

FINANCEMENT DES SOINS ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (SSPL)

Note économique complémentaire

À l'intention du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre du mandat « Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne (SSPL) au Québec ».

Recommandations

- 01** Aligner les mécanismes de suivi budgétaire avec les définitions utilisées dans les cadres internationaux, pour faciliter la comparaison et le suivi longitudinal des sommes investies en SSPL;
- 02** Documenter la couverture publique réelle (versus potentielle) pour les SSPL, en identifiant les lacunes ou les zones grises de financement en conformité avec la recommandation 1.;
- 03** Adapter l'éventail de couverture des SSPL en cohérence avec les pratiques nationales et internationales reconnues tout en modulant la profondeur des investissements par service en respect du budget établi.

Les dépenses et proportions consacrées aux soins primaires, rapportées aux dépenses totales en santé, ne constituent qu'un élément partiel de l'analyse de l'efficacité. Pour évaluer véritablement cette dimension en soins primaires, il faut mettre en relation les ressources allouées avec les résultats obtenus, tant en matière d'accès que de résultats de santé. Cette note se limite à un exercice comparatif sur les ressources, mais elle permet de dégager des indications utiles pour orienter le développement d'outils plus robustes d'évaluation de l'efficacité.

Le MSSS pourrait tirer profit d'un exercice structuré visant à définir :

- Les résultats de santé populationnelle ou d'accès qui devraient être suivis pour refléter la performance de la première ligne;
- Les ressources (types de professionnels et de services inclus) qui devraient être intégrées dans une mesure élargie du financement.

Objectif initial

Formuler un avis éclairé sur la proportion de financement qui devrait être accordée à la première ligne, en nous appuyant sur une analyse comparative avec d'autres juridictions, et ce dans une perspective d'amélioration de la santé populationnelle et d'efficacité du système de santé québécois.

Contexte

Le groupe d'expert(e)s a mandaté **Pre Maude Laberge** de l'Université Laval et économiste de la santé, de réaliser deux livrables:

- **Analyse comparative** présentant des estimations issues de systèmes de santé jugés performants à l'international, afin d'illustrer les ordres de grandeur des proportions de financement public consacrées à la première ligne dans ces juridictions.
- **Exercice exploratoire** visant à estimer la proportion actuelle des dépenses publiques consacrées à la première ligne au Québec, en s'appuyant sur le même cadre méthodologique proposé par l'OCDE (SHA 2011).

Constat et mise en garde

- **Les données nécessaires à la formulation d'un avis éclairé s'avèrent manquantes.**
- Les résultats présentés doivent être interprétés comme des balises indicatives, et non comme des cibles normatives à atteindre.
- Il est essentiel de souligner que ces comparaisons comportent des limites importantes en raison de différences structurelles entre les systèmes de santé et leurs modes de financement à travers le monde.
- Les disparités entre les pays en matière de définition des soins primaires, de financement, de rémunération du personnel professionnel, de couverture et d'inclusions dans les dépenses nuisent à la comparabilité directe entre les proportions rapportées, même lorsque des cadres internationaux comme le SHA de l'OCDE sont utilisés.
- Une proportion plus élevée de dépenses en première ligne ne garantit pas à elle seule une meilleure performance, mais il s'agit d'une condition souvent observée dans les systèmes présentant les résultats de santé les plus probants.

Explications

Financement des soins et services de première ligne (SSPL)

Dans le cadre du mandat confié par le MSSS, nous avons été invités à formuler un avis éclairé sur la proportion de financement qui devrait être accordée à la première ligne, en nous appuyant sur une analyse comparative avec d'autres juridictions, et ce dans une perspective d'amélioration de la santé populationnelle et d'efficacité du système de santé québécois.

Nous vous proposons ici cette analyse comparative, réalisée par une économiste de la santé mandatée par le comité d'experts pour l'exercice, la professeure Maude Laberge de l'Université Laval. Elle présente des estimations issues de systèmes de santé jugés performants à l'international, afin d'illustrer les ordres de grandeur des proportions de financement public consacrées à la première ligne dans ces juridictions. Ces données peuvent servir de points de repère utiles pour guider les orientations stratégiques du Québec. Cependant, **il est essentiel de souligner que ces comparaisons comportent des limites importantes**, en raison de différences structurelles dans les systèmes de santé et leurs modes de financement à travers le monde. La définition même des soins primaires varie entre les pays, tout comme la composition du panier de services inclus, la place respective des financements publics, privés ou provenant des ménages, ainsi que les modalités de rémunération des professionnels. Par exemple, au Québec, certains SSPL sont entièrement couverts pour des clientèles ciblées, alors qu'ils peuvent être partiellement assurés ou pris en charge par les ménages ailleurs. Et vice versa, les services de certains professionnels de la santé généralement exclus du système public au Québec sont parfois partiellement couverts dans d'autres pays. De plus, les dépenses en soins primaires incluent ou excluent, selon les juridictions, des postes tels que les soins préventifs, les médicaments ou les soins dentaires. **Ces disparités nuisent à la comparabilité directe entre les proportions rapportées, même lorsque des cadres internationaux comme le SHA de l'OCDE sont utilisés. C'est pourquoi les résultats présentés dans cette note doivent être interprétés comme des balises indicatives, et non comme des cibles normatives à atteindre.**

Pour soutenir cette réflexion entamée au MSSS sur le financement de la première ligne, nous avons également demandé à Pr Maude Laberge de réaliser un exercice exploratoire visant à estimer la proportion actuelle des dépenses publiques consacrées à la première ligne au Québec, en s'appuyant sur le même cadre méthodologique proposé par l'OCDE (SHA 2011). **Cet exercice ne visait pas à situer le Québec par rapport aux autres juridictions, mais plutôt à mettre en évidence les défis liés à la mesure du financement de la première ligne, et à dégager des avenues concrètes pour améliorer la comptabilité au sein du réseau et la comparabilité des données spécifiques à la première ligne dans le futur. Des enjeux méthodologiques importants et des délais insuffisants n'ont pas permis d'obtenir des résultats concluants.**

Par ailleurs, dans un contexte où les ressources sont limitées, il est essentiel de réaffirmer que les investissements en première ligne doivent être considérés comme un levier d'efficacité systémique. Nous réitérons que la littérature probante, notamment les données issues de la continuité relationnelle des soins, suggère que les systèmes qui allouent une part substantielle de leurs ressources à des services accessibles, coordonnés et continus à la première ligne, parviennent à réduire les hospitalisations évitables, améliorer les résultats de santé et optimiser l'utilisation globale des ressources.

Ainsi, la finalité de la démarche retenue n'est pas de produire une cible chiffrée définitive, mais plutôt de soutenir l'évolution des mécanismes de suivi et d'allocation budgétaire permettant, à terme, une meilleure évaluation des efforts consacrés à la première ligne. Dans une posture à la fois prudente et engagée, des défis importants subsistent au Québec en matière d'accès et de continuité des soins primaires pour lesquels un financement dédié aux SSPL constitue un levier nécessaire, mais non suffisant pour améliorer durablement ces dimensions fondamentales du système. Il importe également de rappeler que la notion d'efficacité, mentionnée explicitement dans le mandat, ne se limite pas à une gestion rigoureuse des ressources, mais doit être systématiquement rattachée aux résultats attendus, notamment en matière d'accès, de continuité et d'amélioration de la santé populationnelle. Comme le mentionne la note de Pre Laberge, une proportion plus élevée de dépenses en première ligne ne garantit pas à elle seule une meilleure performance, mais il s'agit d'une condition souvent observée dans les systèmes présentant les résultats de santé les plus probants.

En fait, les dépenses et proportions consacrées aux soins primaires, rapportées aux dépenses totales en santé, ne constituent qu'un élément partiel de l'analyse de l'efficacité. Pour évaluer véritablement cette dimension en soins primaires, il faut mettre en relation les ressources allouées avec les résultats obtenus, tant en matière d'accès que de résultats de santé. Cette note se limite à un exercice comparatif sur les ressources, mais elle permet de dégager des indications utiles pour orienter le développement d'outils plus robustes d'évaluation de l'efficacité.

Enfin, les définitions utilisées à l'international, comme celle de l'OCDE, incluent un large éventail de professionnels (médecins de famille, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, psychologues, etc.) et de services (prévention, soins à domicile, médicaments). Or, **au Québec, la couverture publique demeure relativement étroite**, en se concentrant principalement sur les médecins de famille, infirmières, pharmaciens et travailleurs sociaux. Certains services considérés comme faisant partie des soins primaires selon l'OCDE — comme les soins dentaires, les médicaments ou la physiothérapie — sont couverts uniquement pour des clientèles spécifiques, ou relèvent encore d'une contribution des ménages.

En ce sens, le MSSS pourrait tirer profit d'un exercice structuré visant à définir :

- Les résultats de santé populationnelle ou d'accès qui devraient être suivis pour refléter la performance de la première ligne;
- Les ressources (types de professionnels et de services inclus) qui devraient être intégrées dans une mesure élargie du financement.

Financement des soins primaires au Québec : vers une allocation efficiente des fonds

Maude Laberge^{1,2,3,4} et Alphonse Sowanou^{2,3,4,5}

Affiliations :

¹Université Laval, département de médecine sociale et préventive ;

²Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval ;

³Vitam, Centre de recherche en santé durable-Université Laval ;

⁴Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches,

⁵Université Laval, Faculté des sciences infirmières.

Contexte

Comme plusieurs juridictions, le Québec fait face aux défis liés à l'accès aux services de santé [1] et à la croissance des coûts [2] de son système de santé et de ses services sociaux. Les données probantes soulignent l'importance d'un système de soins primaires solide pour soutenir un système de santé efficace [3, 4]. Cependant, il n'existe pas une définition unique des soins primaires ni des services qu'ils englobent. De plus, ce que représente un système de soins primaires en matière de financement public n'est ni universellement défini ni adopté.

Définition des soins primaires

Les « soins primaires » représentent le premier niveau de contact entre le système de santé et la population. Dans le contexte québécois, comme dans plusieurs juridictions (mais pas toutes), ils constituent la porte d'entrée au réseau de la santé et des services sociaux, et ils mènent donc aux services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de prévention [5-7]. En revanche, la notion de « soins de santé primaires », qui englobe celle des « soins primaires », fait appel à divers secteurs du système de santé. Elle se focalise sur une approche plus sociétale et communautaire de la santé, où les déterminants sociaux de la santé occupent une place importante [3, 5-7]. Aux fins de la présente note, la notion de soins primaires reflète plus une interaction directe entre patients et professionnels de la santé.

Contexte et évolution du financement public des soins primaires au Québec

[...]

Modèles de financement public

Le modèle de financement des soins primaires varie en fonction des services inclus, du type de payeur (assureur public, assurances privées, et reste à charge des ménages) ainsi que du mode de rémunération des professionnels de soins primaires.

Bien que la plupart des pays adoptent un modèle de financement tripartite public-privé-ménages [8, 9], le rôle de chaque payeur varie à travers les juridictions. Par exemple, le budget du financement public des soins primaires en Suède est partagé entre le pouvoir central, les régions et les municipalités [10]. Aux Pays-Bas, il est plutôt assuré par le ministère de la santé et les municipalités [9]. Quant à la Norvège, les soins primaires sont entièrement financés par les municipalités à travers divers contrats avec les acteurs de soins primaires tels que les MF, les infirmières, les physiothérapeutes, etc. [10]. Pour ce qui est du Royaume-Uni, le financement public des soins primaires provient du département de la santé et des services sociaux, à travers des contrats établis entre les MF et le National Health Services (NHS) [11], bien que ce modèle soit actuellement en cours de révision [12].

Le système de rémunération des professionnels de soins primaires varie lui aussi d'une juridiction à l'autre. Il repose de surcroît sur une combinaison de plusieurs modes de rémunération. Pour les médecins de famille, par exemple, les juridictions combinent pour la plupart deux à quatre modalités de paiement incluant : paiement à l'acte, à capitation, par ententes négociées ; paiement à la performance ; ainsi que des salaires horaires ou annuels fixes. Cependant, alors que dans la majorité des juridictions (Royaume-Uni, France, Suède, Norvège, Pays-Bas, Ontario), la part de la rémunération à l'acte reste inférieure à 40 % du total de la rémunération des médecins de famille [10], elle atteint environ 70 % au Québec [13].

Panier de services

Aux fins de la présente note, nous adoptons la définition du secrétariat de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) [8], qui se base sur le cadre « System of Health Account » (SHA) [14]. L'approche de l'OCDE proposée pour mesurer les dépenses en soins primaires est la suivante : services de base dispensés par tout type de professionnel de la santé: soins curatifs ambulatoires de base, soins dentaires en ambulatoire ; soins curatifs à domicile ; soins de prévention.

Cependant, l'OCDE n'offre pas une liste claire du type de professionnel de la santé à inclure dans les services généraux externes ni une liste des services de prévention. Les programmes d'immunisation et de surveillance épidémiologique sont exclus, mais il n'y a pas de directive explicite pour les services de dépistage. Par ailleurs, l'évolution dans la disponibilité des données a contribué aux choix méthodologiques des données rapportées dans les rapports de l'OCDE.

Comparaison de quelques juridictions

Sur la base du produit intérieur brut, de l'organisation des systèmes de santé [10], de la performance des soins primaires [15] et de leur appartenance à l'OCDE [8], nous avons d'abord identifié six juridictions (Canada, France, Norvège, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni) à des fins de comparaison. Cependant, les données

requisés étant indisponibles pour certains de ces pays, nous avons identifié, sur la base des mêmes critères, trois autres juridictions (Allemagne, Australie et le Danemark) pour nos comparaisons.

[...]

Dans son plus récent rapport sur la santé, l’OCDE rapporte des proportions de dépenses en soins primaires en utilisant une définition qui semble plus étroite qui n’inclut pas les produits pharmaceutiques [16]. La proportion de financement qui y est rapportée pour le Canada est de 11%, ce qui est en deçà de ce qu’on retrouve pour quasi-totalité des pays comparés à l’exception de la Norvège.

Tableau 1 : Dépenses consacrées aux services de soins primaires en proportion des dépenses totales de santé 2021

Pays	Canada	Allemagne	Australie	Danemark	Royaume-Uni	Norvège	Suède
Total des soins de base sans PP	11 %	13 %	15 %	15 %	16 %	11 %	12 %

Note : PP = Produits pharmaceutiques.

Référence : OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Les données de l’OCDE de 2021 ont été reprises en excluant les soins dentaires par Shahead et al [15]. Dans leur comparaison internationale, les auteurs concluent que le Canada allouerait nettement moins aux soins primaires avec seulement 5,3 % des dépenses en santé contre 8,1% en moyenne dans les pays de l’OCDE [15]. Cette proportion concerne uniquement les soins généraux externes et les soins curatifs à domicile.

En somme, la définition des soins primaires varie entre les pays, tout comme la composition du panier de services inclus, la place respective des financements publics, privés ou provenant des ménages, ainsi que les modalités de rémunération des professionnels. Le SHA sert de cadre comptable pour la définition, la démarcation et la catégorisation des dépenses de santé de manière générale [8]. Cependant, chaque juridiction a sa propre façon de catégoriser les services, et donc les dépenses qui y sont associées. Certains services considérés comme faisant partie des soins primaires selon le cadre SHA peuvent ainsi être classés différemment dans les catégories de dépenses des juridictions.

Estimation des dépenses publiques en soins primaires au Québec

[...]

Nous avons tenté d’estimer la proportion des dépenses publiques en soins primaires par rapport aux dépenses publiques totales de santé en utilisant les données provenant des grandes lignes budgétaires des dépenses provinciales en soins primaires au Québec, au cours de l’année 2023-2024.

Cet exercice s'est avéré complexe avec des enjeux méthodologiques importants. Les contraintes de temps rencontrées ainsi que la nature incomplète et incertaine des données disponibles nous ont amenés à conclure qu'il n'est pas possible de se prononcer avec certitude et fiabilité sur la proportion des dépenses publiques en première ligne au Québec. Nous avons toutefois relevé les enjeux rencontrés et certains éléments à considérer si l'exercice était repris dans le futur.

D'abord, le rapport de l'OCDE demeure évasif sur les activités incluses dans chaque catégorie de soins (curatif, à domicile, préventif et dentaire). De plus, l'OCDE mentionne l'exclusion des dépenses liées à la coordination des services, mais ne précise pas ce qui est considéré comme de la coordination. En conséquence, certaines dépenses pouvant être incluses, ont été exclues, et inversement. C'est par exemple le cas des services ambulatoires de psychogériatrie ou encore des dépenses liées à la gestion et au soutien des activités de soins primaires. De plus, environ le tiers de la pratique des médecins de famille se fait à l'extérieur des soins primaires, comme dans les hôpitaux, les urgences, les unités de naissance et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (13), il est important d'en tenir compte pour déterminer la rémunération des médecins de famille en soins primaires. Par ailleurs, certains centres d'activités vont au-delà des soins primaires (ex. *mécanismes d'accès*). En effet, la manière dont les données sont comptabilisées fait en sorte qu'il n'est pas possible d'estimer la proportion tributaire aux soins primaires. Finalement, lorsqu'on utilise plusieurs sources de données pour estimer les dépenses (centres d'activités des grandes lignes budgétaires, dépenses programme GMF, dépenses programme GAP, rémunération des médecins de famille), il faut s'assurer que celles-ci sont comptabilisées une seule fois.

Références

- 1.Kiran T, Daneshvarfard M, Wang R, Beyer A, Kay J, Breton M, et al. Public experiences and perspectives of primary care in Canada: results from a cross-sectional survey. *Canadian Medical Association Journal*. 2024;196(19):E646.
- 2.Hébert G. La rémunération des médecins québécois. Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS); 2016.
- 3.Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-72.
- 4.Saltman R, Figueras J, Europe WHO. European health care reform : analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1997. Contract No.: no. 72.
- 5.OECD. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020.
- 6.Organisation mondiale de la santé. Soins primaires 2025 [Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>].
- 7.Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(8):653-5.

- 8.OECD. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework. OECD; 2019.
- 9.Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Contract No.: no. 38.
- 10.Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund. 2020;12:228.
- 11.Jefferies D. Primary care services in a nutshell. The King' fund; 2024.
- 12.Department of Health & Social Care GoU. Road to recovery: the government's 2025 mandate to NHS England 2025 [Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england/road-to-recovery-the-governments-2025-mandate-to-nhs-england>].
- 13.Fédération médicale étudiante du Québec. Rémunération des médecins mémoire informatif à l'intention des étudiants en médecine du Québec. Montréal, Québec: Fédération médicale étudiante du Québec; 2019.
- 14.OECD E, WHO, . A System of Health Accounts 2011 : Revised Edition. Paris: OECD Publishing; 2017.
- 15.Shahaed H, Glazier RH, Anderson M, Barbazza E, Bos V, Saunes IS, et al. Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. Cmaj. 2023;195(47):E1628-e36.
- 16.OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.