

DE : Madame Sonia Bélanger
Ministre de la Santé
Ministre responsable des Aînés
et des Proches aidants

Le 9 mars 2026

TITRE : Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Les soins et services de première ligne sont le pilier d'un système de santé et de services sociaux performant, équitable et durable. Ils permettent non seulement de prévenir les problèmes de santé physique, mentale et sociale, mais aussi d'en améliorer la gestion, tout en réduisant les inégalités sociales de santé. Malgré la mise en place de différents projets en première ligne, qui ont su démontrer des résultats globalement positifs sur l'accès, le système demeure confronté à des défis majeurs : fragmentation de l'offre de soins et services, accès en temps opportun, iniquités en santé, manque de continuité et coordination insuffisante. La correction de ces lacunes, qui entraînent des coûts évitables et compromettent l'efficacité du réseau et le bien-être de la main-d'œuvre impliquée, s'avère complexe et difficile à effectuer par des actions isolées ou ponctuelles.

Face à ces constats, il convient de repenser le modèle d'organisation des soins et services de première ligne. Au cours des deux dernières années, une série de travaux, d'analyses et de consultations ont été menées en ce sens. L'issue de ces travaux converge vers la nécessité de se doter d'une vision commune pour la première ligne et de revoir l'organisation des soins et services de première ligne, en s'inspirant de la littérature scientifique et des meilleures pratiques au sein d'autres juridictions canadiennes et internationales.

La toute première Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne a été rédigée en ce sens.

2- Raison d'être de l'intervention

Le Québec se trouve à un moment charnière où le fonctionnement de la première ligne doit être repensé en profondeur afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population d'aujourd'hui et de demain. Alors que certains défis persistent, voire s'intensifient, de nouveaux enjeux émergents, ce qui entraîne une demande accrue en soins et services. Ces réalités accentuent la pression sur des finances publiques déjà fragilisées. Il devient essentiel de se doter d'un plan pour répondre à ces défis importants.

Parmi les enjeux auxquels le système de santé et de services sociaux québécois est confronté, certains ont une incidence plus marquée sur l'organisation des soins et services de première ligne :

Modèle d'inscription

Le modèle d'inscription actuel à un seul professionnel – généralement un médecin de famille ou, dans une moindre proportion, une infirmière praticienne spécialisée (IPS) – ne parvient plus à répondre adéquatement aux besoins de la population. De plus, il exerce une pression importante sur ces professionnels afin qu'ils augmentent leur volume de patients inscrits ou la cadence des consultations. Plusieurs limites ont été observées :

- L'inscription auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS ne garantit pas un accès en temps opportun à une consultation, que ce soit auprès de lui ou d'un autre intervenant ou professionnel, puisque l'accès aux soins et services dépend souvent d'une évaluation préalable par le médecin ou l'IPSPL, créant un goulot d'étranglement et des délais.
- Par ailleurs, ce modèle d'inscription n'a pas réussi à desservir l'ensemble de la population québécoise : le taux d'inscription a plafonné autour de 82 % en 2019 pour diminuer par la suite, limitant l'accès de nombreuses personnes à un suivi régulier et à une prise en charge de leurs besoins complexes ou chroniques.
- Les mécanismes mis en place visant à faciliter l'accès pour les personnes non inscrites – comme le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) ou les inscriptions collectives – n'ont permis que des gains partiels. Bien qu'ils aient atténué certains enjeux d'accessibilité, cette approche demeure imparfaite et constitue un frein à la continuité et à la globalité des soins et services.
- Enfin, en l'absence d'un accès rapide à un professionnel de première ligne ou à une prise en charge continue, de nombreuses personnes se replient sur l'urgence ou des services spécialisés, accentuant la pression sur ces secteurs déjà surchargés. D'autres se tournent vers des services privés ou évitent de consulter, risquant une détérioration de leur état de santé.

Fragmentation des services

La programmation des services demeure souvent fragmentée, en particulier au sein des établissements publics où les soins sont financés et organisés par programmes-services. Cette fragmentation s'observe également entre les différents partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, qui ne partagent ni les mêmes obligations, ni les mêmes modalités de financement, ni les mêmes systèmes d'information. Cette situation nuit à la coordination et à l'efficacité des interventions, particulièrement dans un contexte de vieillissement de la population et d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité. Sans une approche intégrée et renforcée en promotion de la santé et en prévention, le système risque de dépasser ses capacités à gérer les besoins complexes à venir.

Écosystème complexe

Malgré une offre de soins et services diversifiée, l'écosystème de la première ligne reste difficile à naviguer pour les citoyens, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, qui expriment leur difficulté à accéder en temps opportun à des soins et services appropriés. L'absence d'un système intégré de navigation et de coordination entraîne des parcours

fragmentés et des démarches multiples pour les personnes ainsi que les personnes proches aidantes.

Utilisation non optimale des compétences

Malgré des investissements significatifs dans les structures organisationnelles et dans l'élargissement des champs de pratique, le système de santé et de services sociaux peine parfois à mobiliser efficacement le plein potentiel de toutes les ressources humaines. Le morcellement des mandats, une collaboration interprofessionnelle insuffisamment développée et l'absence de mécanismes formels de concertation et de coordination entravent la capacité à mobiliser les compétences de chacun, selon les champs de pratique, et à travailler ensemble pour répondre de manière intégrée aux besoins croissants de la population.

Partenariat avec les personnes et les communautés

Un partenariat solide avec les personnes et les communautés permet d'améliorer la qualité des soins et services, tout en contribuant à la santé, au bien-être et à une meilleure expérience pour la population. Bien que cette notion de partenariat soit souvent évoquée, elle n'est pas encore pleinement intégrée dans toutes les structures de soins et services au Québec. Les personnes et les communautés doivent faire partie intégrante du système en tant que membre de l'équipe de soins et de la gouvernance du système.

Adaptation des soins et services aux besoins des communautés et aux réalités locales

Au fil des réformes, le système de santé et services sociaux québécois s'est progressivement structuré autour d'entités — CSSS, puis CISSS et CIUSSS et maintenant Santé Québec — concentrant la gouvernance et l'organisation des soins et services de première ligne à une échelle régionale et nationale. Si cette centralisation a permis d'améliorer l'efficacité et l'intégration des soins et services, elle a également limité la capacité du système de santé et de services sociaux à adapter son offre aux réalités locales et à faire preuve d'agilité pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés.

Performance et intégration des outils numériques

Des outils numériques performants offrent des possibilités concrètes d'améliorer la qualité des soins et services de première ligne en termes d'accessibilité, de continuité, de globalité et de coordination. Les milieux de première ligne au Québec accusent un retard technologique important en la matière, car les intervenants et professionnels sont confrontés à des systèmes d'information non interopérables, limitant l'accès aux données cliniques et à une communication fluide entre les différents professionnels et milieux. Ce manque d'intégration nuit à la continuité des parcours de soins et à la capacité des équipes de répondre efficacement aux besoins des usagers.

Modèle de financement et de rémunération

Les pratiques de financement historiques ou centrées sur les programmes-services ont contribué à fragmenter l'offre de soins et services et à créer des inadéquations entre les services disponibles et les besoins réels des communautés. De plus, bien que le système de santé et services sociaux québécois repose sur les principes d'universalité et de gratuité des soins, une part croissante de la population paye pour des soins et services (notamment lorsqu'ils sont dispensés par des installations qui ne sont pas maintenues par un établissement qui exploite un centre hospitalier, comme des cliniques de

physiothérapie), alors que certaines personnes n'ont financièrement pas accès à ces options. Cette situation occasionne une iniquité en santé ainsi qu'une pression accrue sur les soins et services assurés offerts en première ligne.

Par ailleurs, le modèle de paiement à l'acte ayant dominé jusqu'à maintenant pour les médecins de famille s'avère souvent incompatible avec le renforcement de la collaboration interprofessionnelle puisqu'il ne valorise pas le temps consacré par les médecins de famille à la concertation et à la coordination avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. À l'instar des médecins de famille, les autres intervenants et professionnels ne bénéficient pas d'incitatifs économiques favorisant la collaboration et la responsabilité populationnelle.

Disponibilité, attractivité et rétention des ressources humaines

La dispensation efficiente des soins et services en première ligne est tributaire de la disponibilité d'une main-d'œuvre suffisante et formée à la réalité de la première ligne. Or les estimations des effectifs requis à court et à moyen terme demeurent hasardeuses en raison du manque d'information disponible.

En outre, les conditions de travail sont alourdies par des tâches administratives, des outils technologiques inadéquats et une complexité croissante des besoins de la population, ce qui nuit à l'attractivité et à la rétention du personnel. De plus, les caractéristiques de la première ligne amplifient les défis vécus : important volume de personnes à desservir, grande diversité et caractère évolutif de leurs besoins, pluralité des milieux de soins et services, chacun ayant sa propre réalité organisationnelle, etc. Dans ce contexte, sans une stratégie claire pour valoriser les professionnels en première ligne et agir sur leurs conditions de travail, pour renforcer la planification des effectifs et pour soutenir le développement des compétences requises en première ligne, le réseau risque de ne pas être en mesure de répondre aux besoins croissants de la population.

Valorisation de la donnée – Exploitation et mesure de la performance

Les organisations de première ligne recueillent une grande quantité de données dans le cadre de leurs activités cliniques et administratives. Néanmoins, elles ont souvent un accès limité à des données fiables, précises, accessibles en temps opportun, comparables et alignées sur leurs rôles et fonctions, ce qui freine leur capacité à évaluer leurs pratiques, à intervenir efficacement et à prendre des décisions éclairées.

Par ailleurs, le Québec ne dispose pas d'un système de mesure de la performance suffisamment complet et aligné sur la vision et les priorités ministérielles pour la première ligne. Cela limite la capacité à obtenir un portrait global et juste de la situation, adapté aux besoins des différents paliers décisionnels. Elle limite également la capacité à suivre les progrès, à identifier les écarts et à orienter les actions d'amélioration de manière stratégique.

Recherche et innovation

Bien que le Québec dispose de plusieurs infrastructures investies dans la production de savoirs, les efforts déployés en matière de recherche, de mobilisation des connaissances et d'innovation en première ligne demeurent modestes en regard d'investissements similaires dans le reste du système de santé et de services sociaux. Ce déséquilibre

réduit le potentiel de transformation durable de la première ligne qui soit ancré dans les connaissances et les meilleures pratiques.

En somme, de nombreuses recommandations ont été formulées dans le passé et certaines actions ont été entreprises depuis le début des années 2000 pour appuyer une transformation du système de santé. Ces actions ont souvent été posées de façon à répondre à des problèmes de manière isolée, en ne permettant pas une révision plus globale et systémique de l'organisation des services. Plus de 20 ans plus tard, force est de constater que malgré des avancées importantes, les avenues de solution proposées jusqu'ici atteignent un plateau en termes de gains pour améliorer l'accès, la qualité des soins et la santé elle-même.

3- Objectifs poursuivis

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne trace une vision ambitieuse pour les dix prochaines années. En cohérence avec le quintuple objectif ^{1,2}, un référentiel reconnu internationalement pour orienter les transformations des systèmes de santé et de services sociaux, elle vise à produire des effets tangibles sur l'équité en santé et bien-être, sur l'expérience de soins et de services pour les personnes, sur l'état de santé et de bien-être de la population, sur l'expérience du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que sur l'efficacité du système.

Globalement, la Politique vise à :

- Proposer une vision pour les soins et services de première ligne au Québec ainsi que des leviers de changement;
- Positionner cette priorité gouvernementale et y proposer une solution durable et structurée;
- Susciter l'adhésion des parties prenantes et mobiliser les acteurs et les ressources autour des objectifs retenus;
- Redonner confiance à la population envers le système de santé qui devra affronter de nombreux défis;
- Constituer une référence dans la gestion gouvernementale des soins et services de première ligne intégrés et des collaborations des secteurs complémentaires, en soutien aux objectifs.

¹ Nundy S, Cooper LA, et Mate KS (2022). The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA*. 327(6):521-522. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2788483>.

² Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf.

Plus spécifiquement, la politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne s'articule autour de la vision suivante :

Promouvoir et soutenir la santé et le bien-être de l'ensemble de la population québécoise en assurant des soins et services de première ligne de qualité qui sont accessibles, continus, globaux et coordonnés.

Développer une première ligne forte, ancrée dans les communautés, agissant comme pôle intégrateur du système de santé et services sociaux et contribuant à la production de valeur pour la société québécoise, dans une approche de partenariat avec la population et de collaboration avec l'ensemble des acteurs du système.

L'énoncé de vision exprime l'ambition du gouvernement d'assurer l'équité en santé et bien-être pour l'ensemble des Québécois et Québécoises, en misant sur des soins et services développés en partenariat avec les personnes, ancrés dans les communautés, dans une perspective d'universalité. Elle met en lumière la volonté d'agir de manière proactive pour offrir à toute la population des soins et services de qualité, fondés sur les principes fondamentaux des soins primaires : accessibilité, continuité, globalité et coordination.

La seconde partie de l'énoncé de vision souligne le rôle central que doit jouer la première ligne en tant que pôle intégrateur d'un système de santé et de services sociaux complexe, composé d'une diversité d'établissements et de partenaires.

4- Proposition

Élaborée à partir de données probantes et d'une vaste consultation intersectorielle, cette politique constitue un levier stratégique pour moderniser les soins et services de première ligne. Elle appelle l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux à travailler en synergie vers l'atteinte d'objectifs communs, soutenus par des orientations et cibles de changements à portées transversales.

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne proposée émet 14 orientations stratégiques – qui s'articulent autour de cinq axes d'intervention – et desquelles découlent 36 cibles de changement. Un tableau présentant l'ensemble des axes, des orientations stratégiques et des cibles de changement est disponible en annexe. Les principales idées proposées sont ici résumées par axe d'intervention.

Axe 1 – Des soins et des services de qualité pour tous

- Faciliter l'accès à la première ligne par le rattachement formel de chaque personne à un territoire de CLSC, l'affiliation de tous les Québécoises et Québécois à un milieu de soins et de services de première ligne et l'association à un répondant principal au sein du milieu d'affiliation ;
- Répondre aux besoins des personnes et des communautés, exprimés ou non, par des approches globales qui tiennent compte des dimensions physiques et psychosociales, qui agissent sur les déterminants de la santé et qui incluent les personnes en situation de vulnérabilité ;

- Soutenir la navigation dans le réseau par l'accès à de l'information de qualité, un plus grand arrimage des mécanismes d'accès, une harmonisation des pratiques d'analyse des besoins et d'orientation vers le bon service et un soutien accru à la navigation pour les personnes plus vulnérables ;
- Accroître la participation de tous les intervenants et professionnels par l'utilisation optimale de leurs champs d'exercice, l'accroissement de la qualité des pratiques collaboratives et l'intégration de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ainsi qu'intersectoriels pour favoriser la santé et le bien-être de la population.

Axe 2 – Un partenariat avec les personnes et les communautés

- Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et bien-être et membres de l'équipe de soin par la valorisation de leur savoir et la reconnaissance de la contribution de l'accompagnement par les pairs ;
- Renforcer l'influence des personnes et des communautés par leur mobilisation dans un co-leadership et une co-construction des soins et services et dans la définition des résultats qui compte pour eux.

Axe 3 - Des soins et services ancrés dans la réalité locale

- Adapter les soins et services à la réalité locale en rapprochant les décisions des communautés par l'instauration d'une gouvernance de proximité, le développement d'une connaissance fine du territoire et la co-construction de continuum de soins et services avec les partenaires locaux ainsi que l'implantation d'un cadre de gouvernance positionnant le rôle et les responsabilités complémentaires envers la première ligne de chacune des instances de chacun des paliers du système de santé et services sociaux.

Axe 4 – Des ressources en soutien aux soins et services de première ligne

- Valoriser et soutenir les équipes de première ligne en déployant des conditions favorables au bien-être du personnel, en assurant la disponibilité et la stabilité de la main-d'œuvre, et en soutenant le développement et le maintien des connaissances et des compétences requises pour la pratique en première ligne.
- Adopter et déployer des pratiques de financement et de rémunération en faveur de l'équité en santé et alignées sur l'atteinte des objectifs de la politique par l'allocation du financement intégré et dédié aux activités de première ligne à l'échelle locale et l'introduction des incitatifs qui soutiennent les pratiques collaboratives;
- Assurer le développement, l'encadrement et l'utilisation d'outils numériques pertinents, incluant ceux issus de l'intelligence artificielle, qui bénéficient aux Québécoises et Québécois et à l'ensemble des intervenants et professionnels;

Axe 5 - Des équipes et des organisations apprenantes

- Valoriser les données pertinentes et fiables par le renforcement des capacités d'accès, de traitement, d'analyse, d'interprétation et de diffusion de celles-ci ;

- Développer et implanter un système multiniveau d'appréciation de la performance de la première ligne par l'adoption et la mise en œuvre d'un cadre de mesures adapté à chacun des paliers de la gouvernance ;
- Favoriser l'élargissement de la culture et des pratiques d'amélioration continue de la qualité par la consolidation des connaissances et compétences dans ce domaine au sein des organisations imputables de la qualité et de la performance en première ligne et par le développement et l'implantation d'un plan intégré de soutien à ce processus ;
- Accroître la recherche, la mobilisation des connaissances et l'innovation en première ligne par le renforcement de la recherche interdisciplinaire en soutien aux pratiques, aux programmes et aux politiques, par la mise en place de conditions propices pour l'implantation d'innovations créatrices de valeur, par l'optimisation des capacités de partage et d'utilisation des connaissances entre les parties prenantes et par le renforcement de la collaboration entre l'écosystème de recherche et d'innovation et les instances de gouvernance de la première ligne.

5- Autres options

Première option

Statu quo – ne pas intervenir

Cette option consisterait à maintenir les structures actuelles sans apporter de modifications. Or, dans un contexte où les besoins de santé et bien-être de la population ne cessent d'augmenter et de se complexifier, il apparaît illusoire de croire que le système pourra résoudre les enjeux actuels ou continuer à répondre adéquatement aux besoins et attentes des personnes et des communautés, tout en favorisant le bien-être des intervenants et professionnels et la viabilité du système de santé et services sociaux.

En somme, le statu quo ne constitue plus une option viable et la situation exige une révision en profondeur des structures en place.

Deuxième option

Poursuivre la stratégie actuelle consistant à intervenir de façon ciblée sur des enjeux isolés

Depuis le début des années 2000, de nombreux plans, rapports et autres documents ont été déposés pour appuyer la transformation du système de santé et services sociaux. Ceux-ci ont permis des avancées notables telles que la création d'équipes interdisciplinaires dans les groupes de médecine de famille, l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, l'élargissement du champ d'exercice de plusieurs professionnels œuvrant en première ligne, une plus grande prise en charge des grossesses normales par les sages-femmes ainsi que la mise en place de mécanismes visant à orienter les personnes vers le bon service ou le bon professionnel.

Néanmoins, ces interventions ciblées n'engendrent que des résultats partiels, limités à des enjeux spécifiques sans générer de transformation systémique permettant d'accroître la capacité et l'efficacité de la première ligne du système de santé et de services sociaux.

Elles n'ont pas permis de répondre de manière globale aux enjeux d'accès, de continuité, de globalité et de coordination des soins et services.

Dans le contexte actuel, cette approche fragmentée qui consiste à intervenir de manière ponctuelle sur des problèmes isolés ne suffit plus. Cette option n'est donc pas retenue puisque la situation requiert une vision long terme, fondée sur des solutions transversales et concertées, mobilisant l'ensemble des partenaires afin de renforcer la première ligne et répondre de façon intégrée aux besoins de l'ensemble de la population québécoise.

6- Évaluation intégrée des incidences

L'adoption de la politique s'inscrit dans un contexte de transformations importantes, notamment avec la création de Santé Québec. Ce contexte est favorable à la révision des processus et au déploiement de nouvelles modalités d'organisation de soins et services, si ces changements sont accompagnés de plans de transformation et de gestion du changement structurés afin de faire du sens pour les intervenants, professionnels et gestionnaires et susciter leur adhésion.

Avec le soutien du gouvernement et des leviers systémiques, Santé Québec devra notamment lancer des chantiers d'amélioration de l'accès à la première ligne, de coordination des continuums de soins et de services, de transformation numérique et de renforcement des pratiques interdisciplinaires. Par ailleurs, les établissements territoriaux – via les Centres locaux de services communautaires (CLSC) – devront mobiliser et coordonner de nombreux acteurs aux réalités distinctes, développer leurs capacités d'apprentissage et d'amélioration selon les principes des systèmes apprenants et partager une part importante de responsabilité à l'égard de la qualité des soins et des services rendus.

En plus de Santé Québec, l'ensemble des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires intersectoriels seront invités à prendre part activement à cette démarche collective visant à mieux répondre aux besoins de la population, ce que soit pour le développement des trajectoires locales de soins et services ou une contribution à des travaux d'envergure nationale.

Pour la population québécoise, la Politique permettra des améliorations au niveau de l'équité en santé et bien-être, de l'expérience de soins et de services par les personnes, de l'état de santé et de bien-être de la population, de l'expérience du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de l'efficacité du système. Elle contribuera à renforcer l'agentivité des personnes, en reconnaissant leur rôle actif dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être, en partenariat avec les intervenants et les professionnels. La Politique encourage également la contribution des Québécois à l'organisation des soins et services, dans une approche inclusive et collaborative, afin qu'ils soient pleinement alignés sur leurs besoins, leurs valeurs et leurs aspirations.

Enfin, pour les intervenants et professionnels en première ligne, la Politique favorise la valorisation de leur rôle, l'actualisation de leur champ de pratique, une plus grande collaboration interprofessionnelle et un partenariat avec la population dans une démarche qui se traduira par des services plus accessibles, continus et coordonnés ainsi qu'en

adéquation avec les besoins des personnes et adaptés aux réalités locales. Pour les médecins de famille plus spécifiquement, la politique amène un meilleur partage de la responsabilité à répondre aux besoins de santé de la population avec l'ensemble des intervenants et professionnels et organisations du système de santé et de services sociaux.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

De nombreux ministères, organismes gouvernementaux et organisation ont été consultés dans le cadre de l'élaboration de cette politique (voir liste complète en annexe) :

- 14 ministères et organismes gouvernementaux:
 - o Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)
 - o Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
 - o Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
 - o Ministère de l'Éducation (MEQ)
 - o Ministère de l'Enseignement supérieur (MES)
 - o Ministère de la Famille (MFA)
 - o Ministère de la Justice (MJQ)
 - o Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)
 - o Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH)
 - o Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
 - o Office des professions du Québec (OPQ)
 - o Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
 - o Santé Québec (SQ)
 - o Secrétariat du Conseil du trésor (SCT)
- 5 organisations représentant la population
- 5 organisations représentant les Premières nations et Inuit
- 19 ordres professionnels
- 16 fédérations et associations
- 11 partenaires intersectoriels

Les consultations menées ont permis de concevoir une politique dont les objectifs et le contenu tiennent compte des réalités de l'ensemble des acteurs de l'écosystème des soins et services de première ligne. Elles ont également permis d'apporter plusieurs bonifications et ajustements au fil du processus. Il en résulte une proposition de politique structurante, porteuse d'une vision commune et ayant le potentiel de mobiliser l'ensemble des partenaires autour de l'atteinte d'objectifs convergents.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

La mise en œuvre de cette politique sera soutenue par des plans d'action gouvernementaux (PAG) découpant et précisant les activités à réaliser successivement,

par période d'environ cinq ans chacune, pour atteindre les objectifs stratégiques et les cibles de changement proposées dans un horizon de dix à quinze ans. Ces plans définiront des mesures concrètes pour chacune des orientations de la politique, identifiant les acteurs responsables de leur réalisation, les ressources allouées, les échéanciers de réalisation et les indicateurs de suivis. La synergie de l'ensemble des actions doit soutenir la mise en œuvre de la politique.

Ces plans d'action résulteront d'une démarche participative qui reconnaît les expertises complémentaires de divers partenaires. Selon leurs rôles respectifs, le MSSS et Santé Québec partageront le leadership et collaboreront avec leurs partenaires pour mener à bien cet exercice de planification intégrée autour de chacune des orientations stratégiques de la politique. L'engagement de tous les partenaires et de représentants de la population est essentiel à cet exercice. Comme pour l'élaboration de la politique, l'identification des actions prioritaires mettra à profit les connaissances scientifiques et expérientielles nationales et internationales afin de favoriser l'intégration des meilleures pratiques ainsi que d'innovations prometteuses.

9- Implications financières

La Politique ne requiert aucun engagement financier en soi. Néanmoins, les plans d'action qui en découleront pourraient nécessiter des investissements ciblés pour soutenir les transformations envisagées. En effet, l'une des conditions de succès de cette politique repose sur la disponibilité de ressources humaines, financières et technologiques suffisantes et durables. À cet égard, la littérature scientifique fait largement consensus quant à la nécessité d'investir dans les soins et services de première ligne pour améliorer le système de santé et générer des retombées positives dans plusieurs autres secteurs de soins³. Or, ces investissements n'impliquent pas nécessairement l'ajout de nouveaux crédits récurrents et pourront potentiellement s'appuyer sur une réallocation stratégique des ressources existantes.

Compte tenu de l'ampleur des changements à opérer et de la coordination requise, il convient d'analyser les ressources actuellement investies et leur niveau d'impact, de reconnaître, si cela s'avère requis, les besoins additionnels en termes de ressources requises pour améliorer l'intégration des soins et services et accompagner efficacement les équipes et la population dans le changement et le développement de nouvelles compétences. Cela appelle à évaluer en profondeur la répartition des ressources – à court terme (pour des ajustements immédiats), à moyen terme (dans une logique de réorganisation progressive) et à long terme (en vue d'une transformation durable) – dans une perspective d'équité et de renforcement des services de proximité, afin d'intervenir de manière proactive. À cet égard, les orientations de la Politique constitueront un levier important dans l'actualisation des stratégies d'allocations des ressources en première ligne – actuellement réparties de façon non coordonnée à travers différents programmes et services – et ainsi permettre de réaffecter ces sommes au sein de la première ligne.

³ Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., Sadanandan, R., Stenberg, K., Vega Morales, J., Wang, H., et Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10, e715–72.

Considérant ce qui précède, les implications financières réelles seront évaluées lors de l'élaboration des plans d'action en soutien à la Politique (voir section 8), dont les travaux débiteront dès la publication de celle-ci.

10- Analyse comparative

Le modèle d'affiliation proposé s'inscrit en cohérence avec la définition proposée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et adoptée par les provinces canadiennes, selon laquelle un milieu de soins et services de première ligne est constitué d'une équipe interprofessionnelle offrant des soins « centrés sur le patient, continus et complets ». Il repose sur une approche collaborative entre intervenants et professionnels de différentes disciplines qui travaillent ensemble pour répondre aux besoins de santé et de bien-être des personnes et des collectivités. Un dispensateur ou répondant principal y assume la responsabilité globale de la coordination des soins requis par chaque personne.

On observe des modèles d'organisation des soins et services similaires au sein de certaines provinces canadiennes, notamment celles ayant amorcé une démarche de modernisation au cours des 5 dernières années :

- En Ontario, le gouvernement a publié, en janvier 2025, un plan d'action intitulé « Ontario's Primary Care Action Plan : Connecting Every Person in Ontario to Primary Care ». Ce document souligne lui aussi l'importance d'une première ligne forte pour engendrer de meilleurs résultats de santé, assurer l'équité en santé et réduire les coûts pour le système de santé et services sociaux. Le plan d'action comporte trois chantiers, également couverts par la proposition de politique québécoise :
 - 1) le rattachement de chaque personne à un répondant principal, travaillant dans un milieu de soins et services interdisciplinaires public ;
 - 2) une expérience patient soutenue par la technologie (outils numériques, dossiers et prise de rendez-vous en ligne, etc.) ;
 - 3) des actions pour mieux soutenir les intervenants et professionnels de la santé (recrutement et rétention de personnel, champ d'exercice, réduction de la charge administrative, milieux d'enseignement).
- La province de Terre-Neuve-et-Labrador (TNL) a publié en 2023 une politique intitulée « Family Care Teams : A Health Policy Framework for Newfoundland and Labrador ». Tout comme la proposition québécoise, la politique adoptée au TNL met de l'avant le développement et l'affiliation à des équipes de soins et services interprofessionnelles en première ligne (incluant des médecins, IPS, infirmières, directeur clinique, agent d'amélioration continue de la qualité, navigateurs, travailleurs sociaux, intervenants en santé publique et autres professionnels), un leadership collaboratif et une gouvernance multiniveau, la collaboration interprofessionnelle, des actions portant sur les déterminants sociaux de la santé, la coordination des soins et services et un soutien à la navigation, l'accessibilité, la continuité des soins et services, un partenariat avec les communautés, l'introduction de technologie de l'information pour soutenir les soins et services, le suivi de la performance et l'amélioration continue de la qualité.

- En Alberta, la *Primary Care Alliance* a publié en 2020 un plan de transformation des soins primaires, ancrés dans la communauté, « The integrated health neighbourhood of the future ». Tout comme la politique proposée pour le Québec, ce modèle met de l'avant des milieux de soins et services désignés (Patient's medical home), des soins ancrés dans la communauté et un voisinage santé, des soins centrés sur les patients, des pratiques collaboratives, une continuité informationnelle et des pratiques d'amélioration continue de la qualité.

Au niveau international, les modalités applicables au sein des juridictions présentant des caractéristiques associées à un système de première ligne performant varient (analyses issues du rapport « Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale des soins et services de première ligne au Québec »⁴) :

- En Angleterre, le système de santé repose sur un modèle public universel où toute la population est affiliée auprès d'un groupe de médecins généralistes. Ces groupes ont un contrat de services avec le National Health Service (NHS) et reçoivent un financement pour planifier et fournir la plupart des services hospitaliers et communautaires au sein des zones locales dont ils sont responsables. Le modèle d'affiliation prévoit que ce sont les usagers qui doivent effectuer les démarches pour s'enregistrer auprès d'une clinique. La liste des cliniques médicales est gérée et rendue disponible par le NHS à laquelle toutes les cliniques médicales doivent s'enregistrer.

En 2019, les réseaux de soins primaires (Primary Care Networks) ont été mis en place afin d'améliorer l'intégration des soins au sein des communautés locales. Ces réseaux sont constitués de groupes de médecins qui collaborent avec divers acteurs locaux. Le financement du modèle est basé sur des économies partagées, dont les gains sont réinvestis régionalement. Les pratiques encouragent – sur une base volontaire – l'utilisation d'outils de triage pour l'obtention d'un rendez-vous. Tous les professionnels ont accès à un dossier médical électronique (DMÉ) à l'échelle du système. Enfin, tous les professionnels doivent participer à un système qui monitoré des indicateurs de standards de qualité, incluant un questionnaire patient.

En juillet 2025, l'Angleterre a publié le plan « Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England » qui vise à réduire de moitié les inégalités de santé et à améliorer l'espérance de vie en bonne santé grâce à trois grands changements : rapprocher les soins des communautés, accélérer la transition numérique et renforcer la prévention. Pour y parvenir, il mise sur une transformation du NHS (nouveau modèle de fonctionnement, ressources humaines adaptées, innovation et financement durable) avec une approche progressive sur 10 ans.

- La Suède dispose d'un système universel dans lequel les citoyens choisissent librement de s'inscrire auprès d'une clinique ou d'un professionnel – la majorité optant pour une clinique. Les équipes interprofessionnelles exercent dans des structures publiques (60%) et privées (40%), et tous les professionnels – incluant les médecins – sont des

⁴ Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf.

salariés des régions qui reçoivent leur salaire selon des tarifs préétablis, même pour les médecins du privé.

La gouvernance est partagée entre les régions – qui régulent l’ouverture des cabinets et les modalités d’encadrements organisationnelles – et les municipalités – qui sont responsables des soins aux aînés et des soins de longues durées. Dans le cadre de la pratique, la répartition des consultations en clinique reflète une collaboration interprofessionnelle accrue impliquant entre autres des médecins généralistes, des infirmières, des sages-femmes, des physiothérapeutes et des psychologues. Enfin, l’infrastructure de données est basée sur de multiples sources d’informations variées : registres des usagers, registres nationaux de qualité, enquête de satisfaction des usagers et réunions de dialogue entre les prestataires et les régions. Des classements régionaux et comparaisons de performance sont publiés annuellement par le gouvernement suédois. Les indicateurs de qualité comprennent notamment; la satisfaction des patients, la coordination des soins et la conformité aux lignes directrices basées sur des données probantes.

- En Norvège, le système de santé repose également sur un modèle public universel et prévoit l’inscription automatique auprès d’un médecin généraliste de la communauté. Ces derniers exercent en cabinets privés – majoritairement formés de médecins – qui emploient des infirmières, des techniciens de laboratoire et des secrétaires; les pratiques multidisciplinaires avec d’autres professionnels demeurant plutôt rares.

Les municipalités jouent un rôle central dans la gouvernance des soins primaires. Elles sont responsables d’offrir un accès aux services de psychologues, de négocier les contrats avec les médecins et d’organiser les soins primaires d’urgence en dehors des heures de bureau – auxquelles les médecins ont l’obligation de contribuer par rotation.

Enfin, bien qu’un programme national de suivi des indicateurs de qualité des soins de santé soit en place (résultats issus d’enquêtes nationales sur l’expérience des usagers et d’indicateurs de qualité), le système national d’indicateurs de qualité s’efforce d’ajouter davantage d’indicateurs qui concernent les services municipaux, les soins primaires, les médecins de famille, et les soins d’urgence.

La ministre de la Santé et
ministre responsable des
Aînés et des Proches aidants

SONIA BÉLANGER