocation de différents prestataires de soins ne suffit pas à produire des résultats positifs. Les équipes performantes nécessitent une vision commune, des compétences et des attitudes adéquates pour travailler ensemble de manière efficace, ainsi qu'un leadership collaboratif, qui peut être assuré par des médecins ou d'autres prestataires de soins.

Champs de pratique

L'idée que les pratiques professionnelles évoluent et que chaque professionnel et professionnelle devrait exercer l'ensemble des activités relevant de sa profession a reçu un fort soutien. Bien que l'une des cibles de changement mentionne la nécessité d'« élargir les champs de pratique des intervenants et des professionnels », la plupart des participants et participantes ont estimé que le problème réside davantage dans les difficultés à exercer de façon optimale le champ de pratique permis par la loi. Dans de nombreux cas, les professionnels et professionnelles sont autorisés à effectuer certaines activités, mais ne les exercent pas en raison d'un manque de formation ou d'un environnement qui impose des limites aux compétences qu'ils peuvent développer. Ce problème s'applique autant aux médecins de famille qu'aux autres professionnels et professionnelles en première ligne. Ainsi, les participants et participantes ont jugé que l'accent de la politique devrait davantage être mis sur la nécessité d'optimiser les champs de pratique pour que les professionnels et professionnelles puissent travailler à leur plein potentiel et en harmonie avec les modèles de soins dans lesquels ils sont employés.

Toutefois, l'élargissement des champs de pratique demeure pertinent pour plusieurs professions. Par exemple, les infirmiers praticiens spécialisés et infirmières praticiennes spécialisées du Québec ont un champ d'exercice plus limité que leurs

homologues dans les autres provinces. Alors que le champ d'exercice d'autres professionnels et professionnelles s'est élargi dans les dernières années, comme celui des pharmaciens et pharmaciennes, certaines formes de soutien systémique, comme la formation, le soutien des ressources humaines et la rémunération, n'ont pas suivi. Semblablement, les psychologues, les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes, de même que les travailleurs sociaux et travailleuses sociales, ont vu leurs responsabilités s'élargir (l'autorisation des arrêts de travail, par exemple), alors que des enjeux persistent quant à leur rémunération. Par conséquent, les changements dans les champs de pratique demeurent limités. Ces exemples soulignent le besoin de mettre en place des stratégies à l'échelle du système pour permettre aux professionnels et professionnelles d'exercer pleinement leur profession.

Pratiques collaboratives

Les ressources et le soutien clinique doivent être répartis équitablement entre les équipes. Dans des endroits comme l'Ontario, les ressources n'ont pas été réparties équitablement et, par conséquent, les pratiques collaboratives et les résultats varient considérablement d'un milieu de soins primaires à l'autre.

L'expérience de l'Ontario suggère que la création d'équipes de soins primaires plus grandes ne permet pas nécessairement de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de personnes. Souvent, entourer les méde-



cins de famille d'autres professionnels et professionnelles et encourager le travail d'équipe se traduit par un accès amélioré aux soins et une capacité accrue de répondre aux besoins de la population. De plus, étant donné la constante évolution des équipes de première ligne, il a été mentionné que leur composition devrait aussi évoluer pour inclure des catégories de professionnels et professionnelles (p. ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes et intervenants et intervenantes en santé communautaire) au-delà de ce que l'on retrouve dans des équipes traditionnelles au sein des GMF et des CLSC, afin de répondre aux divers besoins de la population. Cela dit, une participante a fait référence aux données probantes qui suggèrent que les équipes sont aptes à fournir des soins additionnels sans modifier l'organisation des services ou leur façon de travailler pour permettre de servir davantage de personnes. Afin d'atteindre les objectifs souhaités, il sera nécessaire de surveiller étroitement les mesures prises pour renforcer les équipes interdisciplinaires.

Pour améliorer les pratiques collaboratives en première ligne, un participant a fait valoir le développement d'une approche de système de santé apprenant. Cette approche comprendrait des activités de formation interprofessionnelle, l'introduction de mesures de collaboration interprofessionnelle, des mécanismes de rétroaction pour les équipes et des activités d'amélioration pour aider les équipes à accroître leur performance et leur capacité d'action.

Conditions de travail

La politique n'aborde pas les conditions de travail des professionnels et professionnelles dans le secteur public. Une proportion importante de personnes choisit de travailler dans le secteur privé pour bénéficier des conditions jugées meilleures. Il existe un fort désir de travailler au sein d'une équipe diversifiée, mais le recrutement est difficile et plusieurs postes dans le secteur public demeurent à pourvoir. Cette situation affaiblit la capacité de prestation de soins efficaces en équipe en première ligne.

Stratégies intersectorielles

Enfin, les stratégies intersectorielles dans le domaine des soins primaires ont été fortement soutenues, même si la politique pourrait mieux spécifier les types de secteurs ciblés pour de telles actions. Plusieurs ont mentionné que les municipalités étaient des partenaires importants à nommer de façon explicite dans la politique et que leur rôle devrait être pris en compte dans les réflexions à venir sur la gouvernance de proximité. Les personnes consultées étaient favorables à une plus grande collaboration entre les fournisseurs de services publics de soins primaires et les organisations communautaires, ce qui pourrait améliorer notre capacité à agir sur les déterminants sociaux. Il a été suggéré que ces organisations devraient contribuer à la prise de décision, tout en respectant leur autonomie.

ORIENTATIONS & CIBLES DE CHANGEMENTS



AXE 2

Un partenariat avec les personnes et les communautés

AXE 2

2.1 RECONNAÎTRE LES PERSONNES ET LEURS PROCHES COMME ACTEURS DE LEUR SANTÉ ET BIEN-ÊTRE ET MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS ET SERVICES

Cette orientation vise à reconnaître et à valoriser davantage le savoir des personnes et de leurs proches comme une source complémentaire de connaissances, à les soutenir, de même qu'à soutenir le personnel intervenant et les professionnelles et professionnels dans leur rôle de partenaires de soins et services.

Ce que nous avons entendu

L'orientation participative de l'axe 2 a été favorablement reçue, mais plusieurs enjeux à clarifier ou à approfondir afin d'assurer une mise en œuvre efficace et inclusive ont également été soulevés. D'abord, certains concepts clés doivent être clarifiés et définis avec précision, dont « acteur », « santé », « bien-être » et « communauté ». L'ensemble des acteurs (citoyens et citoyennes, professionnels et professionnelles ainsi que décisionnaires) ne partagent pas nécessairement une compréhension commune de ces notions.

Savoirs expérientiels

Les participants et participantes ont apprécié la mention des savoirs expérientiels des personnes et de leurs proches dans cette orientation. Ils ont souligné l'importance de reconnaître pleinement le savoir expérientiel des personnes comme une forme légitime d'expertise, au même titre que les savoirs professionnels. Pour certains, le terme « savoir expérientiel » est jugé moins fort que « expertise », qui reflète davantage la légitimité de ces connaissances issues de l'expérience vécue. Les participants et participantes étaient d'accord pour dire que l'usager ou l'usagère doit être vu ou vue comme le pilote de ses soins, et non seulement comme un partenaire passif.

Pairs aidants



La pertinence de souligner la contribution importante des pairs aidants dans cette orientation est évidente. Les pairs aidants doivent faire l'objet d'une reconnaissance spécifique, incluant une définition claire de leur rôle et des obligations de l'autorité publique à leur égard. Toutefois, selon

certaines, la contribution des pairs aidants doit aller au-delà de la reconnaissance symbolique. Ces derniers devraient être davantage intégrés aux équipes cliniques et devraient bénéficier d'un statut clair leur permettant de participer activement à la prise en charge.

Bien que les pairs aidants soient des alliés importants dans les soins, il faut les protéger contre la décharge excessive de responsabilités envers eux. Les experts et expertes remettent en question les structures actuelles pour instaurer un réel partenariat avec les pairs aidants. Une réforme des modalités de partenariat est suggérée afin de créer des environnements véritablement propices à la coconstruction.

Rôles au sein des soins primaires

Les cibles de changement de cet axe soulignent le rôle important que les usagers et usagères, ainsi que leurs proches, peuvent jouer au sein de leur équipe de soins et services. Cependant, plusieurs estiment que cette implication devrait s'étendre aux structures de gouvernance en place aux niveaux territorial, régional et provincial. De leur perspective, le rôle primordial des usagers et usagères partenaires au sein de toutes les structures de gouvernance de première ligne aurait pu être énoncé explicitement dans les orientations. Une prise de position plus claire serait nécessaire à cet égard. En effet, leur simple reconnaissance symbolique ne suffit pas ; des mécanismes concrets d'intégration doivent être mis en place.

AXE 2

2.2 RENFORCER L'INFLUENCE DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES

Cette orientation soutient l'implication des acteurs de la communauté dans le coleadership et la coconstruction des soins et services, en favorisant leur participation aux instances cliniques et de gouvernance et en mettant en place des outils de mesure de l'expérience et de suivi transparent des résultats.

Ce que nous avons entendu

Plusieurs ont soulevé la nécessité d'impliquer des acteurs clés des régions rurales et éloignées dans l'organisation des soins et services. Ces acteurs sont également importants pour assurer un lien entre les régions et les services de première ligne régionaux et provinciaux.

Liens entre les régions et les services de première ligne

Selon les personnes consultées, puisque chaque communauté est unique, il est important de veiller à ce qu'elle dispose des moyens nécessaires pour participer équitablement au processus d'organisation des soins et services pour sa population. Dans ce contexte, plusieurs ont souligné qu'il est important de tenir compte des réalités et des défis des régions rurales et éloignées. Ces régions doivent avoir des personnes clés qui assurent un lien avec les services de première ligne régionaux et provinciaux. Ces personnes doivent être des acteurs clés visibles au sein de leur communauté.

Certains ont exprimé des préoccupations quant aux tensions entre la centralisation et la proximité du pouvoir décisionnel. Ils recommandent de favoriser un accès direct à l'expertise pour les milieux locaux, afin d'éviter une dilution de l'efficacité liée à la multiplication des paliers intermédiaires. Il serait pertinent d'examiner les moyens de renforcer les liens directs entre les acteurs locaux et les infrastructures existantes, comme le MSSS ou Santé Québec. Si une décentralisation vers les régions se produit, il faudra s'assurer que toutes les régions détiennent les compétences techniques nécessaires pour remplir leurs responsabilités de gouvernance (p. ex. les compétences en gestion des ressources humaines, financières et matérielles ou en gestion du changement).

Offre de services et capacité

La première ligne gagnerait à inclure dans ses services une plus grande variété de prestataires de soins (p. ex. diététistes, nutritionnistes, acupuncteurs et acupunctrices) ainsi que des services communautaires ou municipaux dans le but de s'ancrer dans un fondement de santé globale. Il faut également s'assurer que certaines classes de professionnels qui sont couramment disponibles au privé, comme les physiothérapeutes et les podiatres, soient plus accessibles pour tous, rendant ainsi équitable l'accès aux divers prestataires de soins.

Quelques participants et participantes ont mentionné que la structure actuelle du système de santé doit démontrer une capacité réelle d'adaptation et de réaction rapide aux savoirs émergents issus de l'expérience des personnes et des communautés. Dans plusieurs communautés, cette capacité est toutefois limitée.

ORIENTATIONS & CIBLES DE CHANGEMENTS

AXE 3

**Des soins et services ancrés
dans la réalité locale**



AXE 3

3.1 ADAPTER LES SOINS ET SERVICES À LA RÉALITÉ LOCALE ET RAPPROCHER LES DÉCISIONS DES COMMUNAUTÉS

Cette orientation propose de coconstruire et de coordonner l'offre de soins et services de proximité avec les partenaires locaux en s'ancrant dans une compréhension commune de la réalité locale. Elle vise à garantir l'autonomie des instances de gouvernance locales dans l'organisation de réseaux intégrés et innovants, tout en implantant un cadre de gouvernance clair et complémentaire avec celui des autres instances et paliers du système de santé.

Ce que nous avons entendu

La pertinence du principe de gouvernance de proximité a été unanimement soulignée par les personnes consultées, mais une clarification et un renforcement des moyens pour le mettre en œuvre efficacement sont souhaitables. Cette orientation vise à rapprocher la gouvernance des soins de première ligne des communautés, en reconnaissant l'importance d'un ancrage local fondé sur une compréhension des réalités territoriales. Les experts et expertes consultés reconnaissent cette volonté comme essentielle, mais ont soulevé plusieurs enjeux pour une mise en œuvre réaliste et efficace.

Gouvernance et structure

À la base, les participants et participantes ont soulevé l'ambiguïté de la notion même de gouvernance. Qui gouverne? À quelle échelle? Quel sera le type de gouvernance, ainsi que les leviers liés aux décisions et aux ressources attribuées? De même, la définition du territoire CLSC demeure imprécise dans cette orientation. Ces territoires ne reflètent pas toujours la réalité communautaire vécue. Les savoirs et la perspective des acteurs locaux sont donc nécessaires pour redéfinir les frontières de la gouvernance.

Il y a un fort intérêt pour une gouvernance véritablement décentralisée. Toutefois, cette décentralisation doit être accompagnée de moyens structurels et opérationnels clairs : financement, données, outils de gestion, gouvernance clinique et partenariats. De plus, pour ces instances de gouvernance de proximité, les experts et expertes appellent à une véritable autonomie décisionnelle, y compris financière. L'autonomie ne doit pas être seulement symbolique ; elle doit se traduire par un réel pouvoir sur les budgets, l'affectation des ressources et la planification des services.

L'ancrage de la planification locale des soins et services, fondé sur des données probantes, est essentiel, mais certains insistent sur la nécessité de clarifier ce que signifie la « compréhension commune des besoins de la population ». S'agit-il d'une vision partagée entre décideurs,

professionnels et professionnelles, citoyens et citoyennes, ou partagée par tous? Ils soulignent également l'importance de disposer d'un financement adéquat et d'une infrastructure de gestion de données accessible localement, accompagnée de ressources prévues en ce sens.

Certaines personnes consultées ont signalé le besoin d'intégrer les proches aidants dans les modèles de financement, car ils assurent jusqu'à 85 % des soins à domicile. Une reconnaissance formelle de leur rôle permettrait de renforcer la capacité du réseau. Le modèle de gouvernance proposé devra aussi tenir compte de la réalité contractuelle des médecins de famille, qui sont des travailleurs et travailleuses autonomes.

Certains ont noté un lien avec l'Ontario et ses « Équipes Santé Ontario »⁷. Selon eux, bien que ce modèle prévoit une gouvernance de proximité, il souffre d'imprécisions sur la répartition du pouvoir, à la responsabilité partagée et à la reddition de comptes. Néanmoins, ce modèle, de même que celui de l'Alaska⁸ (équipes centrées sur le patient), constitue des sources d'inspiration, tout en nécessitant une adaptation au contexte québécois.

Reddition de comptes, imputabilité et responsabilité

En effet, la reddition de comptes est au cœur des préoccupations des personnes consultées. Celle-ci ne doit pas être perçue comme punitive, mais

⁷ Government of Ontario (2025). *Ontario Health Teams*. <https://www.ontario.ca/page/ontario-health-teams>

⁸ Primary Care Collaborative (2019). *Alaska Patient Centered Medical Home Initiative (AK-PCMH-I)*. <https://archive.thepcc.org/initiative/alaska-patient-centered-medical-home-initiative-ak-pcmh-i>

plutôt comme partagée, soutenue et accompagnée. Il est suggéré d'établir des objectifs clairs, mesurables et compréhensibles, adaptés aux divers acteurs œuvrant en première ligne. Cependant, ces acteurs doivent d'abord être soutenus par des ressources adéquates afin de pouvoir être attirés vers le système public et de s'y engager de façon positive dans la performance de ce système.

Afin que les responsabilités de tous soient clairement définies et comprises, la gouvernance locale doit être instaurée harmonieusement avec les autres niveaux du système (CLSC, CISSS et CIUSSS, et le ministère de la Santé et des Services sociaux). Quant à la responsabilité populationnelle, elle doit être définie plus clairement : qui est responsable de quoi, et avec quelles ressources? Les experts et expertes soulignent que les médecins ne peuvent être les seuls responsables ni les seuls à être imputables. Des modèles de cogestion interdisciplinaire et de leadership partagé sont à privilégier.

Certains experts et expertes soulignent que le système québécois semble avoir perdu le lien clair entre le prestataire et le payeur. Un retour à des mécanismes transparents de performance et d'engagement est souhaité par certains, en s'inspirant des pratiques liant le fournisseur de soins au payeur, telles que mises en œuvre par le *National Health Service* au Royaume-Uni.

Rôle des médecins de famille

La place des médecins de famille, souvent travailleurs et travailleuses autonomes, représente un enjeu important. Peut-on parler de gouvernance

locale sans réellement modifier leur statut, leur rémunération et leur rôle? Les participants et participantes suggèrent des mesures incitatives financières, comme l'intégration de la capitation ou des ententes contractuelles populationnelles, pour



favoriser leur adhésion. Toutefois, le rapport de force entre l'autonomie professionnelle et la participation à la gouvernance locale doit être équilibré. Il a été mentionné que certains médecins s'opposent aux hiérarchies horizontales ou aux structures communautaires contraignantes.

Collaboration intersectorielle, coconstruction et coordination

Selon les personnes participantes, le succès de cette gouvernance de proximité passe par une approche intersectorielle intégrée. L'inclusion explicite des organismes communautaires, des municipalités et des autorités autochtones, entre autres, est essentielle. De plus, le concept de coconstruction avec les partenaires locaux, qui est souvent évoqué, doit être accompagné d'un cadre opérationnel clair pour la coordination, la prise de décision et le partage des responsabilités. Le soutien à la coordination, comme les outils, le personnel attribué et les cadres intermédiaires (*middle management*), est un maillon manquant. Des ressources doivent être prévues pour

cartographier les services, établir les rôles et assurer le suivi. Les experts et expertes rappellent que le simple fait de regrouper des professionnels et professionnelles dans un même bâtiment ne suffit pas à garantir leur collaboration. Une véritable coopération exige une infrastructure adaptée ainsi qu'un financement adéquat pour soutenir et structurer ces pratiques.



La coconstruction et la coordination de l'offre de soins et services de proximité, en collaboration avec les acteurs locaux, ont été favorablement accueillies. Toutefois, des suggestions ont été émises afin de bonifier cette cible. D'abord, les autorités et les organisations autochtones, ainsi que les municipalités, devraient être nommées de façon explicite comme des partenaires clés. De plus, une approche adaptée à la réalité de chaque territoire devrait être favorisée, plutôt qu'une approche générique. Pour assurer la concertation, il faut tirer des leçons des expériences passées. La mise en place des réseaux locaux de services en 2004 a été évoquée comme un exemple parmi ces expériences. De plus, afin d'éviter la juxtaposition des services, un véritable système, doté d'un leadership local, de rôles clairs et d'outils de coordination disponibles, doit être construit. Enfin, selon plusieurs, le système de santé est encore trop centré sur l'hôpital. Pour que la première ligne soit

le réel pivot du système, le rôle des CLSC, des GMF et des organismes communautaires doit être repensé.

Secteur privé

Les opinions des personnes consultées concernant le rôle du privé dans la gouvernance de proximité étaient mitigées. Alors que plusieurs sont d'accord pour dire que le recours au privé peut répondre à certains besoins ponctuels (p. ex. psychologues, physiothérapeutes et neuropsychologues), il y a une crainte que l'inclusion de cette pratique dans la politique crée un précédent où les inégalités d'accès ou de qualité des soins sont acceptables et inévitables. Ces disparités sont incohérentes avec les principes d'universalité et de couverture complète.

L'inclusion du privé dans la politique mérite une sérieuse réflexion, car plusieurs participants et participantes ont mentionné que la présence accrue du privé est nuisible à la santé de la population à long terme en créant des iniquités. Ils et elles soulignent qu'une telle orientation risque de créer deux catégories d'utilisateurs et d'utilisatrices : ceux qui pourraient accéder aux services privés et ceux qui n'y auraient pas accès. Les services de soins ne sont pas complets ni globaux si les utilisateurs et utilisatrices n'y ont pas accès. Alors que le recours au privé pourrait répondre aux besoins ponctuels pendant les transformations à venir de la première ligne, cette pratique ne devrait pas être normalisée, et sa présence devra être strictement encadrée pour éviter l'affaiblissement du réseau public. La priorité doit demeurer la consolidation du réseau public et l'ajout de ressources à ce système.

ORIENTATIONS & CIBLES DE CHANGEMENTS



AXE 4

**Des ressources en
soutien aux soins et
services intégrés de
première ligne**

AXE 4

4.1 ASSURER LE DÉVELOPPEMENT ET L'UTILISATION ÉQUITABLE ET PERTINENTE DES OUTILS NUMÉRIQUES

Cette orientation met de l'avant l'intégration d'outils numériques pour favoriser la participation des personnes et de leurs proches aux soins et soutenir les professionnels et professionnelles dans l'amélioration de la qualité de leur pratique, tout en assurant une meilleure continuité de l'information et une coordination efficace entre les prestataires de soins.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes aux forums de discussion étaient d'accord sur la pertinence d'inclure des orientations relatives aux technologies et aux outils numériques dans la politique, puisque ces derniers occupent un rôle de plus en plus important dans le système de santé. Ainsi, les cibles de changement dans cet axe ont été jugées comme constituant un pas dans la bonne direction.

Outils numériques

Les outils numériques ont le potentiel d'apporter un soutien indispensable aux travailleurs et travailleuses de la santé, leur permettant de prodiguer de meilleurs soins et services aux usagers et usagères. Toutefois, certaines personnes participantes se sont penchées sur l'utilisation d'un terme aussi large que « outils numériques », alors que des outils et des technologies spécifiques peuvent être clairement énumérés. Comme les outils et les technologies n'apportent pas tous la même valeur, les participants et participantes ont estimé que ceux apportant une plus grande valeur méritent d'être mis en avant plus que d'autres.

Malgré la disponibilité des outils et des technologies, ceux-ci doivent tout de même être bien conçus en intégrant les utilisateurs et utilisatrices dans leur conception. De plus, les participants et participantes souhaitent des outils qui ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et dont l'utilité a été clairement démontrée, présentant un bon rapport coût-bénéfice. Enfin, afin d'assurer une utilisation optimale des outils, un soutien et une formation adéquats des utilisateurs et utilisatrices sont nécessaires. Sans ces caractéristiques, des outils numériques mal conçus, mal employés, coûteux et sans réelle valeur ajoutée risquent de se retrouver dans le système.

Interopérabilité & cybersécurité

Les participants et participantes étaient d'accord sur le fait que l'une des caractéristiques essentielles des outils numériques, tels que les dossiers

médicaux électroniques, est l'interopérabilité, sans quoi la continuité informationnelle est rompue. L'ampleur de cet enjeu n'est pas adéquatement représentée dans la politique proposée, selon eux. Les personnes consultées ont estimé qu'il s'agissait d'un défi majeur, qui nécessite des orientations claires pour aller de l'avant.

L'interopérabilité implique le partage des informations et celui-ci doit être effectué de manière sécurisée et confidentielle entre les professionnels et professionnelles, les équipes et les organisations. Des principes solides de confidentialité et de cybersécurité sont essentiels pour des plateformes de données largement utilisées dans le système de santé.

Accès aux outils numériques

Les participants et participantes ont soulevé l'hétérogénéité de l'accès de la population aux outils numériques et à l'information. Examiner ce phénomène sous un angle d'équité est nécessaire afin d'identifier les populations qui pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour bénéficier de ces outils et technologies. Cela inclut l'accès à son dossier médical. Cet accès était, selon plusieurs, un élément important manquant. Alors que cet élément pourrait être déduit des cibles de changement actuellement prévues dans la politique, les participants et participantes ont suggéré que, compte tenu de son importance, il soit énoncé plus clairement et explicitement comme un objectif de la politique.

AXE 4

4.2 ADOPTER DES PRATIQUES DE FINANCEMENT ET DE RÉMUNÉRATION ALIGNÉES SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

Cette orientation propose une migration graduelle vers une stratégie de financement selon les besoins de la population à l'échelle territoriale, en révisant la distribution des ressources selon la contribution des organisations à l'offre locale. Elle recommande des modalités de rémunération soutenant la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu'un mode de capitation pour les médecins de première ligne.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes étaient généralement d'accord sur le fait que la nouvelle politique gouvernementale devrait aborder les questions de financement et de rémunération pour que des transformations robustes des services de soins de première ligne soient réellement possibles. Toutefois, ils ont également reconnu que de telles réformes sont ambitieuses et complexes à entreprendre, et qu'il faudra du temps pour les mener à bien. Compte tenu de l'importance et de l'impact potentiels de ces orientations, quelques personnes ont suggéré de les séparer de l'axe 4 et de les développer plus en détail dans le cadre d'un axe distinct, axé sur les questions de financement.

Financement

Les défis liés au financement des soins de première ligne se présentent à plusieurs niveaux. D'abord, les participants et participantes ont estimé que l'ensemble du secteur de la première ligne était largement sous-financé par rapport à d'autres secteurs du système de santé (p. ex. la deuxième et la troisième ligne). Quel nouveau financement accompagnera la politique et soutiendra les réformes proposées, le cas échéant? Il a été noté que la redistribution du financement des services spécialisés vers les soins de première ligne était particulièrement difficile et qu'elle nécessiterait un leadership et une influence significatifs à plusieurs niveaux du système, si cela est la voie choisie.

En théorie, l'idée d'aligner le financement sur les objectifs de la politique est bonne, mais, en pratique, elle n'aura probablement pas de réelle incidence dans la manière dont les fonds sont dépensés. Les personnes participantes considèrent que les objectifs de la politique sont si vastes que de trop nombreux types de dépenses pourraient être justifiées, limitant ainsi notre capacité à financer les services de façon efficiente et saine.

Distribution des fonds

La décision de distribuer les fonds en fonction des besoins de la population et de la contribution des prestataires aux services, plutôt qu'en fonction des programmes, a été favorablement accueillie. Un participant a suggéré qu'un bénéfice pourrait être tiré également d'un modèle de financement basé sur la performance pour les organismes.

De nombreux participants et participantes ont estimé qu'il était important que les acteurs participant à la coordination des services à l'échelle locale reçoivent des budgets adéquats afin de réellement mettre en œuvre une gouvernance de proximité. Par le passé, les réseaux de services locaux avaient un grand potentiel pour rassembler différents partenaires afin de coconstruire un continuum de soins et de services adapté aux besoins locaux. Cependant, ces réseaux de services locaux disposaient souvent d'un faible pouvoir décisionnel et de peu de leviers financiers pour transformer les services locaux. Il faut éviter de commettre ces mêmes erreurs à l'avenir.

Certains se sont demandé si une plus grande implication des organisations communautaires dans la gouvernance locale se traduirait par un financement accru de ces organisations.

Modes de rémunération

Rémunération à l'acte

Deux des cibles de changement portent sur la rémunération des professionnels et professionnelles de la santé. Le fait que l'une de ces cibles soit axée spécifiquement sur la rémunération des médecins de famille a suscité un sentiment d'inconfort chez certaines personnes. Elles auraient préféré qu'aucun groupe professionnel ne soit spécifiquement ciblé. Toutefois, plusieurs ont reconnu que le mode de rémunération actuel utilisé par la plupart des médecins de famille (c'est-à-dire le paiement à l'acte) est problématique, et ce, depuis longtemps. Le modèle de rémunération à l'acte incite les médecins à privilégier un volume plus important de services fournis plutôt que la

délégation de tâches aux autres membres de l'équipe ou à s'engager dans des soins interprofessionnels et centrés sur la personne. Ainsi, plusieurs participants et participantes ne se sont pas opposés au fait que la politique aborde ce problème.

Rémunération par capitation

Cette orientation propose d'introduire un modèle de rémunération par capitation pour les médecins de famille. Cependant, la politique n'établit pas clairement si ce modèle serait appliqué à l'ensemble des médecins de famille ou seulement à ceux qui travaillent actuellement selon un modèle de paiement à l'acte. Les modèles de rémunération par capitation, en particulier, doivent être conçus afin de prendre en considération de nombreux facteurs, dont la complexité des cas. Généralement, les cas complexes nécessitent une gestion particulière. Si un médecin a plusieurs cas complexes à sa charge, sa rémunération doit le refléter et être ajustée en conséquence, tout en considérant l'éventail de ses tâches. De ce fait, il est devenu apparent aux participants et participantes que les réformes des modèles de rémunération des médecins de famille et d'autres professionnels et professionnelles doivent être soigneusement élaborées en partenariat avec ces personnes.

Il convient de souligner qu'aucun mode de rémunération n'est parfait. Chaque modèle a ses forces et ses faiblesses. La coexistence de différents

modes de rémunération est possible et, dans certains cas, des modèles mixtes peuvent permettre aux prestataires d'atteindre un meilleur équilibre entre les avantages et les inconvénients. Une personne a mentionné que plusieurs médecins de famille au Québec se préparent à des réformes de rémunération depuis des années et sont prêts à adopter des modèles par capitation. Cependant, à la lumière du projet de loi 106 et de l'accent mis sur l'imputabilité des médecins à l'égard de leur performance, il existe désormais des tensions importantes dans les débats et les travaux liés à l'optimisation de la rémunération des médecins au profit de la population.

Pertinence des soins et services

Enfin, pour certains participants et participantes, une omission importante dans la politique est l'absence d'une orientation qui cherche à réduire la surutilisation des services et le recours continu à des services jugés inutiles ou inappropriés. Cibler les tests, les procédures et les interventions inutiles a été considéré comme un élément essentiel d'une stratégie visant à promouvoir une utilisation plus efficace du financement des soins de première ligne. Des initiatives telles que Choisir avec soin⁹ sont essentielles pour les soins de première ligne et pourraient être renforcées dans les années à venir.

⁹ Choisir avec soin Québec. <https://choisiravecsoinquebec.ca/>

AXE 4

4.3 ASSURER LA DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES EN QUANTITÉ SUFFISANTE ET DÉTENANT LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES

Cette orientation vise à moderniser la formation du personnel intervenant et des professionnels et professionnelles afin d'investir dans le développement des connaissances nécessaires au travail en première ligne et à la gestion du changement, tout en planifiant les effectifs selon l'évolution des besoins de la population.

Ce que nous avons entendu

Plusieurs participants et participantes étaient favorables à l'orientation axée sur la modernisation de la formation des professionnels et professionnelles ainsi que des intervenants et intervenantes en soins de première ligne. Ils ont également mentionné que les professionnels et professionnelles œuvrant en première ligne devraient être formés dans des milieux de soins et de services de première ligne au cours de leur formation professionnelle. Cela inclut les résidents et résidentes en médecine de famille, les stagiaires ou les candidats et candidates à une profession, afin de les exposer à des environnements de soins de première ligne.

Formation

Pour plusieurs professionnels et professionnelles, avant l'intégration à une équipe de soins en première ligne, il est courant d'être peu familiarisés avec ce domaine. Il est tout à fait possible de rencontrer des difficultés d'adaptation et de fonctionnement optimal en première ligne, surtout si la formation ou l'expérience professionnelle antérieure a été acquise en milieu hospitalier. Les personnes consultées jugent nécessaire d'exposer les personnes qui œuvreront en première ligne à des milieux de soins et de service de première ligne pendant leur formation professionnelle. Dans certaines uni-

versités, comme l'Université Queens en Ontario, l'exposition à la formation en soins de première ligne commence dès le premier cycle en médecine.

Cette approche pourrait servir de modèle pour les autres programmes professionnels.

L'investissement dans la formation et le développement des effectifs a été considéré comme un élément important d'une stratégie à long terme visant à renforcer les ressources humaines en soins de première ligne. Or, d'autres stratégies seront également nécessaires pour résoudre les problèmes de main-d'œuvre à court terme.



Recrutement et rétention

Il y a une pénurie évidente de prestataires de soins de première ligne, non seulement au Québec, mais partout au Canada. En outre, les taux de roulement sont élevés dans le secteur des soins de première ligne, et il est difficile de recruter et de retenir des professionnels et professionnelles. L'une des raisons expliquant les difficultés de recrutement et de rétention, selon plusieurs personnes consultées, est le salaire plus élevé en milieu hospitalier ou en pratique privée. Une autre raison est que les personnes œuvrant en première ligne ne se sentent pas valorisées dans le contexte actuel. Tout cela fait en sorte que ce secteur n'est pas le plus attrayant pour y travailler. Le changement d'attitude et l'inversion de ces tendances doivent être considérés comme une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Gestion du changement

L'investissement dans la gestion du changement a été jugé important pour que la vision de cette politique devienne une réalité. Cependant, la cible de changement relative à la gestion du changement était jugée vague par plusieurs. Il a été proposé que la cible s'articule autour de la désignation d'un ou d'une responsable de la gestion du changement au sein de chaque équipe clinique. Les responsabilités confiées à cette personne pourraient comprendre le soutien des professionnels et professionnelles dans l'adoption de nouveaux comportements et de pratiques innovantes, les aidant à mieux répondre aux besoins des usagers et usagères des services. Il a même été proposé de créer une nouvelle agence ou structure indépendante dédiée à la gestion du

changement, qui serait responsable de coordonner les transformations présentées par la politique.

De telles structures ont été créées dans d'autres provinces. Leur indépendance à l'égard du gouvernement et leur leadership clinique ont créé les conditions favorables pour des changements systémiques robustes et efficaces. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'investir des ressources pour soutenir la gestion du changement à plusieurs niveaux du système, et surtout à l'échelle locale, afin qu'un véritable changement se produise.

Dans le même ordre d'idées, la transformation des soins de première ligne nécessite un leadership clinique. Ce leadership doit être encouragé et ne doit pas être assumé uniquement par les médecins de famille. D'autres prestataires de soins disposent des compétences nécessaires pour soutenir les processus de gestion du changement en tant que leaders. L'investissement dans le leadership professionnel peut constituer une condition importante du succès de la nouvelle politique.

Collaboration interprofessionnelle

Il y a également eu un consensus fort sur le besoin d'investir dans le développement des compétences

en matière de collaboration interprofessionnelle et d'autres pratiques collaboratives. Les niveaux actuels d'éducation et de formation en collaboration interprofessionnelle sont jugés insuffisants. Il est essentiel que les professionnels et professionnelles de la santé comprennent le rôle de chacun et apprennent à travailler ensemble de manière efficace. Parallèlement, une meilleure éducation du public quant aux rôles des différentes personnes professionnelles œuvrant en première ligne pourrait favoriser le recours aux soins et services de la personne disposant des connaissances et des compétences les plus appropriées pour répondre aux besoins.



ORIENTATIONS & CIBLES DE CHANGEMENTS



AXE 5

**Des équipes et des
organisations apprenantes**

AXE 5

5.1 VALORISER LES DONNÉES EN SOUTIEN À UN SYSTÈME DE PREMIÈRE LIGNE APPRENANT

Cette orientation propose d'optimiser l'accès et l'utilisation des données pour soutenir la planification, l'évaluation, l'amélioration continue et la recherche, tout en développant les capacités nécessaires à l'utilisation de ces données par des équipes et organisations apprenantes.

Ce que nous avons entendu

De nombreuses personnes consultées ont reconnu comme essentielle l'amélioration de notre capacité d'accès et d'utilisation des données de première ligne. Cependant, cela représente un défi de longue date. Les enjeux sont divers et il n'existe pas de vision claire et commune quant à la façon de faire progresser ce dossier. Cela soulève plusieurs questionnements, dont les investissements qui seront réalisés, la place des acteurs du secteur privé et la collaboration avec eux, ainsi que le partage des données avec le ministère.

Infrastructures de données et de gestion

Les hôpitaux ont généralement une bonne capacité interne d'exploitation des données pour éclairer la prise de décision. Ils disposent de systèmes de données et du personnel formé, doté de rôles et de responsabilités clairs, leur permettant d'agir rapidement en fonction des données. Par exemple, face à des enjeux de capacité, ils peuvent choisir, en temps quasi réel, de donner congé à des usagers et des usagères. En revanche, les soins primaires n'ont pas souvent accès à ces infrastructures de données et de gestion. Actuellement, seuls les GMF-U comptent des agents d'amélioration continue de la qualité, et ces postes connaissent un taux de roulement élevé. Dans la majorité des équipes de première ligne, la capacité d'accéder aux données, de les analyser et de les interpréter est limitée, voire inexistante, pour soutenir l'apprentissage et la prise de décision clinique. La politique pourrait donc proposer de renforcer cette infrastructure intermédiaire afin de consolider le leadership et la capacité d'utilisation des données en temps réel dans les milieux de soins de première ligne, une approche qui poserait de meilleures bases pour les organisations apprenantes. Sans cette infrastructure intermédiaire, il sera difficile pour les prestataires de soins et les équipes de la première ligne d'agir en fonction de leurs données de manière systématique et récurrente.



Données sur l'expérience patient

Les participants et participantes ont exprimé le besoin d'un meilleur accès aux données cliniques et administratives traditionnelles, mais aussi à de nouvelles formes de données sur l'expérience des patients et patientes, ainsi que sur la santé et le bien-être des prestataires de soins. Entre autres, il est important de faire progresser le développement et la mise en œuvre des données portant sur la perception de l'état de santé ou de l'expérience de soins des patients et patientes (PREMs et PROMs), de même que de collecter de façon routinière des données sur la santé et le bien-être de ceux et celles impliqués dans la prestation des soins et services de première ligne. Le travail en collaboration avec la recherche et le partenariat académique est un incontournable pour générer des données issues de la science susceptibles de soutenir la transformation de l'écosystème de soins primaires.

De plus, il est important de disposer de données permettant de caractériser les utilisateurs et utilisatrices de soins et la population selon différentes dimensions de l'équité. Ces données permettraient de favoriser des actions plus importantes sur les déterminants de la santé, ainsi qu'un suivi et une amélioration continue de la réduction des inégalités de santé et de services.

Données de performance

Les données de performance devraient être communiquées aux équipes et aux organisations de première ligne afin de leur permettre d'évaluer concrètement leur progression vers l'atteinte de leurs objectifs. Il est également souhaité que ces

équipes et organisations renforcent leur collaboration avec le milieu académique afin de soutenir l'implantation d'innovations en santé et le développement de la culture de la donnée.

Accès et utilisation des données

Bien que le partage et l'utilisation des données constituent des éléments centraux des systèmes de santé apprenants, ce ne sont pas les seuls éléments importants. De tels systèmes nécessitent des transformations en matière de gouvernance, de culture organisationnelle, d'engagement des partenaires et d'allocation des ressources. Les personnes professionnelles expriment le besoin d'un soutien clinique accru et de mécanismes de mentorat favorisant l'apprentissage continu et une meilleure résolution des problèmes cliniques. L'ancrage d'une culture d'apprentissage et

d'amélioration continue devrait débiter dès les premières étapes du parcours professionnel.

Par ailleurs, l'accès et l'utilisation des données de première ligne à des fins de planification et d'amélioration des services demeurent limités en l'absence d'une stratégie visant à rendre les systèmes d'information interopérables. Des orientations politiques explicites, ainsi que des ajustements législatifs, s'avèrent nécessaires pour rendre cela possible.

Finalement, une stratégie provinciale visant à améliorer l'accès aux données concernant les grands utilisateurs et utilisatrices de soins et de services est jugée prioritaire, compte tenu de leur contribution significative aux coûts du système de santé.

AXE 5

5.2 DÉVELOPPER UN SYSTÈME MULTINIVEAU D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE

Cette orientation propose d'adopter un cadre de mesure de la performance en première ligne avec des cibles adaptées aux paliers de gouvernance et d'en assurer une diffusion transparente des résultats.

Ce que nous avons entendu

Un fort consensus s'est dégagé lors des forums de discussion quant à la nécessité de mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre de la politique et d'évaluation de ses effets et de ses impacts. Dans la mesure du possible, les mesures choisies devraient être intégrées au système afin de faciliter un suivi et une évaluation réguliers.

Cadre d'évaluation

Selon un participant, plusieurs initiatives politiques ont été lancées au cours des dernières décennies en Ontario sans engagement en matière de suivi et d'évaluation. Les évaluations étaient souvent confiées à des chercheurs et chercheuses universitaires ou à des firmes privées et menées plusieurs années après leur mise en œuvre. L'engagement du gouvernement du Québec envers l'évaluation représente une approche distincte, rafraîchissante et encourageante, et s'inscrit dans la volonté du gouvernement de promouvoir l'émergence d'un système axé sur l'apprentissage et l'amélioration continue.

Bien que la politique fasse référence à l'objectif de contribuer à la création de valeur par le système, la valeur n'est aucunement mentionnée dans les orientations et les cibles de changement relatives à un système intégré et à des niveaux multiples d'appréciation de la performance. La création de valeur doit être mieux définie et évaluée dans le contexte du cadre d'évaluation de la politique.

Dans l'éventualité où les partenaires communautaires s'impliqueraient dans la gouvernance des soins primaires et en partageraient la responsabilité, ils devraient participer au processus d'élaboration des stratégies de suivi de la performance et du succès de la politique.

Indicateurs

Plusieurs participants et participantes ont indiqué que les données probantes démontrent l'impact des indicateurs de qualité sur la pratique clinique. Des indicateurs ciblés et adaptés aux réalités

locales des professionnels et professionnelles peuvent soutenir l'apprentissage et l'amélioration continue des pratiques. La complexité des indicateurs n'est pas essentielle, mais ce sont plutôt la pertinence et l'utilité des indicateurs qui sont importantes.

Parallèlement, il est essentiel de s'intéresser à la mesure de la performance des équipes, et non pas uniquement à celle des individus qui les composent. Il conviendrait d'envisager des indicateurs et des mesures incitatives favorisant une meilleure réponse aux besoins de la population, plutôt que de se limiter à des mécanismes axés sur les comportements des médecins et sur leurs tâches individuelles.

Amélioration des soins et services

L'élaboration d'un système d'appréciation de la performance est une étape importante, mais elle demeure insuffisante à elle seule pour stimuler l'amélioration des soins et des services. L'expérience ontarienne en offre une illustration éclairante. Dans cette province, les prestataires de soins ont accès à des rapports de données depuis plus de dix ans. Or, malgré la disponibilité de ces rapports et l'existence de données probantes issues d'essais contrôlés randomisés démontrant leur efficacité potentielle, rien n'indique qu'ils aient conduit à des améliorations substantielles à l'échelle provinciale. À titre d'exemple, bien que les données sur le dépistage du cancer soient accessibles depuis vingt ans, les taux de dépistage et les écarts d'équité sont demeurés largement inchangés.

Certaines initiatives ciblées, notamment celles visant à réduire l'utilisation des antibiotiques, ont toutefois généré des résultats positifs. Ces succès reposent néanmoins sur des mécanismes de rétroaction plus intensifs. Il persiste un manque de clarté quant aux mécanismes permettant aux professionnels et professionnelles et aux équipes d'utiliser de manière régulière les données de performance pour améliorer la qualité des soins et des services. Toutefois, la façon dont le système peut se servir de ces données afin de soutenir des changements plus larges et durables demeure incertaine.

Partage des résultats

Certains participants et participantes ont remis en question la pertinence d'inclure dans la politique une référence au partage des résultats sous une forme accessible à la population. Il n'était pas clair si cette référence concernait les résultats globaux de la politique ou ceux issus de l'évaluation de la performance des prestataires de soins et de services de première ligne. Il a été souligné que les stratégies de divulgation publique des résultats (*public reporting*) poursuivent généralement deux objectifs : améliorer la capacité des usagers et usagères à faire des choix éclairés en matière de services et renforcer la concurrence au sein du système. Or, compte tenu du contexte et des orientations de la politique actuelle, de tels mécanismes de changement ne semblent pas appropriés.

Les personnes consultées se sont également interrogées sur l'usage que le public ferait de ces informations et ont reconnu les risques associés à leur diffusion, notamment en matière de dénonciation, de stigmatisation ou de reproche. Il apparaît donc essentiel que le MSSS précise plus clairement les types d'informations devant être ciblés dans le cadre des stratégies de communication portant sur les résultats de la politique.

AXE 5

5.3 FAVORISER L'ÉLARGISSEMENT DE LA CULTURE ET DES PRATIQUES D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ EN PREMIÈRE LIGNE

Cette orientation soutient le développement d'une stratégie nationale d'amélioration continue de la qualité en première ligne ainsi que le renforcement des capacités des organisations responsables de la qualité et de la performance.

Ce que nous avons entendu

Étant donné les difficultés actuelles à tenir des activités d'amélioration continue de la qualité dans les milieux de soins et de services de première ligne, les personnes consultées se sont réjouies de la présence d'une orientation liée à l'amélioration continue de la qualité dans la politique.

Contraintes structurelles

De nombreux prestataires de soins éprouvent des difficultés à consacrer du temps aux activités d'amélioration continue de la qualité et à les intégrer dans leurs heures de travail habituelles. Certains ne perçoivent pas ces activités comme faisant partie intégrante de leur rôle professionnel. À cela s'ajoute le fait que les activités d'amélioration continue de la qualité sont fréquemment non rémunérées et que les mesures incitatives à s'engager dans l'amélioration de la qualité demeurent rares. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant d'observer une certaine résistance aux démarches d'amélioration au sein de nombreuses équipes de première ligne. Pour que l'amélioration continue de la qualité s'intègre dans la culture de la première ligne, elle doit être reconnue comme une activité valorisée, ce qui devrait se traduire par des mécanismes de financement adéquats et par un meilleur soutien.

Renforcement des capacités

Le MSSS gagnerait à investir davantage dans la formation en amélioration continue de la qualité en première ligne. Ces investissements devraient viser tant le développement de programmes de formation pour les experts et expertes en amélioration, notamment les agents et agentes

d'amélioration continue de la qualité, que l'offre de programmes de formation accessibles aux différents professionnels et professionnelles, au personnel intervenant et aux gestionnaires œuvrant en première ligne. Un renforcement des compétences à tous les niveaux apparaît essentiel pour soutenir la mise en œuvre effective des démarches d'amélioration continue.

Culture d'amélioration continue de la qualité

Certains participants et participantes ont exprimé des préoccupations quant à une attention excessive portée sur la performance et l'imputabilité, estimant qu'elle pourrait nuire à l'émergence d'une véritable culture d'amélioration continue de la qualité. Ils ont souligné que certaines orientations pouvaient être perçues comme punitives et ont rappelé que la crainte de sanctions ne constitue pas un facteur de motivation idéal pour un engagement durable des professionnels et professionnelles dans des activités d'amélioration continue de la qualité. Une approche davantage axée sur l'apprentissage, le soutien et la collaboration serait jugée plus favorable au changement.

AXE 5

5.4 RENFORCER LA RECHERCHE, LA MOBILISATION DES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION EN PREMIÈRE LIGNE

Cette orientation vise à soutenir l'innovation en première ligne grâce à la recherche collaborative et à l'évaluation des résultats. Elle propose également de renforcer les capacités locales en matière d'implantation de l'innovation et d'appuyer une meilleure concertation entre les chercheurs, chercheuses, décideurs et décideuses.

Ce que nous avons entendu

Les participants et participantes des forums de discussion ont été ravis de constater que les orientations visaient à renforcer la recherche, la mobilisation des connaissances et l'innovation. Il y a eu un consensus sur la nécessité d'investir davantage dans la recherche et l'innovation en première ligne.

Recherche et innovation



Le sous-financement actuel du secteur de la recherche, de la mobilisation des connaissances et de l'innovation limite la capacité collective à produire et à mobiliser des connaissances, de même qu'à

développer et diffuser des innovations susceptibles de contribuer à l'optimisation du système de santé. À cet égard, des expertes et experts canadiens de l'extérieur du Québec ont souligné à plusieurs reprises le rôle central du Réseau-1 Québec dans l'écosystème québécois, en tant que seul réseau de recherche en soins de première ligne à portée provinciale au Canada.

Retombées

L'expérience ontarienne illustre de manière concrète l'impact des investissements en recherche en soins primaires sur les orientations gouvernementales. En Ontario, des travaux de recherche ont directement influencé certaines politiques provinciales, notamment le projet de loi 13 et les initiatives visant à accroître l'inscription de la population aux soins primaires. Les données probantes issues de ces travaux ont révélé une augmentation du nombre de personnes qui n'étaient pas inscrites auprès d'un prestataire de soins primaires dans la province. Ces résultats ont déclenché la mise sur pied de ces initiatives correctives.

Plusieurs participantes et participants ont rappelé que le Québec dispose déjà de nombreux groupes, réseaux et organisations œuvrant en recherche sur les soins et services de première ligne. Cependant, les orientations actuelles ne font aucune mention explicite de ces infrastructures existantes ni des moyens de les soutenir ou de les renforcer.

Participation à la recherche

Comme pour l'amélioration continue de la qualité, les professionnelles et professionnels, de même que les autres membres du personnel intervenant en première ligne, disposent de peu de temps pour participer aux activités de recherche. Leur engagement est rarement rémunéré et les mesures incitatives à la participation demeurent limitées. Ces contraintes constituent des obstacles majeurs à leur implication dans la recherche. Plusieurs personnes ont suggéré que la politique pourrait inclure des mesures explicites visant à réduire ces obstacles et à favoriser la participation des équipes et des milieux de première ligne aux activités de recherche.

Enfin, certaines personnes participantes ont soulevé la question du rôle que la recherche pourrait jouer dans le soutien à la mise en œuvre de la politique et de ses orientations. La recherche a un rôle à jouer pour documenter le processus de mise en œuvre de la politique, mesurer les résultats obtenus et appuyer le processus de transformation et d'amélioration continue du système de soins et services de première ligne.

RÉSUMÉ

DES MODIFICATIONS PROPOSÉES

Les perspectives exprimées par les participants et participantes à nos forums de discussion nous ont permis d'identifier plusieurs modifications potentielles à apporter à la proposition de la nouvelle politique gouvernementale en soins et services de première ligne. Les modifications et les pistes d'amélioration les plus notables sont présentées ci-dessous.

AXE 1 Des soins et services de haute qualité pour tous

Éléments à préciser ou modifier

PRÉCISER

- La notion de « milieu de soins et services » ;
- La relation entre l'affiliation et l'accès aux soins ;
- Les responsabilités des professionnels principaux et professionnelles principales et des milieux de soins envers les usagers et leurs proches ;
- Le place que la continuité relationnelle et la capacité des personnes à choisir leur milieu de soins occuperont dans les décisions sur le milieu de soins et le ou la professionnel-le principal-e ;
- Les stratégies souhaitées pour agir sur les déterminants sociaux ainsi que les types de collaboration intersectorielle qui seront importants à mettre en place.

MODIFIER

- Identifier comme cible l'optimisation des champs de pratique des professionnels et non pas seulement l'élargissement de ces champs.

Éléments manquants ou à bonifier

INCLURE

- La notion de « soins centrés sur la personne » parmi les dimensions de la qualité visées par les services (p. ex. les soins et services complets, continus, coordonnés et centrés sur la personne) ;
- Une cible de changement portant sur l'accessibilité des soins et services en dehors des heures régulières ;
- Une cible de changement visant à renforcer les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies en première ligne ;
- Une orientation ou une cible de changement portant sur le bien-être des professionnel·les, intervenant·es et gestionnaires œuvrant en première ligne, ainsi que sur l'optimisation de leurs conditions de travail.

AXE 2 Un partenariat avec les personnes et les communautés

Éléments à préciser ou modifier

PRÉCISER

- La notion de « communauté » dans les cibles de changement (à qui faisons-nous référence?).

MODIFIER

- Reconnaître non seulement la contribution de l'accompagnement par les pairs aidants, mais aussi leur intégration croissante au sein des équipes de soins et services de première ligne.

Éléments manquants ou à bonifier

INCLURE

- Une cible de changement visant à répondre aux défis particuliers des acteurs des régions rurales.

BONIFIER

- Le rôle des usager·ères et citoyen·nes partenaires dans les structures de gouvernance de première ligne, ainsi que la nécessité de renforcer les mécanismes de partenariat à tous les niveaux.

AXE 3 Des soins et services ancrés dans la réalité locale

Éléments à préciser ou modifier

PRÉCISER

- La notion de gouvernance et le niveau (ou l'échelle) auxquels se situera la gouvernance locale des soins et services de première ligne. Privilégier des modèles adaptés à chaque territoire, plutôt que des approches uniformes ou génériques ;
- La manière dont la responsabilité de la gouvernance locale sera partagée, notamment avec des acteurs de la communauté et du secteur privé.

MODIFIER

- Ajouter explicitement les municipalités et les organisations autochtones parmi les partenaires clés de la communauté ;
- Réfléchir au rôle des acteurs du privé dans la coconstruction et la coordination des soins et services de première ligne, et clarifier les types d'acteurs du secteur privé qui devraient participer à ces processus.

Éléments manquants ou à bonifier

INCLURE

- Une cible de changement spécifiant la nécessité d'établir des moyens structurels et opérationnels pour soutenir les activités de gouvernance locale.

AXE 4 Des ressources en soutien aux soins et services intégrés de première ligne

Éléments à préciser ou modifier

PRÉCISER

- Les types d'outils numériques qui pourront être utilisés pour favoriser la participation des personnes et de leurs proches et améliorer la qualité des soins ;
- La disponibilité d'un financement adéquat pour les instances de gouvernance locale afin de soutenir leur travail de coordination ;
- La vision pour le déploiement du soutien à la gestion du changement, ainsi que la nécessité de stratégies pour développer le leadership à tous les niveaux de gouvernance.

MODIFIER

- Séparer l'orientation liée au financement et à la rémunération de cet axe et créer un nouvel axe pour ces orientations et cibles de changement ;
- Réfléchir à la nécessité de nommer les médecins de famille dans les cibles de changement portant sur la rémunération.

Éléments manquants ou à bonifier

INCLURE

- Une cible de changement visant à améliorer l'accès des personnes à leur dossier clinique personnel ;
- Une orientation ou cible de changement visant à réduire la surutilisation des services et le recours continu à des services jugés inutiles ou inappropriés ;
- Une orientation ou une cible de changement portant sur la nécessité d'établir des systèmes et des plateformes informatiques plus interopérables afin d'améliorer la continuité informationnelle et la coordination des soins ;
- La notion de valorisation des rôles des professionnel·les, intervenant·es et gestionnaires de la première ligne au sein du système de santé.

BONIFIER

- Le besoin de renforcer la formation en collaboration interprofessionnelle comme moyen de favoriser les pratiques collaboratives optimales.

AXE 5 Des équipes et des organisations apprenantes

Éléments à préciser ou modifier

PRÉCISER

- La manière dont la création de valeur sera définie et évaluée dans le cadre d'un système intégré et multiniveau d'appréciation de la performance.

MODIFIER

- Pour le cadre de mesure de la performance, clarifier que ce cadre doit être coconstruit et non pas seulement adopté (c.-à-d. « Coconstruire et adopter un cadre de mesure de la performance... »);
- Élargir la cible de changement en lien avec le développement de compétences en amélioration continue de la qualité à l'ensemble des membres du réseau, et non pas uniquement aux organisations imputables de la qualité des soins de première ligne ;
- Intégrer les notions de recherche axée sur la pratique et de recherche axée sur le patient dans la cible de changement liée au soutien à la recherche (« Soutenir la recherche collaborative, axée sur la pratique et axée sur le patient comme leviers pour... »).

Éléments manquants ou à bonifier

INCLURE

- Une cible de changement visant à renforcer les infrastructures intermédiaires nécessaires à la valorisation des données de première ligne ;
- Une cible de changement favorisant la disponibilité de données sur les caractéristiques des usager·ères de soins et de la population, stratifiées selon différentes dimensions de l'équité ;
- Une cible de changement visant à rendre plus accessibles les données sur la gestion des grands utilisateurs de soins et de services de première ligne ;
- Une cible de changement visant à renforcer la culture de la recherche et d'amélioration continue de la qualité par un meilleur engagement des prestataires de soins et services de première ligne et par la réduction des obstacles à leur implication dans ces activités.

CONCLUSION

Dans le cadre de cette consultation, le Réseau-1 Québec a mené une démarche auprès de 91 personnes, dont 26 chercheurs et chercheuses canadiens provenant de l'extérieur du Québec. Les échanges ont porté sur la vision, les objectifs et les fondements de la proposition initiale de la nouvelle politique gouvernementale en matière de soins et services de première ligne. Les discussions se sont articulées autour de six thématiques prioritaires : l'accès et l'affiliation ; les enjeux de main-d'œuvre ; les soins intégrés et complets ; l'équité et les déterminants sociaux de la santé ; la recherche, l'innovation et l'amélioration continue de la qualité ; ainsi que la gouvernance et le financement. Ces thèmes ont été abordés en lien direct avec les orientations proposées dans la politique.

De façon générale, la **politique gouvernementale** a été accueillie favorablement par les personnes consultées. Au fil des forums et des échanges, un consensus s'est dégagé quant à son caractère à la fois **ambitieux** et **cohérent**. La politique est perçue comme **bien arrimée aux besoins actuels** du Québec et alignée avec les tendances observées ailleurs au Canada. Elle est également reconnue comme une **orientation claire en faveur d'une première ligne renforcée et mieux structurée**.

Cela dit, plusieurs experts et expertes ont exprimé des interrogations quant à sa faisabilité à court terme et à sa viabilité à long terme. Des préoccupations ont été soulevées au sujet de l'opérationnalisation concrète des orientations proposées, compte tenu de leur portée étendue et du niveau de transformation qu'elles impliquent. De nombreuses personnes ont invité le ministère de la Santé et des Services sociaux à accorder une attention soutenue aux infrastructures de soutien, ainsi qu'aux mécanismes de gouvernance nécessaires à la mise en œuvre de la politique. L'importance d'une évaluation rigoureuse et continue de l'implantation, des résultats et des impacts de la politique a également été fortement soulignée.

Malgré ces réserves, un fort enthousiasme demeure. Les personnes consultées souhaitent voir cette politique réussir et se disent prêtes à y contribuer activement. La qualité des échanges témoigne d'un **engagement réel envers une transformation durable de la première ligne**. L'élaboration d'une politique gouvernementale fondée sur des priorités clairement définies, une mise en œuvre appuyée par des mécanismes explicites, une vision à long terme partagée et une stratégie d'évaluation intégrée offrirait au **Québec** l'occasion de **se positionner comme un leader**, tant dans la modernisation des soins primaires que dans l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes qui consultent et de celles qui œuvrent au sein du système de santé.



Réseau-1 Québec
Réseau de connaissances sur les soins primaires