Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec

Expert(e)s mandaté(e)s :
Élise Boulanger, Mylaine Breton et Antoine Groulx

Équipe d'expertise :
Marie-Dominique Beaulieu, C.M., C.Q., M.D., Catherine Bouffard-Dumais, M.D., Sophie Boies M.A., Catherine Lamoureux-Lamarche Ph.D., Karina Prévost, communauté Expériences, Claudio Del Grande, Ph.D., Véronique Deslauriers Ph.D

31 mars 2025

CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA
Gouvernance clinique des services de première ligne

UNITÉ DE SOUTIEN SSA | QUÉBEC

CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA
Gouvernance clinique des services de première ligne

UNITÉ DE SOUTIEN SSA | QUÉBEC

RÉSUMÉ

Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne (SSPL) au Québec

Méthodologie

- Analyse rapide et rigoureuse de la littérature
- Consultation de 211 parties prenantes, dont plusieurs usager(-ère)s.
- Forum pour valider et raffiner les orientations préliminaires avec 135 personnes.
- Recommandations adaptées au Québec.

Clés de réussite

- Veiller à une transition progressive et adaptée pour une mise en œuvre tenant compte des capacités du réseau.
- Éviter les approches fragmentées ou sélectives de certaines recommandations.
- Planifier des cibles progressives.

Recommandations

Ces recommandations sont indissociables.

01 **Élaborer une stratégie de développement des ressources humaines en SSPL de façon à augmenter la capacité des équipes et des réseaux locaux de services (RLS) à répondre aux besoins de la population à l'intérieur du système public**

- Augmentation des effectifs et valorisation des rôles.
- Aiguillage simplifié avec ancrage dans les milieux cliniques.
- Participation des usagers et pairs aidants.

02 **Maintenir l'inscription à un(e) médecin de famille ou un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) de première ligne (IPS-PL) au sein d'une équipe interprofessionnelle, sans égard aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usager(-ère)s comme assise de l'accès universel à des SSPL de qualité**

- Désignation d'un professionnel principal responsable.
- Responsabilité de l'État dans l'inscription formelle comme mécanisme administratif.
- Alignement des capacités du réseau et diversité des pratiques.

03 **Mettre en place une gouvernance de proximité des SSPL alignée avec la responsabilité populationnelle et articulée de façon cohérente avec tous les échelons du système de santé et de services sociaux, afin d'assurer aux SSPL les leviers d'action nécessaires pour organiser et adapter les services en fonction des besoins de la population et des orientations provinciales**

- Décentralisation au niveau des RLS ou des CLSC.
- Coordination territoriale avec les partenaires intersectoriels et les services spécialisés.
- Participation des usager(-ère)s à la gouvernance.

04 **Investir dans la production du savoir en SSPL pour le déploiement d'un réel système de santé apprenant**

- Déploiement d'une infrastructure de données accessible et agile.
- Élaboration de stratégies de soutien à la recherche et à l'innovation définies avec les parties prenantes.
- Renforcement des capacités d'analyse et d'innovation.

05 **Assurer un financement public spécifique aux SSPL cohérent avec les orientations annoncées et revoir la contractualisation des milieux cliniques de SSPL recevant ces fonds publics**

- Octrois de leviers financiers destinés à la gouvernance locale.
- Élargissement de la couverture publique à des professionnel(le)s dans la communauté.
- Encadrement des milieux privés financés publiquement.

06 **Suivre au niveau populationnel l'atteinte des orientations annoncées par un ensemble de mesures de résultats ayant un grand potentiel de valeur ajoutée pour la population en fonction du quintuple objectif**

- Cibles des résultats à forte valeur ajoutée.
- Mesures de résultats définies avec les parties prenantes.
- Développement de tableaux de bord transparents et concertés.

SOMMAIRE

04. Acronymes

05. Remerciements

06. Sommaire exécutif

11. Introduction

13. Principes directeurs

16. Données probantes sur les SSPL performants

27. Attentes de la population québécoise

29. Constats tirés des consultations

34. Forum Orientations première ligne

35. Analyses contextualisées au Québec

38. Recommandations

43. Conclusion

44. Références et annexes

Pour citer ce document:
Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., Deslauriers, V. (2025). Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec.

CC BY NC

Acronymes

ACQ	Amélioration continue de la qualité
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
ETP	Équivalent temps plein
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS-PL	Un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) de première ligne
KP	Kaiser Permanente
MSSS	Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PREM	Patient-reported experience mesures
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SSPL	Soins et services de première ligne
VHA	Veterans Health Administration

REMERCIEMENTS

Merci au **Ministre Christian Dubé** et à ses équipes ministérielles d'avoir fait confiance aux expertises du terrain pour inspirer ses travaux et sa vision d'une première ligne forte pour un Québec en santé.

Merci au **sous-ministre adjoint Stéphane Bergeron** pour la collaboration assidue de ses équipes à la réalisation du mandat.

Merci aux **patient(e)s partenaires, proches aidant(e)s, clinicien(ne)s, intervenant(e)s, chercheur(-euse)s, partenaires communautaires et de secteurs complémentaires, gestionnaires et décisionnaires** qui ont nourri nos travaux, réflexions et orientations avec un engagement et une générosité exceptionnelle.

Merci aux personnes remarquables qui ont permis la réalisation de ce mandat dans un délai inusité dans le monde scientifique traditionnel : **Pre Marie-Dominique Beaulieu, clinicienne-chercheuse, Mme Catherine Lamoureux-Lamarche, professionnelle de recherche, Mme Sophie Boies, professionnelle de recherche, Pre Catherine Bouffard-Dumais enseignante et leader clinique, Mme Karina Prévost, patiente partenaire, M. Claudio Del Grande, professionnel de recherche et Mme Véronique Deslauriers, professionnelle de recherche.**

Enfin, merci à **Percolab** pour leur accompagnement dans le succès du Forum.

Expert(e)s mandaté(e)s

- **Elise Boulanger,** M.D., CCMF, est médecin de famille, leader clinique et présidente désignée du Collège québécois des médecins de famille
- **Mylaine Breton**, MBA, Ph.D. est professeure titulaire spécialisée en organisation des services de première ligne au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Sherbrooke
- **Antoine Groulx**, M.D., M.Sc., FCMF, est professeur de médecine de famille à la Clinique Maizerets – GMF universitaire, à l'Université Laval, leader clinique et directeur scientifique de l'Unité de soutien SSA Québec

Sommaire exécutif

Mandat confié et démarche

Il est essentiel de développer une première ligne forte pour garantir l'accessibilité, la continuité, la globalité et la qualité des soins. En 2022-2023, 25 % de la population québécoise n'était pas inscrite auprès d'un(e) médecin de famille ou d'un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) de première ligne (IPS-PL) de première ligne. Le MSSS a donc mandaté un groupe d'expert(e)s pour guider l'élaboration d'une première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Le mandat: réaliser une analyse comparative d'autres juridictions et produire un avis sur les leviers nécessaires pour atteindre les objectifs ministériels. La méthodologie employée repose sur trois volets : 1) synthèse de la littérature pertinente, 2) consultations auprès des parties prenantes du Québec et 3) forum de réflexions. Le terme « soins et services de première ligne » (SSPL) est retenue par souci de cohérence. Les SSPL regroupent des professionnel(le)s varié(e)s, couvrent un large éventail d'activités (prévention, traitement, suivi) et se déploient principalement dans les milieux de vie et les communautés pour répondre à 80% des besoins de la population.

Principes directeurs et arrimage

Les travaux s'appuient sur des principes directeurs alignés avec les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité du système de santé et de services sociaux du Québec. La Loi sur les services de santé et des services sociaux réaffirme l'importance d'une gestion de proximité et d'une responsabilité populationnelle centrée sur les SSPL et des partenariats avec les communautés. Le mandat s'inscrit en complémentarité avec plusieurs politiques et initiatives en cours: soins préhospitaliers, plan santé, plan d'action en santé mentale, hébergement et soutien à domicile. Les recommandations s'appuient sur le **quintuple objectif**: améliorer la santé et le bien-être de la population, améliorer l'expérience de soins et de services des personnes et de leurs proches, assurer la viabilité du système, améliorer le bien-être et l'expérience des personnes œuvrant dans le système, et améliorer l'équité. Il reconnaît que la création de valeur repose sur la perspective des usager(-ère)s dont l'implication est essentielle pour orienter les choix.

Données probantes

La synthèse des données probantes montrent qu'il n'existe pas de modèle unique de SSPL performant; c'est la configuration cohérente entre les différentes composantes du système, adaptée au contexte culturel et socio-politique, qui conditionne la réussite des transformations. Cependant, un consensus international se dégage sur les caractéristiques essentielles des systèmes performants: des politiques explicites ancrées dans les valeurs et besoins sociétaux (vision), des mécanismes de financement et de rémunération alignés avec les objectifs de santé (ressources), des structures de gouvernance locales, régionales et nationales en partenariat avec les communautés (structure), l'inscription formelle des usagers à une source régulière de soins pour renforcer la continuité et l'imputabilité (structure) des équipes interprofessionnelles, et finalement une coordination étroite avec les autres services du territoire (pratiques). Ces caractéristiques s'appuient sur des facteurs transversaux: engagement des usager(-ère)s, technologies de l'information, infrastructure de données, évaluation continue de la performance, appui à l'amélioration de la qualité, développement du leadership et capacité de recherche.

Les impacts positifs de la continuité des soins sont largement documentés et touchent l'ensemble des dimensions du quintuple objectif. La continuité relationnelle et d'équipe améliore la précision diagnostique, la pertinence des plans de traitement et les résultats de santé, y compris une

réduction de la mortalité. Les données démontrent un effet dose-réponse clair : plus la continuité est élevée, plus les bénéfices sont significatifs, notamment en termes de réduction des hospitalisations, des visites à l'urgence et des coûts globaux du système. L'accès et la continuité sont interdépendants. Les politiques publiques doivent soutenir des mesures globales de continuité pour éviter la fragmentation des soins et dépasser les approches uniquement centrées sur l'accès rapide.

L'inscription à un(e) professionnel(le) de santé est avant tout un instrument de politique publique qui vise à faciliter la continuité des soins et à établir un mécanisme d'imputabilité entre les usager(-ère)s, les professionnel(le)s et l'État. Elle formalise la relation de responsabilité partagée autour d'une population, soutenant ainsi l'organisation et le financement des services. Toutefois, l'inscription ne garantit pas en soi la continuité. Pour être efficace, elle doit s'intégrer dans un cadre global alignant un ensemble cohérent de mesures, incluant des modalités de rémunération appropriées, des contrats clairs avec les professionnel(le)s, une organisation des services centrée sur les besoins et les attentes de la population ainsi qu'une gouvernance locale efficace et des mécanismes robustes de reddition de comptes.

La composition optimale des équipes de première ligne varie selon les contextes, mais inclut généralement un noyau de médecins de famille ou IPS-PL, infirmier(-ière)s, travailleur(-euse)s sociaux(-ales), pharmacien(ne)s et personnel administratif. L'efficacité des équipes repose sur une répartition claire des rôles, l'élargissement des pratiques professionnelles et l'intégration des usager(-ère)s comme membres à part entière de l'équipe. Les modèles où le nombre de professionnel(le)s par médecin est élevé permettent de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

La gouvernance territoriale réfère à l'organisation, la gestion et la coordination des services de santé au niveau local, afin d'assurer un accès équitable et de qualité aux soins pour la population. Le niveau de découpage territorial pour l'organisation des SSPL devrait permettre d'assurer la proximité géographique et l'accessibilité aux services, l'adéquation aux besoins ainsi que la gestion efficace des ressources. Un encadrement local, une connaissance approfondie du contexte, et des relations étroites avec les acteur(-trice)s du terrain sont largement reconnus comme nécessaires pour gérer les réalités liées à une couverture populationnelle des SSPL, militant en faveur d'une plus petite taille pour le niveau ultime de gouvernance territoriale.

Finalement, **les indicateurs de suivi de la politique de SSPL doivent être axés sur la création de valeur et porter sur des résultats importants pour la population.** La mesure des résultats doit être consensuelle et parcimonieuse, fournissant des repères stratégiques utiles à la population, aux usager(-ère)s, aux professionnel(le)s, aux décisionnaires et aux leaders des SSPL.

Constats tirés des consultations

Les consultations ont permis de recueillir les savoirs expérientiels d'un large éventail de parties prenantes, incluant des patient(e)s partenaires, afin de contextualiser les constats de la littérature dans la réalité québécoise. Il en ressort un portrait d'un système de première ligne fragmenté, encore largement centré sur l'hôpital et la maladie, où la collaboration est freinée par le cloisonnement des acteur(-trice)s, la méconnaissance des rôles et la complexité administrative. Le désengagement croissant des professionnel(le)s de la santé est alimenté par un manque de reconnaissance et des conditions de travail alourdies. L'accès aux soins demeure inégal, en particulier pour les populations vulnérables, tandis que les innovations prometteuses peinent à dépasser le stade expérimental, faute de soutien pérenne. Les indicateurs actuels, centrés sur la volumétrie, limitent la capacité d'évaluer la qualité des soins et d'appuyer l'amélioration continue. Les solutions envisagées convergent vers un financement dédié et décentralisé, la consolidation des équipes interprofessionnelles, le développement d'une culture des données axée sur la valeur, la promotion de la participation citoyenne, la possibilité d'avoir de la souplesse dans l'affiliation, et la décentralisation de la gouvernance pour mieux répondre aux réalités locales.

Convergences et divergences

Les consultations et les données probantes convergent sur l'urgence d'assurer un accès universel, fluide et équitable aux SSPL, intégrant pleinement la prévention et la promotion de la santé. Le rôle central des déterminants sociaux est reconnu, avec un appel à renforcer les partenariats intersectoriels avec les municipalités, le milieu scolaire et les organismes communautaires. La littératie en santé et le partenariat patient sont identifiés comme des leviers clés pour impliquer la population dans leurs soins et dans la gouvernance des services. Une gouvernance territoriale adaptée aux réalités locales, soutenue par des structures provinciales cohérentes, fait consensus. Les équipes interprofessionnelles stables, coordonnées et soutenues par un leadership partagé sont vues comme essentielles pour améliorer la qualité et la continuité des soins. Enfin, un financement dédié aux SSPL de même qu'une révision du modèle de rémunération — pour mieux aligner les incitatifs avec les objectifs populationnels — sont vus comme des leviers incontournables. La nécessité d'une infrastructure de données robuste pour guider les décisions et évaluer les progrès, en cohérence avec le quintuple objectif, est également largement partagée. **Des tensions subsistent sur l'application concrète de certains leviers.** L'inscription formelle à un(e) professionnel(le) principal(e), bien que soutenue par la littérature, est jugée difficile à mettre en œuvre dans un contexte de pénurie de ressources. La cogestion clinico-administrative est reconnue comme une priorité, mais les milieux consultés soulignent les difficultés persistantes à l'opérationnaliser de façon efficace, faute d'outils et de mécanismes clairs. La question du modèle de double appartenance des professionnel(le)s dans les GMF — salarié(e)s du CIUSSS mais rattaché(e)s fonctionnellement au GMF — crée des tensions en matière de gestion des équipes, d'organisation du travail et de redevabilité, freinant la fluidité de la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, bien que les liens intersectoriels soient identifiés comme essentiels, ils reposent encore trop souvent sur des initiatives locales isolées. Enfin, les outils numériques, insuffisamment adaptés aux réalités cliniques et rarement développés avec la contribution des professionnel(le)s et des usager(-ère)s, sont perçus comme des freins plutôt que des facilitateurs, contribuant aux inégalités d'accès pour les populations vulnérables. Ces constats appellent à des choix politiques précis pour assurer la faisabilité et l'adhésion des transformations souhaitées.

Le Québec se distingue par son modèle GMF interdisciplinaire ayant démontré des effets positifs sur la réduction des coûts, des hospitalisations et des réadmissions, notamment chez les personnes âgées avec maladies chroniques. Cependant, ce modèle n'a pas pleinement tiré parti des leviers associés à l'inscription et à l'organisation de la première ligne. La rémunération des médecins demeure principalement à l'acte, la contractualisation avec les milieux cliniques est limitée, et le ratio de professionnel(le)s par médecin temps plein reste faible, compromettant les gains de productivité et limitant la capacité à répondre efficacement aux besoins de la population.

Recommandations

01 Élaborer une stratégie de développement des ressources humaines en SSPL de façon à augmenter la capacité des équipes et des RLS à répondre aux besoins de la population à l'intérieur du système public

- Rehausser le nombre de professionnel(le)s et valoriser pleinement les professions des SSPL tout en optimisant les rôles et la composition des équipes selon les services et milieux concernés et en précisant les responsabilités.
- Renforcer les capacités de formation clinique pour toutes les professions des SSPL.
- Intégrer l'aiguillage dans les milieux cliniques pour simplifier l'accès aux services.
- Structurer l'intégration des pairs aidant(e)s et patient(e)s partenaires dans les SSPL.

02 Maintenir l'inscription à un(e) médecin de famille ou un(e) IPS au sein d'une équipe interprofessionnelle, sans égard aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usager(-ère)s comme assise de l'accès universel à des SSPL de qualité

- Désigner, au sein des équipes, un(e) professionnel(le) principal(e) responsable.
- Reconnaitre l'inscription comme un outil de politique publique impliquant des conditions de succès et renforcer la responsabilité de l'État dans leur mise en œuvre.
- Faire de l'inscription un levier structurant qui favorise la continuité des soins, aligne le financement, la rémunération des ressources (incluant les médecins) et la gouvernance avec les besoins de la population inscrite, en instaurant des mécanismes d'imputabilité entre l'État, les usager(-ère)s et les professionnel(le)s.
- Garantir l'adéquation entre la capacité du réseau et la demande générée par l'inscription, tout en tenant compte de la diversité des pratiques professionnelles, incluant des médecins de famille, afin d'intégrer pleinement les contributions variées au suivi et à la performance collective des SSPL.
- Affirmer l'universalité de l'accès sans distinction sociodémographique ou clinique.

03 Mettre en place une gouvernance de proximité des SSPL alignée avec la responsabilité populationnelle et articulée de façon cohérente avec tous les échelons du système de santé et de services sociaux, afin d'assurer aux SSPL les leviers d'action nécessaires pour organiser et adapter les services en fonction des besoins de la population et des orientations provinciales

- Décentraliser la gestion au niveau des RLS ou des centres locaux de services communautaires (CLSC) avec des autorités clairement désignées et ancrer l'offre de SSPL sur l'évaluation des besoins de la population locale.
- Permettre des modèles organisationnels flexibles et adaptés aux réalités locales.
- Créer des tables intersectorielles pour coordonner les services de proximité.
- Instaurer des mécanismes de coordination entre SSPL et 2e ligne (fluidité des parcours).
- Intégrer les usager(-ère)s et patient(e)s partenaires dans la planification/gouvernance.

04 Investir dans la production du savoir en SSPL pour le déploiement d'un réel système de santé apprenant

- Élaborer une stratégie de recherche et d'innovation avec les parties prenantes.
- Intégrer l'évaluation de la valeur ajoutée dans tous les projets financés par le système.
- Déployer une infrastructure de données agile et accessible pour les équipes de SSPL.
- Soutenir les capacités d'analyse et d'innovation à tous les niveaux du système.

05 Assurer un financement public spécifique aux SSPL cohérent avec les orientations annoncées et revoir la contractualisation des milieux cliniques de SSPL recevant ces fonds publics

- Mettre en place des leviers financiers locaux pour soutenir la gouvernance de proximité.
- Élargir la couverture publique des SSPL à des professionnel(le)s non-médecins.
- Encadrer la contractualisation des milieux privés recevant un financement public.
- Protéger l'intégration des services virtuels dans l'offre publique de SSPL.
- Aligner le modèle de rémunération des médecins avec les recommandations.

06 Suivre au niveau populationnel l'atteinte des orientations annoncées par un ensemble de mesures de résultats ayant un grand potentiel de valeur ajoutée pour la population en fonction du quintuple objectif

- Cibler les résultats à forte valeur ajoutée pour la population.
- Définir, avec les parties prenantes, un ensemble parcimonieux de mesures de résultats.
- Concevoir un suivi des résultats aligné sur les responsabilités des acteur(-trice)s du système.
- Favoriser la concertation pour produire des tableaux de bord transparents et accessibles.

Conclusion

Ce rapport pose les bases d'une première ligne forte, cohérente et mobilisatrice pour l'ensemble du Québec. Ce projet collectif implique toute la société, en plaçant les usager(-ère)s au cœur de la transformation. Les recommandations présentées reposent sur une approche rigoureuse, à la fois scientifique et ancrée dans la réalité québécoise. Il faudra éviter les approches mur à mur, tout en veillant à ne pas choisir à la carte des recommandations ou des sections de celles-ci au risque de diminuer la capacité de produire les effets escomptés. Nous soulignons la nécessité d'une transition progressive, adaptée aux réalités du réseau et reposant sur l'engagement des professionnel(le)s, afin d'assurer une mise en œuvre efficace et durable. Il faudra du temps pour réaliser la vision du vrai nord énoncée. Il sera important de planifier des cibles de réalisations ambitieuses mais réalistes pour bâtir collectivement un système de première ligne résilient et tourné vers l'avenir.

1. Introduction

Source: Percolab

Mandat confié et démarche

Une première ligne forte est essentielle pour l'accessibilité, la continuité, la globalité et la qualité des services de santé pour l'ensemble de la population du Québec. Divers enjeux et difficultés liés à la configuration actuelle du réseau de la santé et des services sociaux, notamment en matière d'accès et de pénurie de main-d'œuvre ont mené à une augmentation significative de la population n'ayant plus accès à une source régulière de soins et services de première ligne (SSPL). En 2022-2023, selon un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS), 25% de la population québécoise, soit près de 2,1 millions de personnes, n'était pas inscrite auprès d'un(e) médecin de famille ou d'un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) de première ligne (IPS-PL) et était considérée comme "orpheline".[1] De ces personnes, 0,5 million présentaient des problèmes de santé majeurs ou modérés, soit 5,75% de la population québécoise.

C'est dans ce contexte que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a exprimé une volonté claire d'offrir une accessibilité adéquate et pertinente à l'ensemble de la population du Québec, et qu'il a mandaté un groupe d'expert(e)s de produire des avis qui prennent appui sur les données probantes, les savoirs expérientiels, cliniques ainsi que les expertises afin de repenser les services de première ligne, dans le but d'informer la rédaction d'une première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne.

Ce mandat comprend deux questions spécifiques :

1. Réaliser une analyse comparative d'autres juridictions, avec avis sur la proportion de financement qui devrait être accordée à la première ligne au Québec par rapport à l'ensemble de la mission;
2. Produire un avis sur les éléments constitutifs permettant d'atteindre les objectifs ministériels pour la première ligne.

Pour y répondre dans les délais impartis (3 mois), nous avons utilisé une méthodologie inspirée de l'approche utilisée pour la production des orientations pour un GMF apprenant en 2024. L'encadré qui suit résume la méthodologie employée.

Volet 1

- Revue de synthèses des connaissances et publications d'organisations nationales et internationales sur les caractéristiques de systèmes de première ligne performants incluant une analyse de certaines juridictions.
- Revues ciblées sur certaines caractéristiques (ex : continuité, accessibilité, inscription, équipes de première ligne, gouvernance, mesures de résultats).

Volet 2

- 59 consultations basées sur des entrevues semi-dirigées individuelles ou en groupe avec plus de 210 personnes issues de différentes régions du Québec, représentant les principales parties prenantes de la première ligne (description des répondant(e)s et schéma d'entrevues aux annexes 1 et 2).

Volet 3

- Forum de consultation et de réflexions sur des propositions d'orientations le 20 mars 2025 réunissant 135 personnes, la majorité ayant participé aux entrevues (programme Annexe 3).

Le présent document témoigne des travaux réalisés grâce à cette méthodologie et propose un ensemble de recommandations.

L'avis portant spécifiquement sur la proportion du financement qui devrait être accordée à la première ligne fait l'objet d'un rapport complémentaire qui sera déposé début mai 2025.

1.1 Soins et services de première ligne : Définitions et portée du présent travail

Si au premier abord il peut paraître simple de décrire en quoi consiste le secteur des SSPL, force est de constater l'existence de plusieurs définitions dont les différences sont parfois subtiles. D'abord, il faut dire que l'expression « services de première ligne » est propre au Québec et que les organismes internationaux et juridictions d'expression française lui préfèrent le terme « **soins primaires** » pour Primary Care, en anglais. On retrouve aussi le terme Primary Health Care, ou « **soins de santé primaires** », qui est souvent utilisé de façon interchangeable en français. Le MSSS et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ont introduit il y a quelques années le concept de « services de proximité » alors que dans la Loi 15 on parle de « **services communautaires locaux** ». L'annexe 4 présente la définition officielle de ces différents termes.

Pour résumer, les **soins primaires** réfèrent aux soins et services directs aux personnes, alors que les soins de santé primaires dépassent le secteur des services directs et incluent la modification des environnements de vie/travail, l'allocation des ressources, et les déterminants sociaux de la santé dans une perspective supra-individuelle (populationnelle) dont le secteur de la santé publique. Les **services de proximité** incluent les soins primaires, les services de santé publique dans la communauté, mais aussi les services spécialisés.

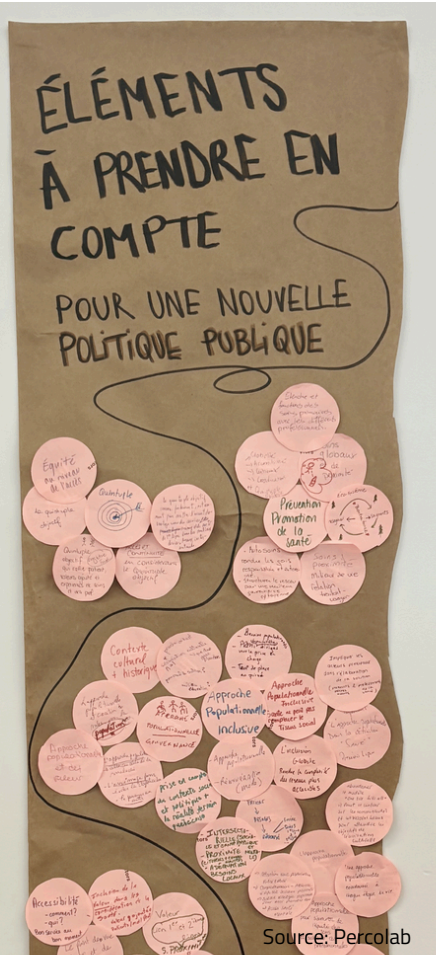
Le concept de « soins primaires » tel que défini dans la littérature scientifique a été retenu comme base de travail et objet de la politique publique considérée. Cependant, dans un souci de cohérence avec le mandat confié et une certaine tradition, l'expression « soins et services de première ligne » sera utilisée. Quoiqu'il en soit, il faut souligner qu'aucune de ces expressions ne rejoint la majorité de la population pour qui cette terminologie apparaît plus technique qu'autre chose. **Du point de vue des usager(-ère)s et de leurs proches, c'est le continuum de services qui compte et la fluidité dans le parcours de soins.** Pour les usager(-ère)s, il n'y a pas de ligne. Ainsi, s'il est important de se doter d'un système de première ligne performant, ce système ne le sera que s'il est intégré à l'ensemble des autres secteurs du réseau de santé : communautaire, santé publique et services spécialisés.

L'encadré résume l'étendue et les fonctions de ce secteur de services. **Les SSPL concernent**:

- **Catégories de professionnel(le)s concerné(e)s:** ceux et celles qui dispensent des soins d'accès directs dans la communauté (médecins de famille, infirmier(-ière)s, pharmacien(ne)s communautaires, dentistes, physiothérapeutes, psychologues, travailleur(-euse)s sociaux(-ales), etc.);
- **Ensemble d'activités** : prévention et promotion de la santé, le traitement et le suivi régulier de problèmes de santé physique ou mentale courants et les soins associés aux différentes phases normales de la vie (enfance, adolescence, maternité/paternité, vieillissement, fin de vie);
- **Niveau ou contexte de soins :** point d'entrée dans le système qui inclut des soins et services dispensés en contexte communautaire et de milieu de vie plutôt qu'hospitalier, là où la majorité des soins sont reçus par la population.

L**es attributs fondamentaux des SSPL sont : l'accessibilité en temps opportun, la continuité, la globalité et la coordination.** Le secteur des SSPL devrait répondre à 80 % des besoins de santé de la population.[2] L'accès à des SSPL indépendamment des caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques cliniques est un **puissant facteur d'équité** pour les systèmes de santé.[2] Il faut donc **éviter la mise en place de mécanismes d'accès et d'affiliation fondés sur les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des usager(-ère)s** et se préoccuper au plus haut point de faciliter l'accès aux personnes ayant des besoins particuliers ou des enjeux de littératie en santé.

2. Principes directeurs



Source: Percolab

Il convient d'établir les principes directeurs qui ont servi d'assises aux travaux et à la proposition de recommandations.

2.1 Valeurs et orientations du système de services de santé et services sociaux du Québec

Les dernières décennies ont été marquées par de nombreuses réformes et transformations du système de santé et services sociaux. Il faut rappeler que le Québec est la seule province canadienne à avoir déployé une infrastructure de services dédiée à la première ligne en créant en 1971 le réseau des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et aussi la seule à intégrer sous une même responsabilité les services de santé et les services sociaux à la population en créant, en 1985, le MSSS.

La Loi sur les services de santé et services sociaux (L4S) établit la finalité du système de santé québécois en affirmant que « **Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie**[3] ». La loi définit aussi les **droits des usager(-ère)s à une expérience des soins qui les respecte dans leur intégrité, leurs valeurs et leurs préférences**. Les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité sont aussi présentées dans la loi. En 2024, le gouvernement a enchâssé le **droit à la sécurisation culturelle** dans la Loi sur les services de santé, rendant ces services plus adaptés aux réalités des Premières Nations et des Inuits.[4]

La *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* adoptée en 2023,[5] qui crée Santé Québec, a pour finalité de « **permettre un changement de culture important en adoptant un mode de gestion de proximité et à échelle humaine afin de faire évoluer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux** ». Réitérant les grands principes de la L4S, les principaux objectifs de la loi sont de :

a. Améliorer l'accès aux soins et aux services de santé et services sociaux;
b. Coordonner les services offerts grâce à Santé Québec;
c. S'assurer de la qualité des services offerts aux Québécoises et Québécois et élaborer un programme national d'assurance de la qualité;
d. Revenir à la gestion de proximité.

Le cadre de référence de cette loi réitère le renouvellement de l'approche populationnelle qui « **implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire** ». Il rappelle aussi que le renouvellement de cette approche « découle de l'évolution du contexte institutionnel québécois et de la contribution des éléments suivants : le **capital social comme déterminant de la santé; la responsabilité populationnelle** (voir encadré ci-après) et **l'approche de partenariat avec les usager(-ère)s, les membres de leur entourage et les acteur(-trice)s du RSSS.**

La **responsabilité populationnelle**[6,7] est fondée sur le **partage de la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être d'une population entière entre tous les acteurs et actrices de santé d'un territoire**. Elle s'effectue sur un **territoire donné**. Elle poursuit les deux objectifs suivants :

- Répondre de manière optimale aux **besoins exprimés et non exprimés** de la population;
- **Réduire les inégalités de santé et favoriser l'équité en santé.**

2.2 Arrimage avec les politiques et initiatives en cours

Le secteur des SSPL couvre de nombreux domaines et le MSSS a mené plusieurs initiatives au cours des dernières années. Il était important d'assurer que ce présent travail en tienne compte afin d'éviter des chevauchements non souhaitables. Ainsi, notre équipe s'est assurée de l'arrimage avec, entre autres :

- La Politique sur les soins préhospitaliers (2022)[8]
- Le Plan santé (2022)[9]
- Le Plan d'action en santé mentale (2022)[10]
- La Cadre de référence sur les services de proximité, Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité (2023)[11]
- La Stratégie prévention promotion de la santé (en cours d'élaboration)
- La Politique nationale de soutien à domicile (en cours d'élaboration)
- La politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (2021-2026)[12]

2.3 Quintuple objectif

En continuité avec le Plan de transformation du comité de transition sur la mise en œuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux,[13] de même qu'un nombre grandissant de sources internationales et nationales, nos travaux s'appuient sur une perspective axée sur la création de valeur, définie par l'atteinte du quintuple objectif.[14,15] Le **quintuple objectif** reflète les cinq buts fondamentaux que doit viser le système de santé et de services sociaux afin d'être créateur de valeur pour toutes et tous :

1. Améliorer la santé et le bien-être de la population;
2. Améliorer l'expérience de soins et services des personnes et de leurs proches;
3. Assurer la viabilité du système, en réduisant les coûts financiers et environnementaux liés à l'activité du système et l'atteinte des quatre autres objectifs;
4. Améliorer le bien-être et l'expérience des personnes œuvrant dans le système de santé et des services sociaux;
5. Améliorer l'équité, en réduisant les écarts évitables de santé, de bien-être, d'expériences et de coûts entre différents groupes de la population.

Le cadre du quintuple objectif met l'accent sur le fait que c'est en **considérant ces différentes composantes de manière conjointe** que l'on progresse vers la création de valeur. Les cinq objectifs sont interreliés. Certaines actions peuvent entraîner des progrès synergiques sur plusieurs objectifs à la fois et créer beaucoup de valeur. Cependant, d'autres actions peuvent avoir des effets contradictoires selon les objectifs et livrer un effet net qui diminue la proposition globale de valeur du système. Par exemple, une amélioration de l'expérience de soins et services chez un groupe favorisé de la population peut compromettre la viabilité financière du système de santé et de services sociaux et/ou réduire l'équité en accentuant les écarts entre les groupes; ou une réduction des coûts peut entraîner des impacts délétères sur la santé de la population et/ou sur l'expérience au travail.

2.4 Perspective des usager(-ère)s comme base de la création de la valeur

La valeur représente le quotient entre, d'une part, l'atteinte de résultats jugés importants et, d'autre part, ce qu'il en coûte pour les produire.

$$\textbf{\textit{Valeur}} = \frac{\textit{Résultats importants}}{\textit{Coûts pour produire ces résultats}}$$

En ce qui concerne les systèmes de santé et de services sociaux axés sur la valeur, il est important de souligner que celle-ci se définit toujours **à partir des perspectives de ses bénéficiaires**.[16,17] L'implication des usager(-ère)s et des membres du public est donc essentielle pour déterminer quels sont les résultats qui comptent le plus pour ces dernier(-ère)s et quels sont les arbitrages optimaux à effectuer lorsque ces résultats se retrouvent en tension. En ce qui a trait aux coûts, les perspectives des bénéficiaires font aussi partie intégrante de leur prise en compte lorsqu'ils sont envisagés dans une perspective plus large qui dépasse la comptabilité financière (dollars per capita), pour inclure par exemple des coûts humains, sociaux, ou environnementaux.

La création de valeur peut résulter d'une augmentation du niveau d'atteinte des résultats importants tout comme d'une diminution des coûts nécessaires pour produire des résultats similaires. **Une perspective axée sur la maximisation de la valeur doit cibler les résultats ayant le plus grand potentiel de valeur ajoutée pour la population et soutenir l'optimisation des ressources permettant de les atteindre.** La diminution des coûts peut être accomplie en réduisant les soins et services qui contribuent faiblement à la valeur.[16,17]

3. Données probantes sur les SSPL performants

Il convient d'établir les principes directeurs qui ont servi d'assises aux travaux et à la proposition de recommandations.

3.1 Cadre d'analyse

L'analyse des juridictions et des caractéristiques des SSPL performants est basée sur le cadre utilisé par Lamarche et al[18] pour réaliser l'étude comparative des systèmes de santé, un travail qui reste encore inégalé pour sa rigueur et son exhaustivité. Il s'inspire des travaux fondateurs du sociologue Talcott Parsons et de sa théorie volontariste de l'action sociale.[18] Ce cadre propose qu'un système de santé, comme tout système organisé d'actions, se caractérise par les aspects décrits dans l'encadré ci-bas:

Six aspects des SSPPL considérés comme tout système organisé d'actions

- **Vision** : croyances, valeurs et objectifs par lesquels les acteur(-trice)s communiquent et justifient leurs actions
- **Ressources** : la quantité et la variété de ressources disponibles
- **Structure organisationnelle** : législation, règlements, accords et autres arrangements qui régissent et guident le comportement des acteur(-trice)s, leurs relations les uns avec les autres et les autorités qui les définissent
- **Pratiques** : les processus derrière la production d'activités et de services
- **Effets** : les changements désirés des résultats de soins de santé primaires dans le temps
- **Environnement** : le contexte dans lequel les acteur(-trice)s opèrent et les autres systèmes avec lesquels ils interagissent

Note : Traduction libre de Lamarche et al.[18]

Ce qu'il faut retenir de ces travaux est qu'**aucune caractéristique d'un système n'est responsable à elle seule des effets observés** et que c'est la cohérence, ou l'alignement, entre les différentes caractéristiques qui maximise la capacité à produire les effets recherchés. Il n'existe donc pas de modèle idéal en soi et **c'est une configuration cohérente de ces caractéristiques qui assure l'atteinte des effets recherchés.** La capacité d'aligner de façon cohérente les différents éléments dépend en grande partie de l'environnement culturel et socio-politique régissant l'organisation du travail et le financement des ressources, une juridiction peut se trouver limitée dans sa capacité de mobiliser de façon optimale les différents éléments de son système de santé.

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES SSPL PERFORMANTS

Bien que les systèmes de santé diffèrent à travers le monde, un large consensus émerge sur les caractéristiques associées à des SSPL performants[19,20] et plusieurs pays ont entamé des réformes pour faire évoluer leurs systèmes dans cette direction. Ces caractéristiques sont détaillées dans l'encadré ci-bas:

Caractéristiques spécifiques des SSPL performants :

- Formulation de politiques explicites ancrées dans les valeurs et besoins sociétaux (***Vision***).
- Mécanismes de financement et de rémunération des professionnel(le)s alignés avec les objectifs du système de santé (***Ressources***).
- Mécanismes de gouvernance aux niveaux locaux (la communauté), régionaux et gouvernementaux en partenariat avec les personnes et les communautés (***Structure***).
- Inscription formelle des usager(-ère)s à une source régulière de services de première ligne afin de favoriser la continuité des soins et d'intégrer des mécanismes d'imputabilité (***Structure***).
- Équipes interprofessionnelles (***Pratiques***).
- Coordination, intégration et partenariats avec les autres services de santé et services sociaux d'un territoire (***Pratiques***).

En plus de ces caractéristiques spécifiques, les SSPL dépendent des **caractéristiques fondamentales de tout système de santé performant** à savoir[20] :

- L'engagement des usager(-ère)s et de la population.
- Des technologies de l'information qui appuient les professionnel(le)s et les usager(-ère)s.
- La mesure en continue de la performance.
- La formation et l'appui à l'amélioration continue de la qualité.
- Le développement du leadership.
- L'évaluation systématique des innovations.
- La capacité et la productivité en recherche.

Nous avons réalisé une **analyse plus en profondeur des SSPL de six pays,** dont les contextes sont plus proches du nôtre, ainsi que de trois provinces, dont le Québec. Nous avons comparé la performance de ces pays en termes d'indicateurs provenant de différentes sources de données[21-24] selon le quintuple objectif. **Nous pouvons consulter le résumé de cette analyse des juridictions à l'annexe 5**. Ce qui ressort de l'analyse des juridictions est qu'aucun pays ne se distingue nettement sur l'ensemble des indicateurs. Ils présentent tous des forces et des faiblesses qui doivent être prises en compte dans leur contexte respectif.

De plus, nous avons poussé l'analyse de certains éléments qui apparaissent au cœur des transformations considérées par l'État québécois soit : la contribution de la continuité aux résultats, l'inscription formelle à une source régulière de soins, les équipes interprofessionnelles de première ligne et la gouvernance. Les observations spécifiques aux juridictions sont incluses dans les sous-sections suivantes :

3.2.1 Contribution de la continuité relationnelle à l'efficacité des SSPL

L'accès, définit comme la possibilité de recevoir, en temps opportun, les services de santé requis,[25] est une des caractéristiques phares d'un système de première ligne fort et performant tout comme la continuité relationnelle. Ces deux fonctions fondamentales sont cependant en tension. Les patient(e)s apprécient à la fois un accès rapide et une relation continue avec leur professionnel(le) de première ligne. L'accès et la continuité sont interdépendants plutôt que mutuellement exclusifs.[26,27] Ces notions sont explicitées dans l'encadré ci-après.

Comprendre le concept de continuité relationnelle et sa mesure

La continuité relationnelle ou interpersonnelle est définie comme une relation à long terme entre un(e) usager(-ère) et un(e) professionnel(le) de santé (le plus souvent médecin de famille ou IPS) ou une équipe, **au-delà d'un épisode ponctuel**, afin de « soutenir les soins présents en les reliant au passé et à l'avenir ».[28,29,30] Dans les recherches quantitatives elle est mesurée comme la proportion des visites à un ou une professionnel(le) généraliste (médecin de famille ou IPS) faites auprès de cette même personne tout au long de la période d'observation . La mesure ne signifie pas que toutes les visites pour tous les problèmes sont effectuées auprès de la même personne, mais que lorsqu'un(e) médecin de famille ou un(e) IPS intervient, il s'agit de la même personne.

Les impacts positifs de la continuité des soins sont confirmés de façon robuste dans la littérature scientifique. En effet, le corpus de données sur les impacts de la continuité relationnelle répond aux critères épidémiologiques utilisés pour évaluer la force de la relation causale entre deux phénomènes : la spécificité de l'association, sa reproductibilité dans plusieurs études différentes, la force statistique de l'association et la démonstration d'un effet « dose-réponse ».[31] En fait, **la continuité est considérée comme l'un des éléments explicatifs de l'efficacité des SSPL**.[26,32-37] La littérature démontre que **la continuité des soins contribue à l'atteinte de résultats dans les cinq dimensions du quintuple objectif.**[34-36] Il ne s'agit donc pas uniquement d'un enjeu de l'expérience des services pour les usager(-ère)s. Le tableau suivant résume les données issues d'une revue systématique sur les impacts de la continuité.

Tableau 2 : Impact de la continuité relationnelle sur les résultats du quintuple objectif selon une revue systématique réalisée par le Health Quality Council of Alberta38

Santé des populations	Meilleurs résultats de santé 13/16 études Réduction de la mortalité 11/11 études
Expérience de soins	Plus de prévention 8/10 études Meilleure expérience de soins 15/16 études Meilleure qualité 10/16 études
Viabilité	Réduction de l'utilisation 61/64 études Réduction des coûts 16/17 études
Bien-être et expérience du personnel	Meilleure satisfaction du personnel 11/11 études

En ce qui concerne le **cinquième objectif**, peu d'études ont analysé la contribution de la continuité à **l'équité dans les soins**. Une étude réalisée sur la population de Winnipeg au début des années 2000 a montré que la continuité relationnelle était associée à de meilleurs services préventifs et à moins de visites à l'urgence chez les usager(-ère)s défavorisé(e)s matériellement comparativement à ceux et celles qui n'avaient pas expérimenté la continuité, sans aplanir complètement la différence associée à la défavorisation matérielle.[39]

E**n contexte de pénurie de ressources, il est tentant d'entretenir le mythe que la continuité n'est nécessaire que pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ce qui n'est pas le cas.** Même dans le groupe des personnes ne présentant PAS des besoins élevés de santé, qui consultent pour des problèmes épisodiques ou des besoins liés aux cycles de vie, l'absence de continuité relationnelle est associée à une augmentation des visites aux urgences, des hospitalisations et des coûts, ainsi qu'à une diminution des services préventifs.[32,33] En fait, l'accès sans continuité, au-delà de contribuer à la fragmentation des soins, entraîne une augmentation du nombre de consultations, contribuant à un cercle vicieux affectant l'accès.[40]

De plus, les données démontrent qu'il y a une **relation dose-effet** entre une continuité plus élevée et un moins grand nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence. Ces effets apparaissant à un seuil minimal de 50 % des visites médicales ou à des IPS effectuées auprès du même professionnel(le) et atteignent leur maximum à un taux de continuité autour de 80 %.[34] **Les différences entre le taux minimal et maximal de continuité relationnelle se traduisent par une réduction d'environ 15 % des coûts totaux des services et des hospitalisations.[34]**

La littérature permet aussi de mieux comprendre les **mécanismes d'action de la continuité relationnelle**. Les connaissances et la confiance accumulées au fil des épisodes permettent de mieux comprendre l'historique de santé, les habitudes de vie et les préférences des patient(e)s, ce qui contribue à une meilleure précision diagnostique et à des plans de traitement mieux adaptés lors de nouveaux épisodes de soins.[40] Cette relation se traduit aussi par de meilleurs résultats de santé, y compris une meilleure résolution des symptômes et une réduction de la mortalité toutes causes confondues.[35]

La littérature présente peu de données sur l'impact de la **continuité de lieu,** ou le fait de consulter au même endroit. Une étude récente réalisée en Alberta suggère que de consulter au même endroit, sans voir nécessairement le ou la même médecin, est aussi associé à une réduction des visites à l'urgence et des hospitalisations, mais de façon moindre que chez les patient(e)s qui voient le ou la même médecin plutôt que des médecins différents.[32] Les effets les plus forts sont observés chez les patient(e)s ayant des besoins plus complexes.

Pour conclure, les données probantes démontrent que les **politiques publiques doivent soutenir des mesures globales de continuité, en mettant l'accent sur la continuité relationnelle et d'équipe, plutôt que d'investir dans des solutions temporaires axées sur les soins épisodiques à différents endroits, répondant seulement au besoin d'accès rapide au détriment de la continuité**. Le modèle d'accès adapté offre une solution reconnue au niveau international pour transformer les pratiques vers un meilleur équilibre entre l'accès en temps opportun et la continuité.[41,42]

3.2.2 Affiliation et inscription comme outil de politique publique en SSPL

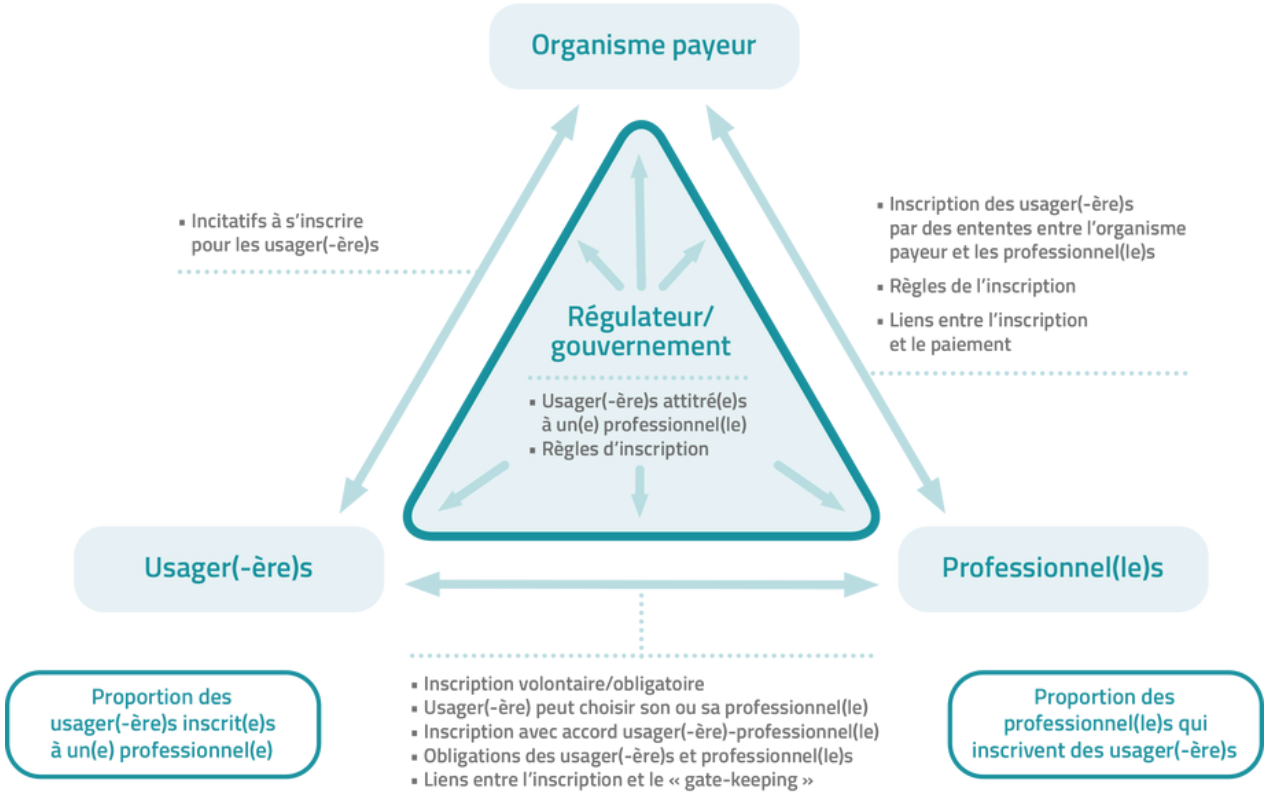
Il est important de ne pas confondre **continuité des soins, affiliation et inscription** à un(e) professionnel(le) de la santé. **La continuité des soins est un « résultat »**, un état de fait mesuré de l'expérience des usager(-ère)s. Selon Aggarwal et Glazier (2024)[43]:

- **L'affiliation** professionnel(le)-patient(e) est une affiliation confirmée entre un(e) patient(e) et un(e) professionnel(le) des soins primaires constant, la confirmation pouvant venir d'une analyse de l'utilisation des services ou d'enquêtes auprès des usager(-ère)s.
- **L'inscription** est une procédure formelle de rattachement confirmée par une démarche administrative, comme c'est le cas de l'inscription à un(e) médecin de famille au Québec.

L'affiliation ou l'inscription ne sont pas garantes d'une expérience de continuité relationnelle. On peut déclarer avoir un(e) médecin de famille ou y être inscrit officiellement et avoir de grandes difficultés à obtenir un rendez-vous. **Les données scientifiques sur les impacts de la continuité des soins ne peuvent pas être interprétées comme démontrant les effets de l'inscription.** La continuité des soins, incluant la continuité relationnelle, implique l'existence d'autres mécanismes que l'inscription, incluant la valorisation de la continuité par les décisionnaires et les professionnel(le)s, des mécanismes d'accès favorisant l'accès à la source régulière de soins de façon générale comme l'accès adapté, et des incitatifs associés à des mesures d'atteinte des objectifs de continuité.

Comme le rappellent Marchildon et al.,[21] **l'inscription est un instrument de politique publique** qui vise, entre autres, mais non uniquement, à faciliter la continuité des soins par des professionnel(le)s qui « prodiguent et supervisent des soins en adéquation avec les besoins, valeurs et préférences d'une population d'usager(-ère)s ». L'inscription est aussi un **mécanisme d'imputabilité** entre la triade que constitue l'organisme payeur (l'État ou organisation), les usager(-ère)s et les professionnel(le)s ou groupes qui donnent les services. La formalisation de cette relation triangulaire facilite entre autres l'attribution du financement aux professionnel(le)s ou groupes qui s'engagent face à une « population inscrite » et la reddition de compte de ces derniers face à l'État et ultimement la population.

Figure 1 : La triade de l'inscription de Marchildon et al.



Note : Traduction libre de Marchildon et al. (2021)

L'inscription peut varier selon certaines caractéristiques. Elle est généralement volontaire, à l'exception d'Israël, de l'Italie et de l'Irlande.[21] L'inscription peut être à un(e) professionnel(le) désigné(e) (médecin de famille ou IPS) ou à un groupe de professionnel(le)s ou à un milieu clinique.

La notion de « principal(e) professionnel(le) responsable » (traduit de l'anglais most responsible provider) est centrale dans la majorité des pays analysés et la ou le principal(e) professionnel(le) identifié(e) est presque toujours un(e) médecin de famille ou un(e) IPS. Au sein des juridictions ayant adopté l'inscription à un ou un(e) professionnel(le), nous n'en avons pas repérées où la ou le patient(e) identifie un(e) professionnel(le) principal(e) responsable autre que médecin de famille ou IPS.

Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui ont mis en place une inscription au niveau de leur système de santé, seuls l'Angleterre et la Suède ont opté pour une inscription à un milieu clinique plutôt qu'à un(e) professionnel(le). Au Canada, certaines provinces formalisent l'inscription avec un(e) médecin ou un(e) IPS dont 90 % de la population en Alberta et plus de 80 % de la population en Ontario. En France, où il n'y a pas d'inscription formelle, des incitatifs financiers sont offerts aux personnes qui choisissent de s'inscrire auprès d'un(e) médecin généraliste ou d'un(e) spécialiste et 95% des personnes choisissent un(e) médecin généraliste.

Comme l'inscription est une procédure associée à l'attribution des ressources, elle est intimement liée à la façon d'attribuer le financement des services et à la rémunération des professionnel(le)s, notamment des médecins, et exige des mécanismes de gouvernance adaptés au modèle choisi. Par exemple, dans aucun modèle recourant à l'inscription formelle, les médecins sont rémunéré(e)s à l'acte, mais le sont par des formules mixtes où la capitation représente une proportion importante (voir tableau des juridictions- Annexe 5). Les médecins sont rémunéré(e)s à salaire de façon prédominante en Suède où il existe une gouvernance régionale qui est responsable des contrats de services avec les cabinets et centres de santé sur leur territoire. En Norvège, les soins primaires relèvent des municipalités qui concluent des contrats avec les médecins de famille dans des cabinets et ils et elles ont l'obligation de fournir des services d'urgence en dehors des heures de travail. La contractualisation entre l'État et la profession médicale en Angleterre, où l'affiliation est à un milieu clinique plutôt qu'à un(e) médecin de famille et où l'État verse la rémunération médicale au groupe plutôt qu'à chaque médecin, est très élaborée et inclut des exigences de contractualisation entre les médecins, la création d'une gouvernance interne des milieux cliniques et des indicateurs de qualité.[44]

De façon générale, selon Marchildon et al.,[21] l'intégration de mécanismes de gouvernance, de contractualisation et de reddition de compte varie grandement entre les juridictions, ce qui amène les auteur(-trice)s à conclure **que peu de juridictions ont « tiré profit » de l'ensemble des leviers théoriquement associés à l'inscription.**

S'il existe peu de données permettant d'évaluer la contribution de l'inscription comme politique à l'atteinte des objectifs, quelques chercheur(-euse)s ont étudié l'impact de la désinscription sur les usager(-ère)s.[45,46] Les résultats montrent que les usager(-ère)s, les professionnel(le)s et le système de santé sont impactés sur différentes mesures du quintuple objectif comme certains résultats cliniques, l'utilisation des services de santé, l'équité, l'expérience patients et les coûts. Un rapport récent de l'Association médicale suédoise remet actuellement en question l'inscription à un groupe et considère de passer à l'inscription à un(e) professionnel(le) désigné(e) devant les enjeux reliés à la continuité et l'accessibilité,[47] bien qu'une étude rapporte que l'expérience de continuité des usager(-ère)s est faible et comparable pour les usager(-ère)s inscrit(e)s à une clinique ou à un(e) médecin de famille, ce qui est possible en Suède.[48] Nous observons dans ce pays une forte rotation du personnel de santé qui contribue à la discontinuité des soins et la faible satisfaction du personnel de santé.[49]

Pour conclure, **la décision d'opter pour une inscription formelle à une source régulière de SSPL comme mécanisme de politique publique est une décision de l'État** qui l'engage en tout premier lieu et exige un ensemble de mesures cohérentes au niveau de la rémunération des professionnel(le)s, de la contractualisation avec elles et eux, de l'organisation des services, de la gouvernance et de la reddition de compte.[50] Cette mesure est particulièrement sensible aux enjeux de diminution des ressources humaines, en particulier des médecins de famille, et devient une source d'iniquité d'accès aux services si l'ensemble de la population ne peut pas être affiliée, créant ainsi des personnes orphelines. L'implantation du programme GMF au Québec en est un exemple concret.

3.2.3 Équipes et réseaux de première ligne : composition et conditions de succès

Contrairement aux équipes dédiées à des types de clientèles spécifiques, l'équipe de soins primaires s'engage collectivement à mobiliser les expertises de ses membres pour offrir une gamme de services à une population indifférenciée d'usager(-ère)s dont les besoins reflètent l'épidémiologie des soins primaires.[6,51] La question de la **composition optimale** des équipes de SSPL est beaucoup moins étudiée que celle des déterminants de leur efficacité ou de la collaboration interprofessionnelle.

Il n'y a pas de « formule magique » si non que les usager(-ère)s et leurs proches soient considérés comme les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle, jouant un rôle de collaborateur(-trice)s essentiel(le)s.[52] Les équipes de SSPL étant conçues pour faire partie du réseau complet des services de première ligne dans une juridiction/communauté, la composition « optimale » est hautement tributaire du contexte global de l'organisation locale des soins et services et des modalités de financement par le système public des services des professionnel(le)s non-médecins dans la communauté.[6] Ceci est aussi confirmé par la comparaison des juridictions.

Devant l'importance grandissante de l'impact des déterminants sociaux de la santé, plusieurs rappellent **que l'augmentation de l'efficacité des soins ne passera pas par une intensification des interventions dans les milieux de soins, mais par des approches et interventions intersectorielles** qui ont de meilleures chances de réduire le fardeau croissant de la gestion des maladies chroniques.

La composition des équipes de soins primaires est généralement abordée en fonction du nombre d'intervenant(e)s (professionnel(le)s & personnel administratif) pour un équivalent temps plein (ETP) du « professionnel(le) principal(e) responsable », médecin de famille ou IPS.[6] **Peu de juridictions proposent un cadre normatif de la composition des équipes de soins primaires** mis à part la Kaiser Permanente (KP) et la Veterans Health Administration (VHA).[53,54]

En Norvège et en Hollande, les cabinets sont habituellement de plus petites tailles, soit entre 4 à 10 médecins et intègrent peu de professionnel(le)s, essentiellement des infirmier(-ière)s. En Suède, des physiothérapeutes sont souvent intégrés dans l'équipe et les infirmier(-ière)s jouent un rôle prépondérant. À titre illustratif, en moyenne au sein d'une clinique, 30% des consultations sont réalisées avec un(e) médecin de famille, 30% des consultations avec un(e) infirmier(-ière), 18% avec un(e) physiothérapeute et 22% auprès d'un(e) autre professionnel(le).[55]

Au Canada, seul le modèle GMF normalise le nombre de professionnel(le)s non-médecins. Cette normalisation se fait en fonction de la taille de la clientèle inscrite pondérée et non du nombre d'ETP médecins de famille. En Ontario (Family Health Teams) et en Alberta (Primary Care Networks), le choix des professionnel(le)s est laissé aux équipes médicales qui appliquent pour du financement, basé sur une évaluation plus ou moins robuste des besoins de leur communauté. Cette absence de normalisation donne lieu à une très grande variabilité des pratiques et soulève des enjeux d'équité d'accès aux différent(e)s professionnel(le)s dans les juridictions ne couvrant l'accès à la gamme des professionnel(le)s de première ligne qu'à travers certains modèles d'organisation des services, comme c'est le cas au Québec avec le modèle GMF ou celui des Family Health Teams en Ontario. L'accès à la gamme des services des autres professionnel(le)s dépend alors du milieu auquel ils et elles sont inscrit(e)s, quand c'est le cas, pour les usager(-ère)s qui ne disposent pas d'assurance privée.[56]

L'encadré suivant résume les notions issues de la littérature portant sur la composition des équipes.

Composition des équipes, la littérature permet d'affirmer que:

- Le noyau de base comprend médecins de famille et/ou IPS-PL, infirmier(-ière)s, travailleur(-euse)s sociaux(les), pharmacien(ne)s et personnel administratif. L'ajout d'autres types de professionnel(le)s dépend de l'offre de service locale ou du modèle.[6,57]
- Plus le nombre de professionnel(le)s par ETP médecin de famille ou IPS-PL est élevé, plus la capacité de prise en charge des équipes est élevée; elle est autour de 900 par ETP médecin dans les modèles basés principalement sur les médecins et peut atteindre 2 000 dans les équipes où le ratio est de 3 :1, et même plus si le ratio est encore plus élevé.[58]
- Le recours accru à un champ d'application élargi de la pratique infirmière est susceptible d'améliorer à la fois l'accessibilité des soins et l'efficacité de la prestation des services; les infirmier(-ière) jouent un rôle prépondérant de coordination et d'aide à la navigation pour les usager(-ère)s.[6,53,59]
- Seul le ratio médecin/infirmier(-ière) a été étudié et se situerait autour d'un rapport 1:1 ETP médecin/infirmier(-ière), voir 1:2 médecins/infirmiers(-ères)).[60]

Plusieurs travaux scientifiques ont montré que l'augmentation de la portée de la pratique des professionnel(le)s en première ligne est susceptible d'améliorer l'accessibilité des soins et l'efficacité de la prestation.[60-62] Une telle approche implique de redéfinir les frontières professionnelles et de revoir les modèles de soins et les dispositions organisationnelles existants.[60,63,64] La clarification des rôles, la communication et la répartition équitable et efficiente des tâches demeurent souvent des points de tension.[65,66] La manière dont sont déterminés les rôles, les champs d'exercice et les contributions de chaque professionnel(le) dépend en grande partie du consensus qui s'établit entre les parties, assisté par des directives claires et des protocoles de soins, ainsi que par des mécanismes formels et informels de consultation et d'orientation.[60,67,68] La stabilité de la composition de l'équipe est un facteur déterminant dont on parle encore peu.[53]

Dans le contexte québécois du modèle GMF, une question est fréquemment soulevée : celle de la double appartenance des membres de l'équipe. Certains, les médecins principalement, incarnent des travailleur(-euse)s autonomes pratiquant dans des milieux n'appartenant pas à l'État, alors que la majorité des professionnel(le)s non-médecins sont des employé(e)s des établissements de santé (centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS]), localisés au GMF. Peu d'études se sont intéressées au cas spécifique du fonctionnement d'équipes de soins dans le contexte d'une dualité dans l'appartenance de ses membres à des organisations différentes bien que les **enjeux de la collaboration interorganisationnelle** soient bien documentés ainsi que leurs impacts sur le succès de la collaboration interprofessionnelle.[69,70]

Au-delà des éléments structuraux, les éléments qui se sont démarqués comme étant essentiels au processus de transformation de l'offre de SSPL sont :

1. **les liens de responsabilisation entre les équipes de soins et les populations de patient(e)s sous leur responsabilité**
2. **la continuité et l'exhaustivité de la prestation des services**
3. **l'efficacité opérationnelle du modèle d'organisation du travail, et surtout,**
4. **le processus de redéfinition des rôles professionnels et le champ d'exercice des professionnel(le)s non-médecins.[6,57]**

3.2.4 Gouvernance territoriale et de proximité

La **gouvernance territoriale** réfère à l'organisation, à la gestion et à la coordination des services de santé au niveau local, afin d'assurer un accès équitable et de qualité aux soins pour la population. Cette approche réfère au concept de santé populationnelle (responsabilité populationnelle) qui vise à maintenir et améliorer la santé et le bien-être d'une population.[71] Elle s'effectue au sein d'un **territoire donné** (local, régional) afin de tenir compte des particularités du territoire et des communautés au sein desquels la population vit. Elle vise à répondre de manière optimale aux **besoins exprimés et non exprimés** de la population. Nous retrouvons à l'annexe 6 les principales caractéristiques d'une gouvernance populationnelle territoriale.

L'approche de gouvernance territoriale soulève la question du niveau de granularité optimal, ou taille de la population de référence, pour le financement et l'organisation des services. Bien qu'il n'existe pas de consensus strict sur la taille idéale pour une population à desservir dans une optique régionale, le niveau de découpage territorial pour l'organisation des SSPL devrait permettre d'assurer :

- La **proximité géographique** des services, c'est-à-dire que la distance à parcourir ou le temps de déplacement pour obtenir des services n'est pas excessif;
- **L'accessibilité aux services**, soit une couverture territoriale équitable en fonction de la densité et de la répartition géographique de la population;
- **L'adéquation aux besoins et aux différences démographiques de la communauté**, considérant que les contextes locaux peuvent différer, présenter des défis particuliers, et nécessiter une réponse cohérente et adaptée;
- **La gestion efficace des ressources**, c'est-à-dire l'utilisation optimale des professionnel(le)s disponibles et du budget consacré pour favoriser la coordination des SSPL et les transitions entre les différents niveaux de services sur le territoire, en évitant la dispersion des ressources.

Au Québec, le système de santé et de services sociaux est organisé selon trois niveaux de territoire, le territoire des CISSS et CIUSSS, qui sont devenus des composantes de Santé Québec, et qui regroupent en moyenne 300,000 habitant(e)s, le territoire des réseaux locaux de services (RLS) qui regroupent en moyenne 92,000 habitant(e)s (médiane 45,538) et le territoire des CLSC, qui regroupe en moyenne 50,000 habitant(e)s mais où il existe de grands écarts selon les régions.[72] Les CLSC étaient traditionnellement responsables des SSPL pour la population de leur territoire avec une gouvernance incluant une représentation communautaire. Les CLSC ont perdu leur gouvernance lors de leur intégration aux centres de santé et de services sociaux en 2003. Les RLS n'ont pas de gouvernance spécifique.

Les bénéfices théoriques en faveur d'une taille plus importante sont les économies d'échelle et une uniformisation accrue de l'offre et de la qualité des services. Toutefois, les données probantes suggèrent que ces bénéfices puissent prendre du temps à se matérialiser dans le cadre de fusions organisationnelles, ou même ne pas survenir du tout.[73] Une gouvernance territoriale à plus large échelle est aussi davantage susceptible de devenir plus centralisée et hiérarchique, ce qui tend à diminuer l'engagement professionnel et l'implication des communautés locales dans l'élaboration des services de santé.[73,74] Un encadrement local, une connaissance approfondie du contexte, et des relations étroites avec les acteurs du terrain sont largement reconnus comme nécessaires pour gérer les réalités liées à la fourniture d'une couverture populationnelle de services de première ligne, militant en faveur d'une plus petite taille pour le niveau ultime de gouvernance territoriale.[75]

Néanmoins, la taille n'est qu'un facteur parmi plusieurs autres affectant la performance des organisations territoriales de SSPL. La manière dont elles sont gouvernées, leurs modalités de gestion, le degré d'autonomie des gestionnaires locaux, les mécanismes budgétaires, les incitatifs explicites et implicites pour les équipes et les individus, la manière dont elles collaborent avec d'autres organisations, la structure sociodémographique des populations qu'elles desservent, et les caractéristiques des régions dans lesquelles elles opèrent peuvent également avoir un impact substantiel sur leurs résultats.[73,76] Tout changement significatif dans la gouvernance implique des coûts à court et moyen termes en ce qui a trait aux ressources de gestion supplémentaires pour soutenir le processus; à l'effet néfaste sur le moral du personnel et des personnes touchées; et à la perturbation du fonctionnement habituel des organisations impliquées.[75,77]

L'analyse des juridictions révèle que les formes de gouvernance varient grandement d'un pays à l'autre. L'Angleterre est l'un des pays les plus avancés sur cette dimension où des réseaux de soins primaires ont été créés en 2019 pour améliorer l'intégration des soins au sein des communautés locales. Les réseaux sont constitués de groupes de médecins qui collaborent avec divers acteur(-trice)s locaux(les) dont des services communautaires. Ils desservent entre 30 000 à 50 000 habitant(e)s. Le financement du modèle se fait via un contrat d'économie partagée, qui réinvestit les gains dans l'intégration des soins sur le territoire. Dans les pays scandinaves, ce sont les municipalités qui sont responsables du financement et de l'organisation des services de première ligne.

En France, le modèle des maisons de santé pluridisciplinaire s'appuie sur un projet de santé basé sur les besoins de la population desservie du territoire. Ce sont les Agences régionales de santé au niveau régional qui soutiennent financièrement les maisons de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été définies par la loi en 2016. Il s'agit de regroupement de différents acteur(-trice)s sur la base d'un projet de santé territorial, pour une meilleure organisation des parcours des patient(e)s et une amélioration de l'exercice des professionnel(le)s.

3.3 Indicateurs de résultats axés sur la valeur

La valeur dépend des résultats et non des intrants. Celle-ci se mesure donc par les résultats obtenus et non par le volume de services fournis ou par le processus de soins utilisé. L'évaluation et l'amélioration des processus de soins – en d'autres mots de la qualité des soins – constituent des procédés importants pour les prestataires et les organisations de soins et services, mais ne sont pas des substituts à la mesure des résultats ni des coûts.[16] D'ailleurs, plusieurs initiatives sont en cours au Québec sous le leadership, entre autres, de l'Unité de Soutien SSA Québec, visant l'implantation d'une stratégie d'amélioration continue en SSPL.[78] **La présente section porte plus spécifiquement sur la proposition des principes qui devraient guider l'élaboration d'un ensemble de mesures de résultats permettant de suivre la mise en œuvre de la politique et de témoigner des progrès réalisés sur les grandes orientations.** La mesure des résultats de soins et services n'est généralement pas sous le contrôle direct d'un(e) seul(e) prestataire et ne devrait pas avoir pour principal objectif de permettre des comparaisons entre eux, mais de favoriser une responsabilité collective et de stimuler les apprentissages et innovations.

Le choix d'un ensemble de mesures de suivi d'une politique de SSPL devrait s'appuyer sur le cadre du quintuple objectif axé sur la création de valeur et suivre des critères explicites. À notre connaissance, aucun ensemble d'indicateurs existant ne répond parfaitement aux besoins spécifiques de la future politique. Cependant, les critères employés par plusieurs initiatives nationales et internationales[79-81] peuvent être adaptés pour soutenir la constitution d'un ensemble approprié.

La politique sera un succès si elle permet de créer et d'assurer de la valeur à l'échelle populationnelle. Compte tenu des lacunes importantes d'accès aux soins et services de première ligne, il serait insuffisant et trompeur de ne considérer que les perspectives des usager(-ère)s présent(e)s ou inscrit(e)s dans les milieux de soins et services. L'unité d'analyse doit référer à une population entière pouvant être définie selon un territoire et permettre des analyses selon les déterminants de la santé et les besoins en soins et services. Également, la pertinence des mesures choisies doit être manifeste à différents égards (encadré).

Critères de pertinence des mesures choisies:

- Les indicateurs doivent se rapporter au **quintuple objectif** ET **mesurer des phénomènes qui sont imputables à la première ligne.** Certains marqueurs clés de la santé de la population, comme l'espérance de vie ou la mortalité infantile, ne devraient pas être considérés puisqu'ils sont principalement déterminés par des facteurs socio-environnementaux plus larges et demeurent peu affectés par l'action des SSPL.
- Les indicateurs doivent être **axés sur la valeur** et pour ce faire, ils **doivent porter sur des résultats.** Par définition, les résultats se distinguent des intrants (volumétrie) et des processus (qualité). L'évaluation et l'amélioration des processus de soins – en d'autres mots de la qualité des soins – constituent des procédés importants pour les prestataires et les organisations de soins et services, mais ne sont pas des substituts à la mesure des résultats et des coûts.
- Afin de maximiser la valeur, les indicateurs choisis doivent porter sur **les résultats les plus importants pour la population et les usager(-ère)s.**
- Les indicateurs doivent aussi se rapporter au **niveau approprié d'action et d'imputabilité des destinataires visés** (macro, méso, micro), qu'il s'agisse par exemple d'un État, d'un établissement, d'une équipe, ou d'un(e) professionnel(le). Dans le cadre du présent mandat, le tableau de bord gouvernemental devrait être constitué d'indicateurs de haut niveau.

Les indicateurs doivent répondre à des normes élevées en matière de **validité** et de **fiabilité**. Pour ce faire, ceux qui ont déjà fait leurs preuves devraient être favorisés, comparativement aux mesures plus nouvelles ou expérimentales qui sont à un stade précoce de développement. Ceci contribue aussi à assurer leur **mesurabilité**. À cet égard, nous disposons déjà de capacités de collecte de données de haut calibre au Québec dont on aurait tout intérêt à tenir compte, notamment avec l'Institut de la statistique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE).

Finalement, l'ensemble de mesures devrait être **consensuel et parcimonieux.** Les indicateurs choisis doivent fournir des repères stratégiques permettant de témoigner de la proposition de valeur de la première ligne. Cette information doit être utile à la population, aux usager(-ère)s, aux prestataires de soins et services, aux décisionnaires et aux leaders de la première ligne. Nous retrouvons à l'annexe 7 des exemples de mesures de résultats considérées par différents groupes ou juridictions.

4. Attentes de la population québécoise

Source: Percolab

À travers des enquêtes ou des forums populationnels, les québécois(e)s ont identifié plusieurs attentes vis-à-vis leurs SSPL. **Les québécois(e)s souhaitent des SSPL qui sont inclusifs, c'est-à-dire que ces services soient publics, disponibles et accessibles à tous, sans distinction de statut d'inscription.**[82-84]

L'enquête nationale NosSoins menée en 2022 a recueilli plus de 9 000 réponses à travers le Canada dont plus de 2 500 au Québec et elle apporte quelques éléments permettant d'y voir plus clair.[85] Quelques faits saillants sont présentés ci-après dans l'encadré.

Faits saillants Sondage NosSoins au Québec[86]

- 31% des Québécois et Québécoises déclarent ne pas avoir de médecin de famille
- Davantage de Québécois(es) ont un(e) médecin de famille travaillant en collaboration avec un(e) infirmier(-ère) (39% Québec vs 36% Canada), avec un(e) travailleur(-euse) social(e) (15% Québec vs 9% Canada) et un(e) pharmacien(ne) (21% vs 12%) qu'ailleurs au Canada.
- Parmi les répondant(e)s québécois(es) qui n'ont pas de médecin de famille ou d'IPS, 37% ont dû payer des frais pour des soins non urgents, contre 21% dans l'ensemble du Canada.
- 85% croient que les équipes multidisciplinaires en première ligne devraient être réorganisées pour fonctionner comme le système public d'éducation et accepter toute personne vivant dans leur quartier (72% pour l'ensemble des Canadiens).[87]

Cette vaste enquête NosSoins, combinée à des forums populationnels réalisés dans cinq autres provinces canadiennes, a mené à la définition de six caractéristiques essentielles des SSPL efficaces considérés comme des « standards », présentés dans l'encadré, pour guider l'élaboration de politiques publiques.83

Les six standards NosSoins[83]

1. Chaque personne est en **relation** avec une professionnelle ou un professionnel de soins primaires qui collabore avec d'autres professionnelles et professionnels de la santé au sein d'une équipe financée par le gouvernement.
2. Chaque personne reçoit des soins **continus** auprès de son équipe de soins primaires et peut y accéder en temps opportun.
3. Chaque personne a une équipe de soins primaires qui est en contact avec les **services communautaires et sociaux** qui, ensemble, soutiennent son bien-être physique, mental et social.
4. Chaque personne peut avoir **accès à son dossier médical** en ligne et le partager avec ses professionnelles et professionnels.
5. Chaque personne reçoit des **soins adaptés à ses besoins et culturellement sécurisants** par des professionnelles et professionnels de la santé qui représentent la diversité des communautés desservies.
6. Chaque personne est prise en charge par un système de soins primaires qui est **imputable** auprès des communautés qu'il dessert.

En complément de l'enquête NosSoins, cinq panels populationnels ont été consultés dans cinq provinces. Au Québec, ce sont 31 québécois(e)s qui ont collectivement investi près de 900 heures de leur temps pour s'informer auprès des expert(e)s du domaine et délibérer ensemble sur les défis et les possibilités d'améliorer les services de première ligne au Québec en appliquant une démarche de délibération populationnelle éprouvée.[82] Le tableau 1 résume leurs recommandations.[82]

Tableau 1 – Recommandations du panel populationnel québécois NosSoins[82]

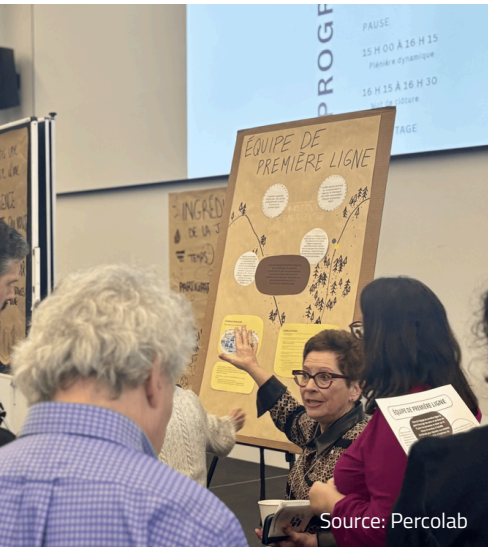
Enjeux systémiques affectant la santé • Prioriser et respecter le droit à l'autonomie des personnes • Développer des outils de vulgarisation du fonctionnement du système • Fournir de la formation continue sur la prévention des discriminations	**Interdisciplinarité et continuité** • Favoriser une culture tenant compte des déterminants sociaux de la santé, afin d'assurer une bonne continuité des soins • Valoriser une meilleure collaboration interdisciplinaire avec les services communautaires	**Ressources humaines** • Créer des milieux de travail optimaux et inclusifs • Fournir un soutien administratif aux praticien(ne)s • Améliorer la reconnaissance des diplômes acquis à l'extérieur du Québec
Flexibilité et innovation • Valoriser une approche de santé plus holistique • Veiller à ce que les patient(e)s aient la possibilité d'accéder à leur dossier médical personnel • Donner plus d'autonomie aux professionnel(le)s de la santé, autres que les médecins	**Promotion du système public** • Protéger et étendre la couverture du régime public aux traitements de toutes les conditions médicales • Définir un meilleur cadre juridique de la pratique clinique à potentiel lucratif • Limiter les possibilités de développement du modèle entrepreneurial en santé et services sociaux	**Décentralisation de la gouvernance** • Intégrer des membres du public aux conseils d'administration • Définir, en coconstruction avec la population, des indicateurs populationnels de la performance des programmes et des services du système de santé

Relativement à la qualité attendue des SSPL, deux études réalisées au Québec révèlent que les usager(-ère)s et les professionnel(le)s ont des cibles prioritaires communes : l'écoute des clinicien(ne)s pour adapter les soins à chaque patient(e); la réception d'informations personnalisées sur sa santé; l'accès à court terme (24-48h) à un(e) professionnel(le) de la clinique en cas de problème; assurer une continuité relationnelle et informationnelle des soins; ainsi que le maintien à jour des compétences professionnelles. Cependant, l'équipe interprofessionnelle intéresse moins les usager(-ère)s que les clinicien(ne)s, car les processus d'équipe compliquent la fluidité et cohérence des soins de leur point de vue.[84,88]

En 2024, plus de 37 000 Québécois(es) orphelin(e)s inscrit(e)s sur le guichet d'accès aux médecins de famille en Montérégie ont répondu à un questionnaire sur l'expérience d'utilisation des services de première ligne. Parmi eux 67% mentionnaient qu'il était important d'avoir une personne-ressource en qui ils ont confiance et 88% ont affirmé être d'accord avec le fait d'être suivi par un(e) IPS.[89] Enfin, un Sondage SOM-Collège des médecins du Québec révélait qu'au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié de la population (54 %) qui a éprouvé un problème de santé s'est privée de consulter un(e) médecin alors qu'elle souhaitait le faire. Et près du tiers de celle-ci (29 %) ne l'a pas fait parce qu'incapable d'obtenir un rendez-vous. Plus de 1 personne sur 4 (26 %) a consulté un(e) médecin au privé, une tendance à la hausse par rapport à 2022.[90] **Ces données suggèrent des problèmes d'accès et de besoins non comblés qui échappent aux intervenant(e)s du réseau.**

Les Québécois(e)s désirent faire partie de l'équation visant l'amélioration des services de première ligne. **Leurs attentes doivent être au cœur des changements.**

5. Constats tirés des consultations



Source: Percolab

Les consultations visaient à comprendre comment faire atterrir les constats de la synthèse de la littérature dans le contexte québécois ainsi qu'à recueillir les savoirs expérientiels des parties prenantes. Nous avons réalisé 59 consultations sous forme d'entrevues semi-dirigées individuelles ou en groupe d'un maximum de 10 personnes (60-90 minutes). Une diversité d'acteur(-trice)s (n=211) provenant du RSSS ou d'autres secteurs de la société civile, incluant des personnes et des usager(-ère)s du réseau, a été consultée. Une description détaillée des personnes consultées et du nombre de consultations par groupe est disponible à l'annexe 1. Le schéma d'entrevue a été envoyé aux participant(e)s avant les consultations (Annexe 2). Plusieurs groupes ont également fait parvenir des mémoires et des documents afin de bonifier leurs perspectives partagées en entretien (n=33). Notre démarche est inspirée par celle conduite en 2023-2024 par l'Unité de Soutien SSA Québec qui consistait à proposer des orientations au MSSS pour un GMF apprenant.[91] Une synthèse plus détaillée des consultations est présente à l'annexe 8.

5.1 Point de vue des patient(e)s

L'amélioration de **l'accès à la première ligne, particulièrement en heures défavorables**, passe par une reconnaissance pleine et entière de la perspective des usager(-ère)s et des patient(e)s partenaires qui ont la volonté de faire partie intégrante des milieux de soins sous le principe du jamais pour nous sans nous!

Le partenariat avec les patient(e)s est reconnu comme un levier essentiel pour transformer les services de première ligne. Pour qu'il soit déployé à son plein potentiel, la première ligne gagnerait à mieux valoriser les savoirs expérientiels, notamment par une reconnaissance concrète comme la rémunération. Une participation significative passe par un réel pouvoir d'influence dans les décisions, afin que les patient(e)s partenaires se sentent véritablement écouté(e)s et impliqué(e)s.

Au Québec, la **littératie en santé** – soit la capacité à comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions éclairées sur sa santé – demeure un enjeu important, particulièrement pour les personnes vivant avec des vulnérabilités. Ces personnes sont souvent confrontées à la technologie au détriment d'une approche plus humaine, ce qui renforce les barrières d'accès. De plus, il persiste une méconnaissance du fonctionnement de la première ligne (comment y accéder et y naviguer) et des **rôles et responsabilités** des différents membres de l'équipe de soins, tant chez les usager(-ère)s que chez certain(e)s professionnel(le)s. Ainsi, plusieurs questions demeurent trop souvent sans réponse, au détriment d'usager(-ère)s qui se retrouvent aux urgences, faute de mieux.

Pour les patient(e)s consulté(e)s, il est essentiel de soutenir l'intégration des rôles de **proches aidants** en milieux de première ligne, de même que le développement de postes de professionnel(le)s pivots pour mieux accompagner les populations vulnérables appelées à recevoir des soins. La pair-aidance est un élément fort qui est ressorti lors de plusieurs consultations.Ce rôle devrait être reconnu, valorisé et intégré dans les équipes de soins.

Selon les patient(e)s consulté(e)s, l'application de ces mesures contribuerait à garantir une meilleure accessibilité, équité, justice et sécurité des soins pour l'ensemble de la population. Un accès équitable aux soins suppose de considérer la ou le patient(e) dans sa globalité, en tenant compte des besoins physiques, psychologiques, sociaux et culturels, afin d'assurer des soins à la fois humains et sécuritaires de chaque personne. Le lien de confiance avec un(e) professionnel(le) est important et favorise la **continuité des soins**.

Les patient(e)s consulté(e)s ont par ailleurs mentionné l'importance de développer les **indicateurs plus qualitatifs** en fonction de ce qui a de la valeur pour la population, tels les PREMs (patient-reported experience mesures). Ceux qui importent aux patient(e)s ne sont pas toujours les mêmes que ceux utilisés par les décisionnaires ou professionnel(le)s de la santé. Pourtant, ces indicateurs doivent aussi être considérés, car ils reflètent ce qui compte réellement dans l'expérience vécue par les personnes. Dans le même ordre d'idée, la recherche, l'innovation et l'ACQ doivent répondre aux besoins du terrain et des patient(e)s.

5.2 Point de vue de l'ensemble des parties prenantes

5.2.1 Constats et obstacles

Vision de la première ligne

La première ligne demeure perçue comme un ensemble de points d'entrée dans le système de santé qui inclut les CLSC, les GMF, les pharmacies, les consultations virtuelles, les cliniques de santé en partenariat fort avec les organismes communautaires, les services préhospitaliers ainsi que municipaux. Ces différents acteur(-trice)s opèrent souvent en silos, limitant ainsi la cohésion et l'efficacité de l'ensemble. Par ailleurs, les milieux scolaires et municipaux, bien que dotés d'un rôle potentiellement important, manquent des ressources nécessaires pour s'impliquer à la hauteur de leur capacité. L'organisation des soins et services reste centrée sur l'hôpital et la maladie, reléguant la prévention et la promotion de la santé au second plan.

Ressources humaines et milieux de soins

Les professionnel(-le)s de la santé expriment une perte de sens et un désengagement croissant reliés au manque de valorisation des professions, aux tensions organisationnelles, de même qu'à la lourdeur de la bureaucratie. Les différences de modalités d'embauche entre le secteur public et privé au sein d'une même équipe compliquent davantage la gestion et la stabilité des équipes. Par ailleurs, la méconnaissance des rôles et responsabilités de chacun entrave la collaboration interprofessionnelle.

Financement

Les personnes consultées mentionnent qu'il est nécessaire de mettre en place un financement dédié et protégé exclusivement pour la première ligne, qui ne puisse être redirigé vers d'autres secteurs. Ce financement doit être décentralisé, avec une imputabilité claire aux échelons locaux, permettant d'organiser les soins au plus près des réalités et besoins territoriaux.

Il est également recommandé de rompre avec le cloisonnement actuel par programmes et de favoriser une approche par trajectoires de soins. Les ententes avec les GMF et autres cliniques doivent être mieux encadrées, avec des cibles d'atteinte de résultats centrés sur la valeur des soins plutôt que sur la volumétrie. Le développement de modèles de rémunération mixtes, où la capitation serait majoritaire, est vu comme une façon efficace de favoriser la collaboration, l'accès équitable et l'amélioration continue de la qualité.

Affiliation et accès

L'accès et la continuité des soins restent inégaux selon le statut d'inscription des patient(e)s. Les populations vulnérables sont particulièrement affectées par ces disparités. Bien que le lien de confiance avec un(e) professionnel(le) de la santé soit valorisé tant par les patient(e)s que par la majorité des professionnel(le)s, aucun consensus ne se dégage quant à l'acteur(-trice) idéal(e) pour assumer ce rôle. Cependant, tous et toutes s'entendent sur le fait que les milieux de soins doivent se retrouver en proximité et devraient lever les obstacles à un accès équitable, facile et qui réponde aux réels besoins.

Gouvernance

Un large consensus se dégage sur la nécessité de décentraliser la gouvernance des SSPL, tout en évitant l'isolement des territoires. Toutefois, les espaces de communication intersectorielle sont actuellement rares, et les partenaires du réseau – GMF et autres cliniques, organismes communautaires, services préhospitaliers – se sentent souvent instrumentalisés par les CISSS et CIUSSS. La mise en place d'une cogestion efficace entre les cliniques et les établissements demeure difficile, d'une part parce que les rôles et responsabilités de chacun ne sont pas clairs ou respectés, le lien de confiance peu établi et d'autre part parce que les médecins, bien qu'au cœur de cette gestion, ne sont généralement pas formés à ces fonctions. Il demeure aussi important de développer de réels liens de mutualité d'égal à égal entre les CISSS et les CIUSSS et les partenaires, tels les GMF, les autres cliniques et les organismes communautaires. Le leadership dans les cliniques reste essentiellement médical, influencé par le modèle d'affaires des GMF et leur mode de financement. Finalement, tous s'entendent sur la nécessité de développer une meilleure fluidité de part et d'autre entre la première et la deuxième ligne.

Données et innovations

Les indicateurs actuellement utilisés en première ligne sont principalement centrés sur la volumétrie, ce qui limite la capacité à évaluer la qualité des soins, l'expérience des usager(-ère)s, l'équité et les résultats en matière de santé. L'accès aux données pertinentes est restreint, et certains fournisseurs de systèmes informatiques peuvent prioriser des intérêts commerciaux au détriment des besoins cliniques. Par ailleurs, bien que de nombreuses innovations émergent sur le terrain, elles sont souvent limitées à des phases expérimentales, faute de financement pérenne ou de stratégie de déploiement à plus grande échelle. La gestion du changement, pourtant essentielle à la réussite des transformations, est souvent absente ou sous-estimée.

5.2.2 Pistes de solution

Renforcer la prévention et la santé durable

Pour construire une première ligne forte et résiliente, il est essentiel d'intégrer pleinement la prévention et la promotion de la santé au sein des parcours de soins et ce, en amont de la maladie. Cette orientation nécessite un ancrage solide avec la santé publique, en collaboration étroite avec les milieux scolaires, municipaux et les autres partenaires intersectoriels. L'éducation en santé, amorcée dès le primaire, doit permettre à chacun de développer une compréhension globale de sa santé, des services offerts et des gestes d'autosoins.

Au-delà du système de soins, la santé se construit dans les milieux de vie. Il devient donc crucial d'aménager des environnements favorables, comme des espaces verts, des infrastructures de transport actif et des lieux de rencontre. Les municipalités ont un rôle central à jouer dans cette perspective, en s'assurant que des services adaptés aux réalités locales soient mis en place pour répondre aux besoins de base de la population et réduire les inégalités sociales.

Renforcer les équipes interprofessionnelles

Afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, de renforcer les capacités et la stabilité des équipes ainsi que de soutenir l'expertise spécifique en SSPL, il apparaît important d'offrir de la flexibilité aux milieux cliniques dans le choix des professionnel(le)s et modalités d'embauche, selon ce qui est le plus adapté aux besoins des populations qu'ils desservent et leurs capacités.

Le développement de communautés de pratique, la définition de standards cliniques communs et l'offre de formations spécifiques aux SSPL – intégrant les principes d'équité, de diversité et d'inclusion – sont essentiels pour renforcer la compétence et l'agilité des équipes. Il est aussi crucial de valoriser les professions, réduire la charge administrative et libérer du temps pour le travail d'équipe.

Repenser le financement

Un financement dédié aux SSPL, non transférable vers d'autres secteurs, reste essentiel pour répondre aux besoins des populations. Les parties consultées ont affirmé que ce financement devrait être décentralisé et accompagné d'une imputabilité claire. Il faut également revoir les modalités de contractualisation avec les GMF et autres milieux cliniques, avec des cibles d'atteintes de résultats basés non seulement sur des volumétries, mais également sur l'atteinte du quintuple objectif. Des modèles de rémunération mixtes, comprenant une composante plus grande à la capitation, permettraient de favoriser la collaboration, l'ACQ et un accès plus équitable aux soins.

Développer une culture des données et soutenir l'innovation

Développer des indicateurs en cohérence avec le quintuple objectif et axés sur la création de valeur, favoriser l'accès aux données ainsi que renforcer les compétences et le soutien en ACQ sont autant de mesures nécessaires pour assurer une première ligne forte. Les innovations prometteuses doivent être reconnues, soutenues à long terme et déployées à plus grande échelle. La gestion du changement doit être intégrée de façon systématique dans toutes les initiatives de transformation et ce, à tous les niveaux.

Repenser l'affiliation

Un modèle d'affiliation souple, centré sur des équipes interprofessionnelles de proximité et sur l'autonomisation des usager(-ère)s, permettrait de renforcer la continuité, l'accessibilité et la pertinence des soins. Il est également crucial de lever les barrières systémiques, technologiques et physiques qui limitent l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

Décentraliser la gouvernance avec cohérence

Il est proposé de mettre en place un cadre provincial de gouvernance structurant, précisant les différents rôles de paliers de gouverne, laissant au palier local la souplesse nécessaire pour définir les modalités les plus adaptées à leur contexte. Des tables locales de santé durable, réunissant les différents acteur(-trice)s du territoire ainsi que la population, permettraient une gouvernance plus intégrée. La mise en place d'une cogestion clinico-administrative efficace dans les milieux de soins nécessite des rôles clairement définis et des formations en leadership partagé.

6. Forum Orientations première ligne

Le Forum Orientations première ligne a réuni, le 20 mars 2025, 135 participant(e)s qui avaient préalablement pris part aux consultations, ainsi que des représentant(e)s du MSSS qui étaient présent(e)s à titre d'observateurs. Le programme du Forum est présenté à l'annexe 3.

L'objectif de cette journée était de partager les principaux résultats de la révision des données probantes et des consultations pour ainsi soumettre à la revue critique des participant(e)s une première proposition de six thèmes orienteurs issus de la synthèse des savoirs scientifiques et expérientiels.

La richesse des échanges nous a permis de mieux saisir les points de tension entre la littérature et le terrain ou entre les différentes parties prenantes du terrain pour ensuite élaborer un ensemble de recommandations finales en réponse au mandat confié.

De cette journée a émergé une réflexion éclairante relative aux forces et défis du Québec ainsi que certains constats clairs portant sur les éléments de convergence et divergence parmi les personnes participantes.

7. Analyses contextualisées au Québec

Il se dégage des consultations une volonté forte et consensuelle d'ancrer les SSPL dans un véritable projet de société. Au cœur de cette vision, la **santé est perçue comme un bien collectif** qui se construit partout et **en amont de la maladie**, grâce à **la participation active de la population**. Cela appelle à des actions concrètes afin de favoriser le bien-être psychologique, mental, physique et social de toutes et tous.

L'analyse croisée des consultations et des données probantes issues de la littérature met en lumière plusieurs **convergences structurantes** ainsi que des **divergences notables** à considérer. Ces constats sont essentiels pour identifier les **leviers de transformation** sur lesquels s'appuyer et pour **anticiper les zones de tension à adresser dans la mise en œuvre.**

7.1 Convergences

Du côté des **convergences,** un large consensus émerge sur la nécessité de garantir un **accès universel, équitable et fluide** à des SSPL de qualité sans égard aux caractéristiques géographiques, socio-économiques ou administratives. Les SSPL incluent des fonctions essentielles de **promotion de la santé** et la **prévention**. La reconnaissance du rôle des **déterminants sociaux de la santé** et la nécessité d'agir au-delà du secteur de la santé font consensus. Les consultations insistent sur l'importance d'une implication accrue des municipalités, des milieux scolaires et des organismes communautaires, un besoin corroboré par la littérature qui appelle à une première ligne intersectorielle et ancrée dans les milieux de vie.

Les parties prenantes consultées, tout comme les données probantes, s'accordent aussi sur l'importance d'une **gouvernance de proximité**, à l'échelle territoriale, capable d'adapter l'organisation des services aux réalités locales. Les participant(e)s appellent à une autonomie accrue des communautés locales, en lien étroit avec des structures provinciales cohérentes. La littérature converge en soutenant la gouvernance à plusieurs niveaux, ancrée dans une approche populationnelle.

L'usager(-ère) comme partenaire légitime du système est une autre convergence importante. Cette personne est reconnue à la fois comme spécialiste de sa santé, partenaire dans son parcours de soins et comme acteur clé du système, appelant à un renforcement de la littératie en santé et à l'intégration du partenariat patient dans la gouvernance et plus largement dans la planification des services.

Des équipes interprofessionnelles stables, collaboratives et coordonnées sont aussi perçues comme centrales dans l'atteinte d'une première ligne forte. Les consultations et les données scientifiques s'accordent sur leur capacité à améliorer la qualité des soins, à optimiser les compétences disponibles et à favoriser une prise en charge globale. La création de conditions favorables à un **leadership clinique partagé entre les professionnel(le)s** est également largement soutenue.

Un autre point de convergence majeur met en évidence le **besoin urgent d'une infrastructure de données cliniques et populationnelles** efficace et accessible au service de la prise de décision et de l'amélioration continue des pratiques. L'absence de données limite à la fois l'évaluation de la performance et les actions d'amélioration continue. Cela rejoint les savoirs scientifiques pour des indicateurs pertinents orientés vers le quintuple objectif.

Par ailleurs, le besoin d'un **financement dédié et transparent**, aligné avec les objectifs d'une première ligne forte, ainsi que la **révision de la rémunération médicale** en faveur de modèles populationnels, font aussi l'objet d'un appui généralisé.

Enfin, **l'importance de la continuité relationnelle** est fortement mise de l'avant tant dans les consultations que dans les données probantes. Le lien longitudinal avec un(e) professionnel(le) ou une équipe est vu comme un facteur clé de qualité, d'accessibilité et d'expérience positive, avec des impacts bien documentés sur la santé, les coûts et l'utilisation des services.

7.2 Divergences

Malgré ces nombreux points d'alignement, plusieurs **divergences** significatives méritent une attention particulière. Le concept d'**inscription formelle ou d'affiliation à un(e) professionnel(le) principal(e) responsable** est souvent **mal compris ou remis en question** dans les consultations. Plusieurs acteur(-trice)s y voient un mécanisme inapplicable dans le contexte actuel, notamment en raison du manque de ressources humaines et du vécu de population « inscrite », mais sans accès réel en temps opportun.

La question de la **gouvernance territoriale** suscite également des débats : aucun consensus ne se dégage quant à la **granularité optimale** (RLS, CLSC, autres), ni sur les leviers concrets à disposition des territoires. Et si les déterminants sociaux sont reconnus comme incontournables, les **liens intersectoriels** avec les milieux de vie (éducation, logement, municipalités) demeurent fragiles. Les consultations révèlent l'absence de mécanismes structurants et une forte dépendance à des initiatives locales isolées, contrastant avec les attentes formulées dans les données probantes. Cela limite la portée populationnelle réelle des interventions de première ligne.

La prépondérance du **leadership médical** qui est remise en question et les modalités de **cogestion des soins** demeurent floues pour de nombreux et nombreuses professionnel(le)s. Le modèle québécois de **double appartenance des professionnel(le)s** (établissements et GMF) est perçu comme un frein à la collaboration et il n'a pas été observé dans les autres juridictions analysées. Les milieux consultés décrivent des tensions liées à la coordination des horaires, à la culture organisationnelle et à l'imputabilité, sans levier clairement identifié pour les résoudre.

Les **technologies de l'information**, bien qu'identifiées comme leviers d'intégration des systèmes performants, sont souvent **mal adaptées aux flux de travail réels**, imposant un **fardeau administratif**, et sont rarement développées avec l'apport significatif des professionnel(le)s et de la population. Les consultations rapportent le **peu de soutien des outils technologiques pour favoriser la coordination des soins**, le partage d'informations et la collaboration. De plus, la **fracture numérique** renforce les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les populations vulnérables.

Ces constats permettent non seulement de situer le Québec dans une trajectoire de transformation cohérente avec les meilleures pratiques internationales, mais aussi de repérer les **zones de vigilance** à adresser pour assurer l'adhésion, l'équité et la faisabilité des changements envisagés dans la future politique publique.

7.3 Particularités propres au système québécois

Le tableau présenté à l'annexe 9 propose une synthèse du positionnement du Québec relativement aux caractéristiques associées aux systèmes de première ligne performants. Le Québec a été l'un des leaders dans le monde dans la mise en place des CLSC d'un modèle de soins primaires populationnel ancré dans la communauté dans les années 70. Aussi, l'inscription à un(e) médecin de famille existe depuis plus de 20 ans au Québec (2002). Le modèle actuel prédominant, soit la clinique de SSPL financée par le programme GMF, est un modèle interdisciplinaire qui rejoint 65% de la population québécoise.[1] C'est la plus grande couverture de la population dans un modèle interdisciplinaire au Canada.[92] De nombreuses juridictions tentent de formaliser davantage l'inscription individuelle.

Bien que ce modèle soit enviable, il demeure des enjeux significatifs pour l'accès en temps opportun aux GMF pour les patient(e)s inscrit(e)s et le Québec compte le plus grand nombre de personnes qui ne disposent pas d'une source régulière de soins ou d'un(e) professionnel(le) régulier(ère) des pays de l'OCDE. Divers enjeux et difficultés liés à la configuration actuelle du RSSS, notamment en matière d'accès et de pénurie de main-d'œuvre ont mené à cette situation. Il faut dire aussi que **l'inscription et le modèle GMF n'ont pas été implantés au Québec de façon à mobiliser les leviers associés à ce mécanisme**, dont la rémunération des médecins qui reste principalement à l'acte (environ 20% de capitation), une contractualisation peu robuste avec les milieux cliniques et un faible ratio du nombre de professionnel(le)s par équivalent médecin temps plein (ex. infirmier(-ière)s clinicien(ne)s), compromettant les gains de productivité. De même, une planification et une utilisation perfectible des ressources de première ligne territoriales en fonction des besoins des populations locales, contribuent aux défis d'inscrire toute la population.

Malgré cela, des recherches montrent que l'implantation des GMF a connu des impacts positifs en termes de résultats. Par exemple, des travaux réalisés sur une cohorte de personnes âgées de 65 ans et plus et présentant au moins une maladie chronique a rapporté une légère diminution des coûts globaux des services de santé de l'ordre de 10%,[93] une diminution des réadmissions, des visites à l'urgence et de la mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation chez les personnes inscrites à un GMF comparativement aux personnes non inscrites à un GMF.[94,95] L'inscription à un(e) médecin de famille a été associée à une réduction des visites à l'urgence sur 12 mois et une plus grande concentration des soins auprès du même médecin jusqu'à 2 ans post-inscription (période d'observation de l'étude).[96,97] En revanche, l'inscription varie en fonction de l'état de santé et de l'indice de défavorisation matérielle et sociale, suggérant certaines iniquités d'accès.[98]

Dans la structure actuelle du système, les SSPL se retrouvent sous la responsabilité de plusieurs directions distinctes des établissements qui opèrent souvent en silos. De plus, l'absence de structure formelle de gouvernance au palier local et le peu d'ascendant des mécanismes de gouvernance et de coordination de proximité rendent difficiles les actions concertées axées sur la responsabilité populationnelle. La mise en place de SSPL pertinents et efficaces dépasse la seule responsabilité du système de santé et doit mobiliser d'autres secteurs de la société civile. En l'absence de ces leviers, les modèles d'organisation de la première ligne ainsi que les modèles de soins ont souvent été définis dans l'urgence, au gré d'impératifs politiques ou de négociations avec des organisations syndicales de professionnel(le)s. Historiquement, les décideur(-euse)s ont mis davantage l'accent sur les soins aigus et épisodiques.

8. Recommandations

Source: Percolab

Nos consultations et analyses nous conduisent à recommander d'orienter la vision sur l'atteinte du **quintuple objectif**. Dans ce cadre, **l'accès** profiterait d'une place cardinale dans l'amélioration de l'expérience patient et de nombreux autres aspects propres à une première ligne forte et une santé durable trouveraient écho, notamment le souci pour l'équité, la diversité et l'inclusion, l'expérience des clinicien(ne)s ainsi que l'efficience. Garantir à toute la population du Québec un accès à des SSPL de qualité sur leur territoire est un engagement formel qu'on retrouve dans la Loi adoptée en 2023, dans laquelle on consacre la responsabilité populationnelle comme fondement d'une action collective sur chaque territoire.

De plus, il demeure incontestable que la capacité de prise en charge du réseau devra s'appuyer sur des effectifs additionnels et suffisants de personnes expertes en santé, misant sur **l'interdisciplinarité et les pratiques collaboratives**. Cependant, les principes de subsidiarité et de pertinence à l'égard de leur travail prévalent dans un souci d'efficience et de création de valeur pour les personnes concernées. Attribuer une place affirmée aux partenaires patient(e)s en gouvernance apparait incarner le moyen le plus robuste de soutenir avec force leur intégration et la prise en compte de leurs perspectives à tous les niveaux de la première ligne. De plus, la mise en commun de ressources intersectorielles et de la population de manière plus large, à la hauteur du potentiel de chacun(e), pourrait impacter significativement la lecture de la capacité du réseau.

Nous avons choisi de ne pas parler des **technologies de l'information** dans une recommandation distincte, car il s'agit d'un thème transversal qui soutient de façon intégrée toutes les dimensions d'une première ligne performante. **Il sera néanmoins crucial de veiller à leur déploiement cohérent et à leur adaptation aux besoins spécifiques des SSPL.** Concrètement, les outils numériques devront soutenir l'intégration de la première ligne au restant du réseau, la reddition de comptes, la fluidité du travail d'équipe, les flux de travail et l'amélioration continue, la gestion de l'accès, la continuité de l'information, la réduction du fardeau administratif et la participation des personnes à leurs soins.

Pour maximiser leur impact, il sera essentiel d'agir sur plusieurs leviers complémentaires, notamment en intégrant les technologies de l'information dès la conception des modèles organisationnels, en assurant l'interopérabilité des systèmes, en accompagnant les équipes dans leur appropriation des outils numériques, et en suivant de près leur contribution à la performance globale de la première ligne. Leur intégration cohérente et proactive constituera un levier incontournable pour réussir la transformation souhaitée.

Ainsi, à la lumière de notre analyse de la littérature et des larges consultations réalisées, notre groupe d'expert(e)s propose 6 grandes recommandations comme **éléments constitutifs en vue de l'élaboration d'une première politique provinciale SSPL par le MSSS**. Il sera essentiel à notre avis d'assurer un alignement cohérent entre les différents éléments présentés ici pour atteindre les objectifs visés, car aucun d'entre eux, pris isolément, ne garantit à lui seul le résultat attendu ; il faut donc éviter une approche fragmentée qui consisterait à en sélectionner seulement quelques-uns de manière ponctuelle.

01 Élaborer une stratégie de développement des ressources humaines en SSPL de façon à augmenter la capacité des équipes et des RLS à répondre aux besoins de la population à l'intérieur du système public

- **Rehausser le nombre de professionnel(le)s et valoriser pleinement l'ensemble des professions des SSPL afin de les rendre plus attractive.** Il faudra veiller à optimiser les rôles de chaque personne et à définir la composition optimale de l'équipe de base, tout en considérant l'offre de service visée et le milieu de soins concerné.
- **Travailler sur la dynamique et la performance des équipes**, en précisant les responsabilités professionnelles au sein des équipes, en développant les capacités de gestion et de leadership, et en assurant un accompagnement au changement pour soutenir l'évolution des pratiques.
- **Accroître la capacité des milieux de formation en première ligne**, tant pour la formation des médecins de famille que pour offrir aux autres professionnel(le)s des expériences pratiques en milieux cliniques et **développer une formation spécifique en SSPL** pour mieux outiller les équipes interprofessionnelles et soutenir l'évolution des pratiques.
- **Simplifier les mécanismes d'accès et intégrer des mécanismes d'aiguillage au sein des milieux cliniques** plutôt qu'à travers différents guichets - ceci doit faire partie du développement des capacités des équipes, car il s'agit d'une des priorités exprimées par la population.
- Mettre en place des leviers en SSPL pour structurer la formation, **l'intégration et la reconnaissance institutionnelle des pairs aidant(e)s et des patient(e)s partenaires** afin qu'ils contribuent de façon durable au soutien des usager(-ère)s, de leurs proches et des équipes de soins

02 Maintenir l'inscription à un(e) médecin de famille ou un(e) IPS au sein d'une équipe interprofessionnelle, sans égard aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usager(-ère)s comme assise de l'accès universel à des SSPL de qualité

- **Inciter les équipes de soins à déterminer, en partenariat avec l'usager(-ère) selon ses besoins et ses préférences, un(e) professionnel(le) principal(e) responsable au sein de l'équipe** afin d'optimiser la complémentarité des expertises professionnelles et de favoriser le partage des responsabilités au sein de l'équipe. Ce ou cette professionnel(le) peut être différent(e) du médecin ou de l'IPS avec qui l'usager(-ère) est inscrit(e).

- **Reconnaitre l'inscription comme un outil de politique publique qui implique des conditions de succès spécifiques.** L'inscription est un levier structurant qui permet d'aligner des mécanismes de financement, de rémunération des professionnel(le)s (incluant les médecins) et de gouvernance en fonction des besoins de la population inscrite; elle contribue à favoriser la continuité des soins lorsque mise en place en complément à d'autres facteurs essentiels tels que la stabilité des équipes, la qualité des relations cliniques et la coordination des services. Cependant, pour que cette politique atteigne pleinement ses objectifs, **il est essentiel d'assurer une adéquation entre la capacité du réseau et la demande générée par l'inscription.**
- Favoriser la diversité des pratiques des médecins de famille, tout comme celle des autres professionnel(le)s œuvrant en SSPL, car elle est souhaitable et soutient la performance du système, mais implique d'organiser les services et les ressources en tenant compte du fait que tous les individus ne sont pas dédiés au suivi longitudinal au sein des équipes interdisciplinaires.
- Soutenir le renforcement global des ressources humaines, de la pertinence des soins et services, ainsi que de l'autonomisation des patients, faute de quoi le risque est d'accentuer les tensions déjà présentes et de compromettre les résultats attendus.
- **Renforcer la responsabilité de l'État dans la mise en œuvre des conditions de succès de l'inscription**, incluant la création de mécanismes d'imputabilité, le soutien aux équipes cliniques et l'évaluation des résultats selon une logique de responsabilité populationnelle. Rappelons que l'inscription engage trois parties (usager(-ère)s, professionnel(le)s et payeur(-euse)).
- **Affirmer que l'universalité de l'accès ne peut être conditionnée par des critères sociodémographiques ou cliniques**, et qu'aucune distinction ne doit exister entre les usager(-ère)s dans la définition de l'accès aux SSPL.

03 Mettre en place une gouvernance de proximité des SSPL alignée avec la responsabilité populationnelle et articulée de façon cohérente avec tous les échelons du système de santé et de services sociaux, afin d'assurer aux SSPL les leviers d'action nécessaires pour organiser et adapter les services en fonction des besoins de la population et des orientations provinciale

- Ancrer la définition de l'offre de SSPL, incluant la composition des équipes, **sur une évaluation des besoins de santé de la population du territoire.**
- Décentraliser la **gestion de l'offre de services au niveau local**, soit par RLS ou CLSC, selon la taille de la population et du territoire et désigner clairement des personnes ayant le pouvoir et l'autonomie de gérer tous les services et programmes relatifs aux SSPL sans forcément les concentrer en un seul lieu physique, tout en assurant une articulation cohérente avec l'ensemble des paliers décisionnels.
- Permettre la **coexistence de modèles variés d'organisation des SSPL au niveau local, en limitant les approches uniformes de type « mur-à-mur »** et en accordant une flexibilité aux équipes et organisations pour adapter leurs solutions aux besoins des populations et des milieux de soins. Cette autonomie doit s'accompagner d'une imputabilité claire quant aux résultats attendus, afin de garantir que la diversité des approches améliore concrètement les soins et services offerts.
- Créer des **tables intersectorielles de coordination des services de proximité pour la santé durable** à l'échelle locale ou régionale selon la réalité du territoire, réunissant les différentes parties prenantes, incluant les acteur(-trice)s du réseau communautaire, de la santé publique, sans oublier les services spécialisés. Veiller à l'alignement avec la gouvernance régionale et nationale pour une action cohérente.

- **Instaurer des mécanismes de communication et de coordination efficaces entre les SSPL et la deuxième ligne afin d'assurer une fluidité optimale pour les usager(-ère)s,** notamment par des outils numériques partagés, des corridors de services formalisés, des responsables de coordination clinique, et des concertations d'équipes de première et deuxième ligne.
- **Intégrer l'usager(-ère) et les patient(e)s partenaires** à tous les niveaux pour contribuer aux réflexions sur l'offre et la planification des services.

04 Investir dans la production du savoir en SSPL pour le déploiement d'un réel système de santé apprenant

- Élaborer une **stratégie de recherche, de soutien à l'innovation et à l'amélioration continue** en SSPL notamment de concert avec: les acteurs(-trices) du terrain, les universités, le Bureau de l'innovation en Santé et Services sociaux, le ministère de l'Économie et de l'Innovation, le ministère de l'Enseignement Supérieur, les Fonds de recherche du Québec, le Réseau-1 Québec, l'Unité de soutien SSA Québec, les instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux et l'INESSS.
- **Intégrer l'évaluation rigoureuse de la valeur ajoutée des interventions** et transformations de tous les projets financés par le système; cette évaluation doit être ancrée dans le quintuple objectif.
- Mettre en place une **infrastructure de données** agile et accessible pour informer et mobiliser les équipes professionnelles et les gestionnaires sur le terrain.
- Soutenir et faciliter rigoureusement la **capacité d'ACQ et d'innovation** à tous les niveaux des SSPL, particulièrement dans les milieux cliniques (accès à des données fiables, structurées, comparables avec les pairs ou autres régions, à tous les niveaux avec transparence; capacité d'analyse des données; gestion du changement).

05 Assurer un financement public spécifique aux SSPL cohérent avec les orientations annoncées et revoir la contractualisation des milieux cliniques de SSPL recevant ces fonds publics

- Assurer la **mise en place de leviers financiers au palier local** (budget désigné pour la coordination, achat de services locaux pour besoins spécifiques, etc.) pour permettre l'autonomie dans la gouvernance de proximité décrite dans la recommandation 3.
- Revoir et élargir la couverture des **SSPL offerts par des professionnel(le)s non-médecins à travers le régime public** pour éviter de créer une discrimination liée à la nature du problème de santé ou l'affiliation à un milieu de soins offrant ou non ces services.
- Questionner la **place du privé dans les SSPL** incluant la contractualisation avec les milieux cliniques qui reçoivent du financement pour l'offre de services (raison sociale des milieux, gouvernance impliquant les différents types de professionnel(le)s et des représentant(e)s des usager(-ère)s, attribution du financement pour les frais d'opération séparée de la rémunération, etc.).
- Protéger par les lois régissant l'accès aux services de santé les **services virtuels car ceux-ci** font partie intégrante des SSPL.
- Repenser le **modèle de rémunération** des médecins en cohérence avec les recommandations de ce rapport.

06 Suivre au niveau populationnel l'atteinte des orientations annoncées par un ensemble de mesures de résultats ayant un grand potentiel de valeur ajoutée pour la population en fonction du quintuple objectif

- **Cibler les résultats ayant le plus grand potentiel de valeur ajoutée pour la population** et soutenir l'optimisation des ressources permettant de les atteindre.
- Consulter les parties prenantes ultimement imputables, en partenariat avec la population, pour **définir de façon consensuelle un ensemble parcimonieux de mesures de résultats** souhaitable pour les SSPL au niveau populationnel, **en cohérence avec le quintuple objectif**.
- Réfléchir à une approche de **suivi des résultats souhaités**, qui permettra d'aligner les intérêts des acteur(-trice)s des différents paliers de gouvernance tout en respectant leur **autonomie et flexibilité d'action sur le terrain.**
- Encourager la concertation des **organisations québécoises ayant une capacité de produire des données** pour permettre la production de tableaux de bord s'intéressant à l'ensemble des dimensions du quintuple objectif et assurer une grande transparence des résultats sous une forme intelligible au grand public.

Ces recommandations énoncent la **vision porteuse** vers laquelle nous souhaitons orienter la première ligne ; leur mise en œuvre nécessitera un **plan de transition structuré** pour y parvenir progressivement. Dans ce contexte, il paraît essentiel d'adopter une approche pragmatique, en fixant des cibles réalistes qui tiennent compte de la capacité actuelle du réseau et de l'évolution souhaitée. La transition vers un modèle d'affiliation ou d'inscription à l'ensemble de la population québécoise ne pourra se faire sans un accompagnement soutenu et une mise en œuvre échelonnée. Cela nécessitera la mise en place de modalités transitoires d'affiliation, le temps que nous augmentions la capacité en ressources humaines, incluant l'ensemble des professionnel(le)s de la santé. Il sera également crucial d'adopter un discours clair et mobilisateur qui valorise le choix de carrière en SSPL car toute transformation du système repose d'abord sur l'engagement et la contribution des professionnel(le)s qui y œuvrent au quotidien.

L'expérience des autres provinces, qui rencontrent tous des difficultés similaires dans la mise en œuvre de ces modèles, nous rappelle aussi l'importance de laisser de la flexibilité pour tester des solutions adaptées à nos réalités, notamment par des projets pilotes, et de miser sur la force des équipes interdisciplinaires plutôt que sur des prescriptions uniformes difficilement applicables dans le contexte actuel. Il est important de garder en tête que les recommandations que nous proposons tracent avant tout une vision, un véritable « Nord », qui servira de repère pour construire un plan d'action progressif vers cet objectif commun. Il serait irréaliste de penser que cette vision puisse se concrétiser dans un court délai compte tenu de la situation actuelle du réseau.

Conclusion

Ce rapport pose les bases d'une première ligne forte, cohérente et mobilisatrice pour l'ensemble du Québec. L'objectif ultime n'est pas d'uniformiser les pratiques, mais de donner une direction claire à tous les acteur(-trice)s afin qu'ils et elles avancent ensemble dans un sens commun, une étape à la fois.

Construire une première ligne performante incarne un projet collectif qui dépasse largement le réseau de la santé. Il concerne l'ensemble de la société, et les patient(e)s et leurs pairs aidant(e)s doivent y jouer un rôle actif, en tant que véritables partenaires de son succès et de sa pérennité.

Les recommandations présentées reposent sur une approche rigoureuse, à la fois scientifique et ancrée dans la réalité québécoise. Elles tiennent compte des particularités régionales et des besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

La réussite de cette transformation repose sur une mise en œuvre réfléchie et cohérente. Il faudra éviter les approches mur à mur, tout en veillant à ne pas choisir à la carte des recommandations ou des sections de celles-ci au risque d'amputer leur valeur ou d'en diluer la portée et de diminuer la capacité de produire les effets escomptés. Nous rappelons que nos recommandations stratégiques ont pour objectif d'alimenter l'élaboration de la première politique gouvernementale des SSPL, laquelle devra impérativement être accompagnée de l'élaboration avec les parties prenantes d'un plan d'action concret précisant les moyens à mobiliser pour sa mise en œuvre. Il faudra du temps pour réaliser la vision du vrai nord énoncée dans nos recommandations. Il sera important de planifier des cibles de réalisations ambitieuses, mais réalistes pour mobiliser adéquatement les parties prenantes.

Une première ligne bien structurée et portée par une mobilisation collective deviendra le socle d'un système de santé durable et capable de répondre aux défis à venir. Le Québec est prêt!

Références

1. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait - Comparaison de l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille, en fonction de leur profil de santé. . 2024:38.
2. Starfield B. Primary care, Balancing Health Needs, Services and Technologies Oxford University Press; 1998.
3. Loi sur les Services de santé et services sociaux, (1991). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2
4. Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Projet de loi no32 (2024, chapitre 42). Québec.
5. Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux. projet de loi no15 (2023, chapitre 34). Québec.
6. Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, Duhoux A, Jean E. Analytical typology of multiprofessional primary care models. BMC family practice. 2018;19:1-11.
7. Bloch G, Rozmovits L. Implementing social interventions in primary care. Cmaj. Nov 8 2021;193(44):E1696-e1701. doi:10.1503/cmaj.210229
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence - Une transformation au bénéfice de tous. 2022:28. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé – Plus humain et plus performant 2022:79. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif. 2022:116. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence - Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. 2023. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée - Des milieux de vie qui nous ressemblent. 2021:83. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf
13. Comité de transition sur la mise en oeuvre de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Plan de transformation: Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent. 2025:48.
14. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. Jama. Feb 8 2022;327(6):521-522. doi:10.1001/jama.2021.25181
15. Coleman K, Wagner E, Schaefer J, Reid R, LeRoy L. Redefining primary care for the 21st century. Vol. 16. 2016:1-20. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
16. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. Dec 23 2010;363(26):2477-81. doi:10.1056/NEJMp1011024
17. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Analyse de la performance du système. Accessed 25 mars, 2025. https://www.csbe.gouv.qc.ca/performance/analyse-performance-systeme
18. Lamarche P, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis J. Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. 2003;
19. National Academies of Sciences E, and Medicine, . Implementing high-quality primary care: rebuilding the foundation of health care. the National Academies Press; 2021.
20. Aggarwal M, Hutchison B, Abdelhalim R, Baker GR. Building High-Performing Primary Care Systems: After a Decade of Policy Change, Is Canada "Walking the Talk?". Milbank Q. Dec 2023;101(4):1139-1190. doi:10.1111/1468-0009.12674

21. Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. Health Policy. Dec 2021;125(12):1507-1516. doi:10.1016/j.healthpol.2021.09.001
22. Canadian Institute for Health Information (CIHI). How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries — Data Tables. 2023.
23. Canadian Institute for Health Information (CIHI). How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2020 International Health Policy Survey of the General Population in 11 Countries — Data Tables. 2021.
24. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. 2023.
25. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? J Health Serv Res Policy. Jul 2002;7(3):186-8. doi:10.1258/135581902760082517
26. Cook LL, Golonka RP, Cook CM, et al. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2020;8(4):E722. doi:10.9778/cmajo.20200014
27. Croke K, Moshabela M, Kapoor NR, et al. Primary health care in practice: usual source of care and health system performance across 14 countries. Lancet Glob Health. Jan 2024;12(1):e134-e144. doi:10.1016/s2214-109x(23)00513-2
28. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Bmj. 2003;327(7425):1219-1221.
29. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research. 2010;10:1-13.
30. Andres C, Cook LL, Spenceley S, Wedel R, Gelber T. Améliorer les soins primaires: La continuité est une question de relations. Can Fam Physician. Feb 2016;62(2):e57-60. Améliorer les soins primaires: La continuité est une question de relations.
31. Feinstein A. An outline from cause-effect evaluations. Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research. WB Saunders; 1985:39-52.
32. McDonald T, Ronksley PE, Cook LL, et al. The Impact of Primary Care Clinic and Family Physician Continuity on Patient Health Outcomes: A Retrospective Analysis From Alberta, Canada. Ann Fam Med. May-Jun 2024;22(3):223-229. doi:10.1370/afm.3107
33. Nicolet A, Al-Gobari M, Perraudin C, Wagner J, Peytremann-Bridevaux I, Marti J. Association between continuity of care (COC), healthcare use and costs: what can we learn from claims data? A rapid review. BMC Health Services Research. 2022/05/16 2022;22(1):658. doi:10.1186/s12913-022-07953-z
34. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL, Jr. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. Ann Fam Med. Nov 2018;16(6):492-497. doi:10.1370/afm.2308
35. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. Sep 2020;70(698):e600-e611. doi:10.3399/bjgp20X712289
36. Nowak DA, Sheikhan NY, Naidu SC, Kuluski K, Upshur REG. Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. Can Fam Physician. Sep 2021;67(9):679-688. doi:10.46747/cfp.6709679
37. Maarsingh OR. The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need? Ann Fam Med. May-Jun 2024;22(3):184-186. doi:10.1370/afm.3116
38. Health Quality Council of Alberta. Evidence summary: The benefits of relational continuity in primary care. 2017. https://www.albertadoctors.org/media/zzqlhter/evidence-summary-value-of-continuity-key-messages.pdf
39. Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does continuity of care matter in a universally insured population? Health Serv Res. Apr 2005;40(2):389-400. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00363.x
40. Breton M, Haggerty JL, Beaulieu M-D, Smithman MA, Lamoureux-Lamarche C. Au-delà de l'accès: L'importance de la continuité dans les soins de première ligne. 2024. https://static1.squarespace.com/static/61964720c689781172c6769e/t/6717b6ad1a3d7e1fed5a2edd/1729607341296/Mythe+continuite_FR.pdf
41. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. Jama. Feb 26 2003;289(8):1035-40. doi:10.1001/jama.289.8.1035
42. Breton M, Gaboury I, Beaulieu C, et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. CMAJ Open. 2022;10(3):E799. doi:10.9778/cmajo.20210314

43. Aggarwal M, Glazier RH. Toward a universal definition of provider-patient attachment in primary care. Can Fam Physician. Oct 2024;70(10):634-641. doi:10.46747/cfp.7010634
44. The King's Fund. GP contract and funding explained. Accessed 21 janvier, 2025. https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/gp-funding-and-contracts-explained
45. Godfrey L, St-Amant A, Premji K, Fitzsimon J. Impact of changes in primary care attachment: a scoping review. Fam Med Community Health. Jan 28 2025;13(1)doi:10.1136/fmch-2024-003115
46. Fitzsimon J, Cronin S, Gayowsky A, St-Amant A, M. Bjerre L. Assessing the impact of attachment to primary care and unattachment duration on healthcare utilization and cost in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study using health administrative data. BMC Primary Care. 2025/03/17 2025;26(1):72. doi:10.1186/s12875-025-02771-8
47. vård- och omsorgsanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2020: En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. 2021:116. https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2020/
48. Ellegård LM, Anell A, Kjellsson G. Enabling patient-physician continuity in Swedish primary care: the importance of a named GP. A registry-based observational study. BJGP Open. Dec 2024;8(4)doi:10.3399/bjgpo.2024.0118
49. Ellegård LM. Retention of primary care physicians and continuity of primary care: Evidence from Sweden. Conférence midi SPPOS; 2025.
50. Nabieva K, McCutcheon T, Liddy C. Connecting unattached patients to comprehensive primary care: a rapid review. Prim Health Care Res Dev. Mar 15 2023;24:e19. doi:10.1017/s1463423623000099
51. Bahler B, Aasman E, Bhella V, et al. The integrated health neighbourhood of the future: white paper on transforming primary and community-based care. Prim Care Alliance. 2020;
52. National Academies of Sciences E, and Medicine, . Designing Interprofessional Teams and Preparing the Future Primary Care Workforce. In: Robinson SK MM, Robert L. Phillips J, McCauley L, ed. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. National Academies Press (US); 2021.
53. Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, et al. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. Implementation Science. 2019;14:1-9.
54. Pan American Health O, Pan American Health O. Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks. Publications. 2012 2012;
55. SALAR. Data from: All verksamhetsstatistik inklusive statistik om vårdtillfällen för åren 2012–2021 (Excel) [All operational statistics including statistics on care opportunities for the years 2012–2021 (Excel)]. 2022.
56. Peckham A, Ho J, Marchildon G. Policy innovations in primary care across Canada. Rapid Review. 2018; (1):1-63.
57. Wranik WD, Price S, Haydt SM, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: a systematic review with narrative synthesis. Health Policy. 2019;123(6):550-563.
58. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund. 2020;12:228.
59. Duhoux A, Dufour É, Sasseville M, Laroche D, Contandriopoulos D. Rethinking primary care delivery models: can integrated primary care teams improve care experience? International Journal of Integrated Care. 2022;22(2)
60. Contandriopoulos D, Duhoux A, Roy B, et al. Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper. BMJ open. 2015;5(12):e010559.
61. DiCenso A, Matthews S. Report of the nurse practitioner integration task team submitted to the Ontario minister of health and long-term care. 2007.
62. Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, Cain E, Girouard M. Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner–paramedic–family physician model of care: the Long and Brier Islands study. Primary Health Care Research & Development. 2009;10(1):14-25.
63. Cummings G, McLennan M. Advanced practice nursing: Leadership to effect policy change. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2005;35(2):61-66.
64. D'Amour D, Dubois C-A, Déry J, et al. Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2012;42(5):248-255.
65. Gocan S, Laplante MA, Woodend K. Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education. 2014;3(3)
66. Fox S, Gaboury I, Chiocchio F, Vachon B. Communication and interprofessional collaboration in primary care: from ideal to reality in practice. Health Communication. 2021;36(2):125-135.

67. D'amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC health services research. 2008;8:1-14.
68. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. Journal of advanced nursing. 2006;53(4):381-391.
69. Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. J Interprof Care. Sep-Oct 2022;36(5):735-749. doi:10.1080/13561820.2021.1973975
70. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. Int J Integr Care. Jun 22 2021;21(2):32. doi:10.5334/ijic.5589
71. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. Integrating public health into local healthcare governance in quebec: challenges in combining population and organization perspectives. Healthc Policy. Feb 2009;4(3):e159-78.
72. Institut de la Statistique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux. Estimations et projections de population par territoire sociosanitaire. ISQ, MSSS; 2025.
73. Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? Bmj. Mar 10 2001;322(7286):599-602. doi:10.1136/bmj.322.7286.599
74. Mintzberg H. Managing the myths of health care. World Hosp Health Serv. 2012;48(3):4-7.
75. Checkland K, Imelda M, Anna C, et al. Planning and managing primary care services: lessons from the NHS in England. Public Money & Management. 2018/06/07 2018;38(4):261-270. doi:10.1080/09540962.2018.1449467
76. Morciano M, Checkland K, Hammond J, Lau YS, Sutton M. Variability in size and characteristics of primary care networks in England: observational study. Br J Gen Pract. Dec 2020;70(701):e899-e905. doi:10.3399/bjgp20X713441
77. Mintzberg H. Reorganising our heads for the care of our health. BMJ Lead. Dec 23 2024;8(4):352-353. doi:10.1136/leader-2023-000912
78. Groulx Ad, Chabot C, Drolet M, et al. Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité au Québec. Recommandations vers l'exemplarité. 2024. https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2024/05/Enonce_de_position_ACQ_mars2024-2.pdf
79. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Vol. 8. 2012:1-68.
80. Health Quality Ontario. How Indicators are Selected to Measure Ontario's Health System Performance. https://www.hqontario.ca/System-Performance/Measuring-System-Performance/How-Indicators-are-Selected
81. Martin L, Nelson E, Rakover J, Chase A. Whole system measures 2.0: a compass for health system leaders. 2016.
82. NosSoins. Panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec: Point de vue des citoyens sur l'avenir des soins de première ligne au Canada. 2023.
83. NosSoins. Les soins primaires ont besoin de NosSoins : Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires. 2024.
84. Del Grande C, Kaczorowski J, Pomey MP. What are the top priorities of patients and clinicians for the organization of primary cardiovascular care in Quebec? A modified e-Delphi study. PLoS One. 2023;18(1):e0280051. doi:10.1371/journal.pone.0280051
85. Kiran T, Daneshvarfard M, Wang R, 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. doi:10.1503/cmaj.231372
86. Corriveau B, Breton M, Kovacina N, Kiran T. Regard sur les soins de première ligne au Québec: défis, solutions et priorités. Healthydebate. 2023;
87. Corriveau B, Breton M, Kovacina N, Kiran T. Services de première ligne et équité en santé à l'ère numérique : défis et opportunités. Healthdebate. 2023;
88. Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial. Implement Sci. Feb 20 2014;9:24. doi:10.1186/1748-5908-9-24
89. Breton M, Lamoureux-Lamarche C, Deslauriers V, et al. Evaluation of the implementation of single points of access for unattached patients in primary care and their effects: a study protocol. BMJ Open. Mar 3 2023;13(3):e070956. doi:10.1136/bmjopen-2022-070956
90. Collège des Médecins du Québec. Sondage SOM-Collège des médecins du Québec sur l'accès aux soins. CMQ. Accessed 25 mars, 2025. https://www.cmq.org/fr/actualites/sondage-som-cmq-acces

91. Groulx A, Bouffard-Dumais C, Boies S, et al. GMF apprenant : Orientations. 2024. https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2024/06/GMF_apprenant_vf-1.pdf
92. Lukey A, Johnston S, Montesanti S, et al. Facilitating integration through team-based primary healthcare: a cross-case policy analysis of four Canadian provinces. International Journal of Integrated Care. 2021;21(4)
93. Strumpf E, Ammi M, Diop M, Fiset-Laniel J, Tousignant P. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. J Health Econ. Sep 2017;55:76-94. doi:10.1016/j.jhealeco.2017.06.009
94. Riverin BD, Li P, Naimi AI, Strumpf E. Team-based versus traditional primary care models and short-term outcomes after hospital discharge. Cmaj. Apr 24 2017;189(16):E585-e593. doi:10.1503/cmaj.160427
95. Riverin BD, Li P, Naimi AI, Diop M, Provost S, Strumpf E. Team-based innovations in primary care delivery in Quebec and timely physician follow-up after hospital discharge: a population-based cohort study. CMAJ Open. Jan-Mar 2017;5(1):E28-e35. doi:10.9778/cmajo.20160059
96. Smithman MA, Haggerty J, Gaboury I, Breton M. Improved access to and continuity of primary care after attachment to a family physician: longitudinal cohort study on centralized waiting lists for unattached patients in Quebec, Canada. BMC Primary Care. 2022/09/16 2022;23(1):238. doi:10.1186/s12875-022-01850-4
97. Smithman M-A, Breton M, Haggerty J. Does attachment to a family physician reduce emergency department visits? A difference-in-differences analysis of Quebec's centralized waiting lists for unattached patients. 2023.
98. Smithman MA, Brousselle A, Touati N, et al. Area deprivation and attachment to a general practitioner through centralized waiting lists: a cross-sectional study in Quebec, Canada. Int J Equity Health. Dec 4 2018;17(1):176. doi:10.1186/s12939-018-0887-9

Annexe 1

Description des participants aux consultations

	Nombre de consultations individuelles ou de groupe	Total des participant(e)s
Patient(e)s, usager(-ère)s et personnes partenaires	4	36
Clinicien(ne)s et professionnel(le)s	4	31
Communauté scientifique	6	35
Fédérations et ordres professionnels	13	30
Gestion et instances gouvernementales	14	36
Modèles d'organisation innovants	8	17
Communautaire et intersectoriel	4	5
Communauté universitaire	2	6
Autres	4	15
Total	59	211

Annexe 2

Schéma d'entrevue- Consultation des Parties prenantes

1. Qu'est-ce qui constitue les services de première ligne en santé et services sociaux au Québec aujourd'hui et qui devrait être couvert par cette politique?

2. Quels devraient être les orientations ou objectifs essentiels d'une politique nationale de soins et services de première ligne au Québec?

3. Quelles sont les principales embûches/barrières auxquelles le gouvernement et le réseau de la santé et des services sociaux font face pour mettre en place une première ligne forte ?

4. En pensant à ces orientations ou objectifs fondamentaux, quels seraient les principaux moyens à mettre en place pour atteindre ces objectifs et abolir certaines barrières à leur réalisation?

5. Pouvez-vous nous parler d'initiatives porteuses auxquelles vous avez participé et des barrières et facilitateurs que vous avez rencontrés au cours de la réalisation de ces initiatives ?

6. Le MSSS et Santé Québec veulent mettre de l'avant un mode de gestion de proximité et disent vouloir favoriser l'émergence de solutions adaptées aux réalités locales. À quoi devrait ressembler la gouvernance des services de première ligne ?

7. Quelles actions devraient être prises pour permettre une contribution significative et un engagement de la population et des usager(-ère)s à l'organisation des services de première ligne ?

8. Quels seraient les indicateurs de succès d'une première ligne performante? Pouvez-vous identifier quelques mesures de résultats qui constitueraient un tableau de bord idéal?

Annexe 3

Programme du Forum

Annexe 4

Définitions du secteur des SSPL

Soins primaires

Prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des clinicien(ne)s qui sont responsables de répondre à la grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, d'établir un partenariat soutenu avec les usager(-ère)s et d'exercer dans le contexte de la famille et de la communauté. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021)

Soins de santé primaires

Approche plus large de l'ensemble de la société qui comporte : a) les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique; b) politiques et actions multisectorielles ; et c) l'autonomisation des personnes et des communautés. (OMS 2025)

Services de proximité

Un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intra et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population. (MSSS 2023)

Services communautaires locaux (selon la Loi 15)

Un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

Références

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux. projet de loi no15 (2023, chapitre 34). Québec.
Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité: Cadre de référence. Québec, Canada: MSSS; 2023.
National Academies of Sciences E, and Medicine, . Implementing high-quality primary care: rebuilding the foundation of health care. Washington, DC: the National Academies Press; 2021.
Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Primary health care. 2025. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (1/16)

Angleterre

Vision

Système public universel. Toute la population est inscrite à un groupe de médecins (GP practice).

Ressources

Ressources humaines

0.75 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

- Équipe interprofessionnelle inclut généralement des membres de différentes organisations qui travaillent ensemble (ex. médecins, infirmier(-ière)s et travailleur(-euse)s sociaux(-les)).
- Les médecins emploient dans une majorité de cas des assistant(e)s médicaux(-les) qui ont généralement une formation en gestion de cas.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

- Financement du groupe de médecins : 60 % capitation, 15 % acte, Pay-for-performance (P4P) 10 %, 15 % entente avec les « Clinical Commissioning Groups » (CCG).
- Les professionnel(le)s sont employé(e)s et rémunéré(e)s par le groupe de médecins.
- Programme national santé mentale : Psychothérapie au privée remboursée sous certaines conditions pour un nombre fixe de consultations.

Rémunération médecins

- Les médecins se répartissent les revenus.
- 22% des médecins sont salarié(e)s / remplaçants dans la clinique.

Structures

Modèle & contractualisation

- Infrastructures privées. Équipe interprofessionnelle dirigée par des médecins.
- Le groupe de médecins ont un contrat de services avec le National Health Service (NHS) et reçoit un financement du NHS pour planifier et fournir la plupart des services hospitaliers et communautaires dans les zones locales dont ils sont responsables.
- 3 types de contrats selon la mission du milieu. 69 % opèrent selon le « General Medical Services Contract ». Le contrat comprend un remboursement du loyer.

Affiliation/inscription

- Ce sont les usager(-ère)s qui s'inscrivent à la clinique.
- La liste des Groupes de médecins est disponible par le NHS.

Gouvernance

Réseaux de soins primaires « Primary care Networks » (PCN) crées en 2019 pour améliorer l'intégration des soins au sein des communautés locales. Les réseaux sont constitués de groupes de médecins qui collaborent avec divers acteur(-trice)s locaux(les) dont des services communautaires. Ils desservent entre 30 000 et 50 000 habitants. Le financement du modèle se fait via un contrat d'économie partagée, qui réinvestis les gains (différence entre coûts prévus et coûts réels) dans l'intégration des soins au niveau régional. Les PCN peuvent contractualiser avec les CCG. Ils collaborent avec des centre d'entraide, des gyms, des clubs sportifs, etc.

Pratiques

- Les cliniques sont encouragées à utiliser des outils de triage des usager(-ère)s au sein de la clinique avant d'obtenir un rendez-vous (triage numérique ou téléphonique).
- Ces outils ne sont pas dans les contrats. C'est une participation volontaire.
- Tous les professionnel(le)s ont accès au dossier médical électronique à l'échelle du système.
- Protocole clinique (NICE guidance)

Effets

Infrastructure données nationale. Tous les professionnel(le)s doivent participer à un système qui monitore des indicateurs de standards de qualité qui inclus un questionnaire patient (GP survey). Toutes les publications sont disponibles en ligne.

**CCG: Clinical Commissioning Groups; GP: General practitioner; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NHS: National Health Service; P4P: Pay-for-performance; PCN: Primary care Networks*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (2/16)

Suède

Vision

Système universel. Inscription à une clinique (la plupart) ou à un(e) professionel(le).

Ressources

Ressources humaines

0.64 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

- Équipe interprofessionnelle. Entre 4-10 médecins, sages-femmes, infirmier(-ère)s, psychologues et physiothérapeutes.
- Infirmier(-ère)s de districts (municipal, employé) coordonnent les soins usager(-ère)s complexes et chroniques en collaboration avec cabinets.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

Tous les professionnel(le)s sont salarié(e)s (inclus les médecins).

Rémunération médecins

- Financement par capitation (90%) + 10% qualité-programmes spéciaux.
- Salaire des médecins : salaire fixé par le district sanitaire régional.

Structures

Modèle & contractualisation

- 1200 cabinets de soins primaires (60% infrastructures publiques aux régions, 40% privés).
- Contrat : le droit de créer un cabinet et remboursé par l'État s'applique à tous qui remplissent les conditions d'accréditation.
- Infirmier(-ère)s de district sous la responsabilité des municipalités (usager(-ère)s complexes) et collaborent avec les cabinets de soins primaires.

Affiliation/inscription

- Inscription volontaire à un un(e) professionnel(le) ou une clinique.
- La majorité choisit de s'inscrire à une clinique plutôt qu'un(e) professionnel(le).

Gouvernance

- Gouvernance régionale (n=21 régions) : Les régions contrôlent l'établissement de nouveaux cabinets privés et réglementent les heures d'ouverture, les compétences cliniques et d'autres aspects organisationnels.
- Gouvernance municipale. Les municipalités sont responsables des soins aux aînés et des soins de longue durée.

Pratiques

- Infirmier(-ère) est généralement le premier point contact. Triage généralement réalisé par l'infirmier(-ère).
- En moyenne au sein d'une clinique, 30% des consultations avec médecins, 30% avec les infirmier(-ère)s, 18% kinésiologues et 22% avec autre professionel(le).

Effets

- Infrastructure de données qui comparent la performance des régions. Le système est basé sur des informations provenant de registres des usager(-ère)s et de registres nationaux de qualité, d'enquêtes de satisfaction des usager(-ère)s et de réunions de dialogue entre les prestataires et les régions.
- Depuis 2006, le gouvernement publie chaque année des comparaisons de performance et des classements des services de soins de santé des régions.

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (3/16)

Hollande

Vision

Système assurantiel. Le ou la médecin généraliste comme pierre angulaire.

Ressources

Ressources humaines

0.73 médecins généraliste par 1 000 habitants

Équipe

- Petite équipe interprofessionnelle sous gouvernance médicale.
- Une équipe moyenne peut comprendre des médecins généralistes, des infirmier(-ère)s praticien(ne)s, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des infirmier(-ère)s de district.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

- Infrastructures privées.
- Groupe de médecins qui emploient d'autres professionnel(le)s. Infirmier(-ère)s salarié(e)s et des psychologues de soins primaires payé(e)s par les médecins.
- Remboursement reçu par le ou la médecin généraliste ; tous les gains de productivité qui résultent de la substitution d'un(e) infirmier(-ère) à un(e) médecin s'accumulent auprès du ou de la médecin généraliste.

Rémunération médecins

- Médecins sont des travailleur(-euse)s automnes.
- Tarifs établis par Dutch Health Care Autority. 75 % capitation, 15 % gestion de maladies chroniques, 10 % innovation « Pay-for-performance » (P4P) négociés avec les assureurs.

Structures

Modèle & contractualisation

Contrat des médecins avec Dutch Health Care autority.

Affiliation/inscription

Inscription volontaire à un(e) médecin de son choix.

Gouvernance

- Gouvernance régionale. Réseaux régionaux de médecins généralistes en *Care Groups* loco-régionaux qui sont des entités juridiques qui assument la responsabilité clinique et financière des usager(-ère)s atteint(e)s de maladies chroniques inscrit(e)s. Les groupes achètent des services auprès de plusieurs fournisseurs.
- Les réseaux régionaux couvrent aussi les heures défavorables, car il y a une obligation de couverture 24/7 par les cliniques.

Pratiques

- Le Netherlands Triage Standard (NTS) est un outil d'aide à la décision largement utilisé pour le triage téléphonique dans les services néerlandais de soins primaires en dehors des heures ouvrables.
- Les guides cliniques surtout développés en milieu hospitalier.

Effets

Ne semble pas avoir un système d'indicateurs défini en soins primaires.

**NTS: Netherlands Triage Standard; P4P: Pay-for-performance*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (4/16)

Norvège

Vision

Système public universel. Inscription à un(e) médecin.

Ressources

Ressources humaines

0.79 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

- Les cabinets de médecins généralistes comprennent généralement un à six médecins et emploient des infirmier(-ère)s, des technicien(ne)s de laboratoire et des secrétaires.
- Les pratiques multidisciplinaires avec d'autres professions complémentaires sont encore rares.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

Infrastructures privées (cabinets).

Rémunération médecins

Capitation 35 %, par la municipalité selon la liste des usager(-ère)s inscrits. À l'acte 35 %, selon les tarifs négociés avec le gouvernement. Directement des usager(-ère)s 30 %.

Structures

Modèle & contractualisation

- Contrat : Les médecins négocient avec les municipalités.
- Les municipalités sont chargées d'organiser les soins primaires d'urgence en dehors des heures de bureau. Les contrats conclus avec les médecins généralistes prévoient l'obligation de fournir des services d'urgence en dehors des heures de travail, par rotation.
- Les municipalités sont responsables d'offrir un accès aux services de psychologues (1/5 n'a pas réussi ce mandat en 2023, particulièrement en régions rurales).
- Les réseaux de médecins généralistes permettant le partage des ressources ne sont pas courants.

Affiliation/inscription

Inscription à un(e) médecin généraliste.

Gouvernance

Gouvernance municipale des soins primaires qui incluent les services de physiothérapie.

Pratiques

Triage téléphonique pour une assistance médicale non urgente a été mise en place. L'idée est d'orienter les usager(-ère)s vers le bon niveau de soins et de les aider à gérer eux- ou elles-mêmes les symptômes non urgents.

Effets

- Ne semble pas avoir un système d'indicateurs défini en soins primaires.
- Les rapports annuels portant sur les indicateurs de performance et statistiques au niveau municipal limités aux soins spécialisés.
- La direction de la santé supervise un programme national de suivi des indicateurs de qualité des soins de santé. Le programme inclut les résultats des enquêtes nationales sur l'expérience des usager(-ère)s et des indicateurs de qualité (ex. taux de survie, taux d'infection et les temps d'attente).
- Aucune information n'est recueillie ou diffusée concernant les résultats ou la qualité des performances des professionnel(le)s de la santé.

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (5/16)

France

Vision

Système assuranciel. Maison de santé au service d'une population d'un territoire et non d'une patientèle.

Ressources

Ressources humaines

0.89 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

- Historiquement, les médecins généralistes travaillaient en solo.
- Dans les maisons de santé, différents professionnel(le)s de soins primaires indépendants (travailleur(-euse)s autonomes) partagent un cabinet. Aussi, il y a un(e) coordonnateur(-trice) de soins qui accompagne l'équipe dans la mise en place du projet de santé.
- 75 % des cabinets sont composés exclusivement de médecins ; 20 % des médecins en France travaillent dans cliniques pluriprofessionnelles qui comprennent également des infirmier(-ère)s et toute une série de professionnel(le)s paramédicaux. Ratio élevé de secrétaires par médecins. 0,75 secrétaires par médecin.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

Système d'assurance fédéral qui inclut le remboursement des autres professionnel(le)s.

Rémunération médecins

À l'acte + « Pay-for-performance » (P4P) (environ 13 %) + Capitation. 35 % médecins généralistes payé(e)s à salaire.

Structures

Modèle & contractualisation

- La quasi-totalité des services de santé est assortie d'un ticket modérateur.
- Modèle interprofessionnel, 1612 maisons de santé pluriprofessionnelles (2020) qui s'appuient sur un projet de santé basé sur les besoins de la population desservie du territoire. Environ 14-15 professionnels. Le ratio des professionnel(le)s varie.

Affiliation/inscription

Système volontaire de « gatekeeping » pour les personnes 16 ans et + pour l'assurance, avec des incitations financières offertes à ceux qui choisissent de s'inscrire auprès d'un(e) médecin généraliste ou d'un(e) spécialiste. Environ 95 % de la population a choisi un(e) médecin généraliste comme « gatekeeper ».

Gouvernance

- Gouvernance régionale. La responsabilité de la stratégie locale pour la planification des capacités et des investissements en matière de soins primaires incombe à l'Agence de santé régionale par l'intermédiaire d'un volet des schémas régionaux de santé (SRS) consacré aux soins ambulatoires. Les Agences de santé soutiennent les maisons de santé pluriprofessionnelles financièrement.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été définies par la loi en 2016. Il s'agit de regroupement de différent(e)s acteur(-trice)s sur la base d'un projet de santé sur un territoire, pour une meilleure organisation des parcours des usager(-ère)s et une amélioration de l'exercice des professionnel(le)s.

Pratiques

- Par rapport à de nombreux autres pays européens, les infirmier(-ère)s et autres professionnel(le)s ont peu de responsabilités et de pouvoir dans la prestation des soins primaires en France.
- Dans les maisons de santé, il existe des protocoles de prise en charge.

Effets

Ne semble pas avoir un système d'indicateurs défini en soins primaires, mais un système de Rémunération sur objectifs de santé publique (ex. dépistage du cancer du sein, meilleure prise en charge du diabète et hypertension en fonction des guides cliniques).

**CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé ; P4P : Pay-for-performance ; SRS : Schéma régional de santé*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (6/16)

Ontario – Family Health Team (FHT) (janvier 2023: 184 FHT servant 3M population)

Vision

Système public universel.
Regroupement de médecins de famille qui intègre une équipe de professionnel(le)s et une offre de services à une population inscrite.

Ressources

Ressources humaines

1.1 médecins généralistes par 1 000 habitants en Ontario

Équipe

La taille et la composition des équipes varient, mais elles peuvent comprendre une combinaison de médecins, d'infirmier(-ère)s praticien(ne)s, d'infirmier(-ère)s, de pharmacien(ne)s, de diététicien(ne)s, de podiatres, de travailleur(-euse)s sociaux(les), d'agent(e)s de santé mentale, d'éducateur(-trice)s de santé et d'ergothérapeutes.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

Le programme comprend les fonds pour rémunérer les professionnel(le)s de l'équipe selon un barème du gouvernement.
Les professionnel(le)s sont engagé(e)s par le FHT.

Rémunération médecins

- Capitation mixte pour les usager(-ère)s inscrit(e)s. Bonus d'accessibilité pour les services à capitation (pertes sur les usager(-ère)s sont vu(e)s ailleurs qu'au FHT). À l'acte pour les usager(-ère)s non inscrit(e)s.
- Primes pour heures défavorables.

Structures

Modèle & contractualisation

Doivent se constituer en organisme à but non lucratif et avoir un conseil d'administration (CA), un plan stratégique, un plan d'amélioration continue de la qualité (ACQ), entre autres.

Affiliation/inscription

Inscription volontaire à un(e) médecin de famille. Aucun mécanisme d'aiguillage.

Gouvernance

Les CA peuvent être des « providers-based boards » ou « community-based boards », ou « mixed commuity-providers-based boards »

Pratiques

Triage téléphonique pour toute la population de la province : Health811. Infirmier(-ère)s donnent des conseils santé.

Effets

- Obligation d'ACQ pour ce modèle.
- Ne semble pas avoir un système d'indicateurs en soins primaires au niveau provincial. Données de 2023 publiées sur la performance des soins primaires en Ontario: https://www.hqontario.ca/System-Performance/Primary-Care-Performance
- Standards de soins au niveau provincial: https://www.ontariohealth.ca/providing-health-care/clinical-standards-guidelines

**ACQ : Amélioration continue de la qualité ; CA : conseil d'administration ; FHT : Family Health Team*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (7/16)

Ontario – Community Health Centre (75 CHC)

Vision

Améliorer la santé et le bien-être des populations confrontées à des barrières d'accès aux services de santé (ex. nouveaux immigrants, personnes sans assurance). Emphase sur la promotion et prévention. Offre de services et programmes.

Ressources

Ressources humaines

1.1 médecins généralistes par 1 000 habitants en Ontario

Équipe

Équipe interprofessionnelle composée généralement de médecins, infirmier(-ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s (IPS), d'infirmier(-ère)s et d'autres professionnel(le)s (travailleur(-euse)s sociaux(les), nutritionniste, conseiller(-ère) de santé, autre)

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

- Tous les professionnel(le)s sont payé(e)s à salaire et employé(e)s par le centre de santé communautaire.
- Le financement annuel est basé sur des niveaux de financement historiques et non sur le nombre de usager(-ère)s qui ont reçu des services.

Rémunération médecins

À salaire

Structures

Modèle & contractualisation

- Organisme à but non lucratif (OBNL)
- Médecins employé(e)s par le centre de santé communautaire.
- Accord de responsabilité en termes d'objectifs et de critères pour le panier de services, les soins cliniques et la gestion des ressources financières.

Affiliation/inscription

Affiliation à un(e) médecin ou IPS.
Les centres offrent aussi des services à d'autres personnes de la communauté.

Gouvernance

- Gouvernance par la communauté
- «Community-based board ». Conseil d'administration composé de volontaires de la communauté (usager(-ère)s, leaders et membres de la communauté).

Pratiques

- Obligation de pratique en heures défavorables.
- Triage téléphonique pour toute la population de la province : Health811. Infirmier(-ère)s donnent des conseils santé.

Effets

- Accord de responsabilité pour ce modèle en termes d'objectifs et de critères incluant les soins cliniques et le panier de services. Un audit effectué en 2016-2017 a montré que les critères n'étaient pas respectés dans certains établissements.
- Ne semble pas avoir un système d'indicateurs en soins primaires au niveau provincial. Données de 2023 publiées sur la performance des soins primaires en Ontario : https://www.hqontario.ca/System-Performance/Primary-Care-Performance
- Standards de soins au niveau provincial : https://www.ontariohealth.ca/providing-health-care/clinical-standards-guidelines

**CHC : Community Health Centre ; IPS : Infirmier(-ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s ; OBNL : Organisme à but non lucratif*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (8/16)

Alberta – Primary Care Network (PCN) (84 % des médecins, couvrent 90 % de la population)

Vision

Système public universel.
Réseaux de cliniques de soins primaires. Les cliniques sont composées de médecins travaillant avec d'autres professionnel(le)s pour offrir des services à une population inscrite.

Ressources

Ressources humaines

1.16 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

- Les PCN sont constitués de groupes de médecins travaillant avec d'autres professionnel(le)s de la santé, notamment des infirmier(-ère)s, des diététicien(ne)s et des pharmacien(ne)s. Il n'y a pas d'exigences fixes pour la composition de l'équipe et la structure des PCN varie.
- Collaboration interprofessionnelle n'est pas répandue dans la province.

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

Les fonds sont donnés aux PCNs qui s'occupent de payer les professionnel(le)s. Il y a un programme spécial pour soutenir la présence d'infirmier(-ère)s praticien(ne)s dans les PCNs (PCN Nurse Practitioner Support Program).

Rémunération médecins

- À l'acte (86 %), modes de paiement alternatif (14 %). Primes pour les heures défavorables et d'autres activités.
- « Baseline block funding » des PCN est déterminé par le nombre de médecins dans le réseau et le nombre de usager(-ère)s affilié(e)s à ces médecins.

Structures

Modèle & contractualisation

- Organisme à but non lucratif
- Deux modèles de gouvernance pour les PCN. Dans les deux cas, les médecins créent une société à but non lucratif qui a conclu un accord de coentreprise avec *Alberta Health Services* (AHS).

Affiliation/inscription

- Inscription à un(e) médecin. Affiliation entre l'usager(-ère) et un(e) médecin (formelle, document signé). Affiliation obligatoire pour les PCN, obligatoire pour les modes de paiement alternatifs.
- Les usager(-ère)s doivent eux-mêmes contacter la clinique.
- Il semble y avoir une certaine responsabilité de la clinique, même si l'affiliation est entre le ou la médecin et l'usager(-ère).

Gouvernance

- Une seule autorité provinciale, *Alberta Health Services*.
- Les médecins sont des actionnaires (gouvernés par le conseil d'administration du PCN) ou des contracteurs de services (entité AHS).

Pratiques

Health Link fournit un certain nombre de services cliniques à toute la population, y compris le triage téléphonique (811, 24/7) et les conseils de santé, des services de navigation et un soutien en ligne en appelant le 811 ou en utilisant l'un de ses services complémentaires, MyHealth.Alberta.ca ou InformAlberta.ca.

Effets

Les PCNs ont la responsabilité de mesurer et de rapporter certains indicateurs en lien avec les stratégies de l'Alberta en matière de soins primaires. Ceci est une condition pour assurer leur financement.

**AHS: Alberta Health Services ; PCN: Primary Care Network*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (9/16)

Québec – Groupe de médecine de famille (GMF). 362 GMF, 66 % population inscrite (2021)

Vision

Système public universel.
Modèle interprofessionnel basé sur une inscription à un(e) médecin ou infirmier(-ère) praticien(ne) spécialisé(e) (IPS).

Ressources

Ressources humaines

1.3 médecins généralistes par 1 000 habitants

Équipe

Les GMF sont des équipes interdisciplinaires composées à la base de médecins de famille, IPS, infirmier(-ère)s clinicien(ne)s, travailleur(-euse)s sociaux(les), pharmacien(ne)s et d'autres professionnel(le)s (ex. infirmier(-ère)s auxiliaires et technicien(ne)s, nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes et psychologues).

Financement milieux de soins et autres professionnel(le)s

- Le GMF reçoit des ressources financières de fonctionnement et humaines du gouvernement en fonction de leur niveau de GMF (1 à 12) qui est déterminé par le nombre d'inscriptions pondérées.
- De façon générale, les professionnel(le)s dans les milieux cliniques sont engagé(e)s par le CISSS/CIUSSS. De façon plus rare, les médecins engagent directement du personnel (souvent infirmier(-ère)s) à leurs frais.

Rémunération médecins

Majoritairement payé(e)s à l'acte avec une petite proportion à capitation.

Structures

Modèle & contractualisation

Les CISSS/CIUSSS concluent des accords contractuels pour les services de soins primaires dans les réseaux locaux principalement fournis par des GMF et quelques CLSC.

Affiliation/inscription

- Inscription formelle à un(e) professionnel(le) de la santé (médecin ou IPS).
- Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) comme liste centralisée pour favoriser l'affiliation.
- Système de priorisation en fonction de certains critères (problèmes de santé, âge, hospitalisation, etc.)

Gouvernance

- 13 CISSS et 9 CIUSSS ont été mis en place.
- Une gouvernance portant sur le suivi de l'accès aux services de première ligne implantée au niveau régional. Mandat de l'accès partagé entre le ou la directeur(-trice) médical(e) et la haute direction de l'établissement territorial ainsi que le Département territorial de médecine familiale.
- Au niveau du GMF, mise en place d'une gouvernance médico-administrative adaptée aux réalités locales, particulièrement en cas de structure complexe.

Pratiques

- 811 option 1 (Info-Santé) : Infirmier(-ère) donne des conseils pour les autosoins ou orienter la personne vers le service nécessaire.
- 811 option 2 (Info-Social) : Professionnel(le) donne des conseils pour une problématique psychosociale ou de santé mentale.
- 811 option 3 (GAP) : Pour usager(-ère)s sans médecin de famille. Infirmier(-ère) donne des conseils pour les autosoins et oriente vers le ou la bon(ne) professionnel(le) au besoin (médecin, infirmier(-ère), pharmacien(ne), etc.).
- Utilisation d'un mécanisme d'aiguillage/triage dans certaines cliniques GMF lors de l'appel de l'usager(-ère). Aucune obligation, variable d'un milieu à l'autre.

Effets

- Programme de financement et de soutien pour les GMF. Révision annuelle. Une partie du financement de fonctionnement est versé à condition que des indicateurs d'accès soient atteints (taux d'assiduité, nombre de plages de réorientation offertes par les médecins, IPS-première ligne).
- Tableau de bord du MSSS présentant périodiquement des indicateurs de première ligne globalement pour le Québec, par région sociosanitaire et par RLS. Tableau de bord disponible en ligne.
- Protocoles médicaux nationaux et ordonnances collectives de l'INESSS.

**CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux ; CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ; CLSC: Centre local de services communautaires ; INESSS: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec ; IPS: Infirmier(-ère) praticien(ne) spécialisé(e) ; GAMF: Guicher d'accès à un médecin de famille ; GAP: Guichet d'accès à la première ligne ; GMF: Groupe de médecine de famille ; MSSS: Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (10/16)

Résultats désirables en fonction de la moyenne internationale

● Résultat désirable ● Amélioration possible ● Identique à la moyenne

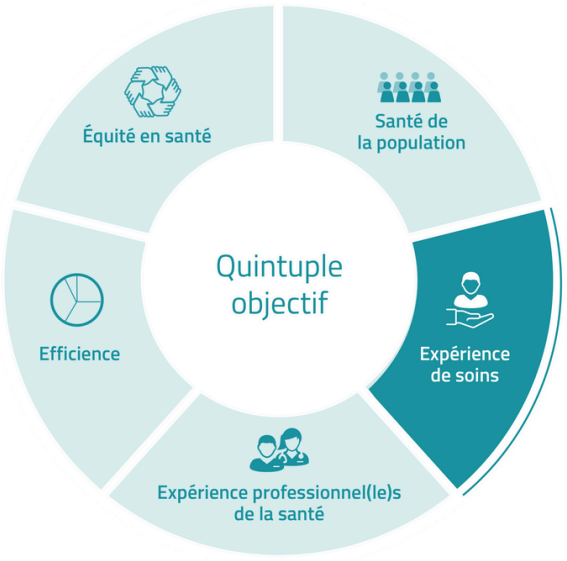
Santé de la population

	Angleterre	Suède	Hollande	Norvège	France	Canada
Résultats de santé						
Taux de mortalité ajustés par l'âge par 100 000 pers, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	896	762	821	765	715	712
Mortalités évitables (traitable), taux ajustés pour l'âge par 100 000 pers, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	71	53	48	51	51	58
% rapportant un mauvais ou très mauvais statut de santé auto-rapporté, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	7.4 %	6.4 %	5.2 %	9.0 %	8.9 %	2.8 %
Prévalence % diabète de types 1 et 2, Taux ajustés selon l'âge par rapport à la population mondiale, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	6.3 %	5.0 %	4.5 %	3.6 %	5.3 %	7.7 %
Facteurs comportementaux et physiologiques						
% population 15 ans et plus qui fume quotidiennement, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	13 %	10 %	15 %	8 %	25 %	9 %
% qui rapporte un épisode de consommation excessive d'alcool à chaque mois dans la dernière année, 2020 (CIHI, 2021)	38 %	23 %	39 %	34 %	35 %	27 %
% population 18 ans et plus qui consacre au moins 150 minutes par semaine à l'activité physique, 2019 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	61 %	56 %	62 %	68 %	27 %	49 %
Taux mesurés d'obésité auto-rapportés chez les adultes, 2021 (ou année la plus proche) (OECD, 2023)	26 %	15 %	14 %	16 %	14 %	22 %

**OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development ; CIHI : Canadian Institute for Health Information*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (11/16)



Résultats désirables en fonction de la moyenne internationale

● Résultat désirable ● Amélioration possible ● Identique à la moyenne

Expérience de soins

	Angleterre	Suède	Hollande	Norvège	France	Canada
Accès						
Médecin régulier ou un endroit habituel où ils ou elles reçoivent des soins, 2020 (CIHI, 2021)	97 %	87 %	99 %	100 %	95 %	90 %
Rendez-vous le jour même ou le lendemain, 2020 (CIHI, 2021)	55 %	38 %	71 %	52 %	55 %	41 %
Facile d'obtenir des soins médicaux le soir, le week-end ou les jours fériés sans passer par le service des urgences, 2020 (CIHI, 2021)	37 %	24 %	72 %	65 %	43 %	39 %
Expérience patient – médecin régulier						
% des répondants qui ont répondu que leur médecin traitant ou le prestataire de soins qu'ils ont consulté connaissait toujours les informations importantes sur leurs antécédents médicaux, 2020 (CIHI, 2021)	51 %	23 %	66 %	49 %	67 %	59 %
% des répondants qui ont répondu que leur médecin traitant ou le prestataire médical qu'ils ont consulté les implique toujours autant qu'ils le voulaient dans les décisions relatives à leurs soins et leur traitement, 2020 (CIHI, 2021)	56 %	32 %	63 %	54 %	47 %	62 %
Satisfaction disponibilité soins de santé						
% Population satisfaite de la disponibilité de soins de santé de qualité dans la région où elle vit, 2022 (OECD, 2023)	67 %	74 %	83 %	80 %	71 %	56 %
Collaboration						
Appel à d'autres membres du personnel (à l'intérieur de la clinique) pour suivre et gérer les soins des usager(-ère)s atteint(e)s de maladies chroniques, 2022 (CIHI, 2023)	83 %	83 %	61 %	-	13 %	42 %
Durée continuité						
Même médecin ou source régulière de soins depuis 5 ans ou plus, 2020 (CIHI, 2021)	63 %	46 %	71 %	57 %	61 %	57 %

**OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development ; CIHI : Canadian Institute for Health Information*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (12/16)

Résultats désirables en fonction de la moyenne internationale

● Résultat désirable ● Amélioration possible ● Identique à la moyenne

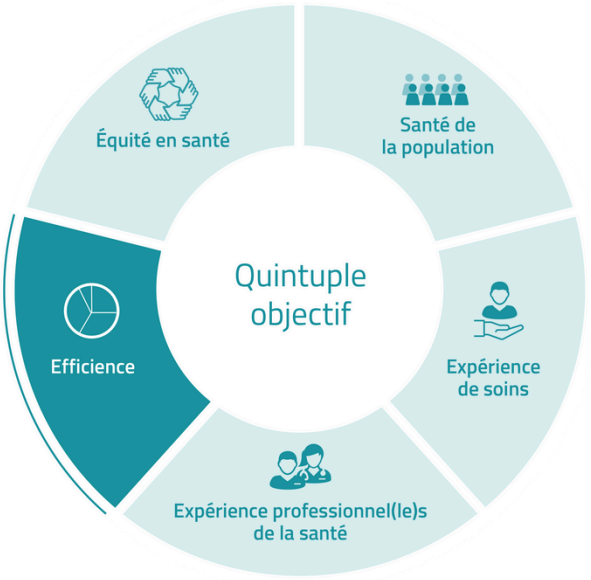
Expérience professionnel(le)s de la santé

	Angleterre	Suède	Hollande	Norvège	France	Canada
% médecins de famille qui ne sont pas du tout satisfait(e)s du temps qu'ils ou qu'elles peuvent passer par usager(-ère), 2022 (CIHI, 2023)	47 %	16 %	14 %	-	6 %	14 %
% médecins de famille qui ne sont pas du tout satisfait(e)s de la charge de travail quotidienne, 2022 (CIHI, 2023)	54 %	21 %	41 %	-	21 %	30 %
% médecins de famille qui ne sont pas du tout satisfait(e)s du temps consacré au travail administratif, 2022 (CIHI, 2023)	59 %	34 %	62 %	-	44 %	57 %
% médecins de famille qui ne sont pas du tout satisfait(e)s de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, 2022 (CIHI, 2023)	31 %	14 %	21 %	-	16 %	27 %

**CIHI : Canadian Institute for Health Information*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (13/16)



Résultats désirables en fonction de la moyenne internationale

● Résultat désirable ● Amélioration possible ● Identique à la moyenne

Efficience

	Angleterre	Suède	Hollande	Norvège	France	Canada
Hospitalisations évitables						
Taux d'hospitalisation ajustés pour l'âge pour asthme et MPOQ par 100 000 pers, 2019-2021 (ou année la plus proche), (OECD, 2023)	211	105	125	212	160*	132
Taux d'hospitalisation ajustés pour l'âge pour diabète par 100 000 pers, 2019-2021 (ou année la plus proche), (OECD, 2023)	80	59	45	70	155*	94
Taux d'hospitalisation ajustés pour l'âge pour insuffisance cardiaque congestive par 100 000 pers, 2019-2021 (ou année la plus proche), (OECD, 2023)	113	196	148	195	290*	161

**OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development; MPOQ: Maladie pulmonaire obstructive chronique*

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (14/16)

Références

Références communes à plusieurs pays

- Canadian Institute for Health Information. How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2020 International Health Policy Survey of the General Population in 11 Countries — Data Tables. Ottawa, ON: CIHI; 2021.
- Canadian Institute for Health Information. How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries — Data Tables. Ottawa, ON: CIHI; 2023.
- Denis J-L, Téhinian S. Modèles d'organisation de la première ligne au Canada et à l'international: Revue Rapide pour la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec. 24 octobre 2023.
- Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, De Belvis AG, Gandré C, Isaksson D, Kroneman M, Neuner-Jehle S, Saunes IS, Thomas S, Vrangbæk K, Quentin W. Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. Health Policy. 2021;125(12):1507-1516. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.09.001.
- OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
- Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International Profiles of Health Care Systems 2020. The Commonwealth Fund, 2020. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf

Angleterre

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guidance. https://www.nice.org.uk/guidance
- NHS England. Advice on how to establish a remote 'total triage' model in general practice using online consultations. September 15, 2020. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/documents/advice-on-how-to-establish-a-remote-total-triage-model-in-general-practice-using-online-consultations/
- NHS England. Digitally enabled triage. Last updated March 7, 2024. https://www.england.nhs.uk/long-read/digitally-enabled-triage/
- NHS England. Information sharing in Multidisciplinary Teams (MDTs). February 2, 2022. https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/information-governance-guidance-support-multidisciplinary-teams-mdts/
- The King's Fund, GP contract and funding explained, June 11 2020. https://www.kingsfund.org.uk/publications/gp-funding-and-contracts-explained?gclid=CjwKCAjwxOymBhAFEiwAno-dBLM0bde7phyGEVHNXgjzVUaVdn5K-HqdF460BITKgbQ9uS-v9UfrxnJhoCAIMQAvD_BwE

Suède

- Entezarjou, A. eVisits in the digital era of Swedish primary care. [Doctoral Thesis (compilation), Department of Clinical Sciences, Malmö]. Lund University, Faculty of Medicine, 2022. https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/115373187/Avh_Artin_Entezarjou_HELA.pdf
- Government Offices of Sweden. 16.7 Health care advice over the phone. Last updated May 01, 2016. https://www.government.se/government-of-sweden/ministry-for-foreign-affairs/diplomatic-portal/diplomatic-guide/16.-health-care/16.7-health-care-advice-over-the-phone
- Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2023;25(4): i–198. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372708/9789289059473-eng.pdf?sequence=8
- Socialstyrelsen. National guidelines. Last updated May 12, 2019. https://www.socialstyrelsen.se/en/clinical-practise-guidelines-and-regulations/regulations-and-guidelines/national-guidelines/

Hollande

- CLEISS. Le système de santé néerlandais. 2021. https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/pays-bas.html
- Erkelens DC, Rutten FH, Wouters LT, Dolmans LS, de Groot E, Damoiseaux RA, Zwart DL. Accuracy of telephone triage in patients suspected of transient ischaemic attack or stroke: a cross-sectional study. BMC Family Practice. 2020;21(1):256. doi: 10.1186/s12875-020-01334-3.
- Federatie Medisch Specialisten. About this site. https://richtlijnendatabase.nl/en/about_this_site.html
- Global Passport. Public or Private? | The Healthcare System in the Netherlands. Last updated February 6, 2025. https://www.globalpassport.ai/blog/netherlands-health-care-system-public-private
- Manten A, Harskamp RE, Busschers WB, Moll van Charante EP, Himmelreich JCL. Telephone triage of chest pain in out-of-hours primary care: external validation of a symptom-based prediction rule to rule out acute coronary syndromes. Family Practice. 2024;41(5):832-840. doi:10.1093/fampra/cmae028.
- Nedenlandse Triage Standaard. Nederlandse Triage Standaard, ketenstandaard voor triage in de acute zorg. https://de-nts.nl/
- van Dongen, J. J. J. Interprofessional collaboration in primary care teams: development and evaluation of a multifaceted programme to enhance patient-centredness and efficiency. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University, 2017. https://doi.org/10.26481/dis.20171215jvd

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (15/16)

Norvège

- Midtbø V, Fotland SS, Johansen IH, Hunskaar S. From direct attendance to telephone triage in an emergency primary healthcare service: an observational study. BMJ Open. 2022;12(5):e054046. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054046.
- Rørtveit G. Future primary care in Norway: valid goals without clear strategies. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2015;33(4):221-2. doi: 10.3109/02813432.2015.1108574.
- Saunes IS, Durvy B, Litvinova Y. Norway: Health System Summary, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https ://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-summary-2024

France

- Gautier S, Josseran L. How Primary Healthcare Sector is Organized at the Territorial Level in France? A Typology of Territorial Structuring. International Journal of Health Policy and Management. 2024;13:8231. doi: 10.34172/ijhpm.2024.8231.
- Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–241. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371027/9789289059442-eng.pdf?sequence=4
- Viegas L, Dupie I, Rigal L, Van Poel E, Willems S, Beaupin A, Falcoff H. Triage des patients et consultations à distance dans les structures de soins primaires pendant la pandémie de Covid-19 en France (étude PRICOV-19). Santé Publique. 2023; Vol. 35(4), 393-403. https://doi.org/10.3917/spub.234.0393

Références communes aux provinces

- Aggarwal M, Hutchison B, Abdelhalim R, Baker GR. Building High-Performing Primary Care Systems: After a Decade of Policy Change, Is Canada «Walking the Talk?». Milbank Quarterly. 2023 Dec;101(4):1139-1190. doi: 10.1111/1468-0009.12674.

Québec

- Gouvernement du Québec. Info-Santé 811. Mise à jour 7 décembre 2022. https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/info-sante-811
- Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique (GMF-A et GMF-R). Mise à jour 21 janvier 2025. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique
- Institut national d'excellence de santé et services sociaux. Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées. 2025. https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees.html
- Ministère de la santé et des services sociaux. Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF). 2025. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-924-17W.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux. 2025. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkM-S00OTE5LWE4YjQtZTIzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LT-VmOGItNDA3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MiJ9
- Plourde A. Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence: Un modèle à revoir en profondeur. 2022. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/GMF-note_web2.pdf

Ontario

- Canadian Institute for Health Information. Primary Care Clients at Ontario Community Health Centres: Characteristics and Service Use. Ottawa, ON: CIHI; 2024.
- Gouvernement de l'Ontario. Community Health Centres. https://www.ontario.ca/page/community-health-centres
- Gouvernement de l'Ontario. Family Health Teams. Mise à jour 28 février 2024. https://www.ontario.ca/page/family-health-teams
- Gouvernement de l'Ontario. Santé811. Mise à jour 28 janvier 2025. https://health811.ontario.ca/static/fr-ca/guest/home
- Health Quality Ontario. Primary Care Performance in Ontario. https://www.hqontario.ca/System-Performance/Primary-Care-Performance
- Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. Health Policy. 2016 Jul;120(7):732-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.04.010.
- McLeod L, Buckley G, Sweetman A. Ontario primary care models: a descriptive study. CMAJ Open, 2016, E679-E688, DOI:10.9778/cmajo.20160069
- Ministry of Health and Long-Term Care. Section 3.03: Community Health Centres. https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en17/v1_303en17.pdf
- Ontario Health. Clinical Standards and Guidelines. Last updated December 11, 2024. https://www.ontariohealth.ca/providing-health-care/clinical-standards-guidelines
- Rayner J, Muldoon L, Bayoumi I, McMurchy D, Mulligan K, Tharao W. Delivering primary health care as envisioned: A model of health and well-being guiding community-governed primary care organizations. J Integr Care (Brighton). 2018;26(3):231-241. doi: 10.1108/JICA-02-2018-0014.
- Sethuram C, McCutcheon T, Liddy C. An environmental scan of Ontario Health Teams: a descriptive study. BMC Health Services Research. 2023 Mar 8;23(1):225. doi: 10.1186/s12913-023-09102-6.

Annexe 5

Tableaux récapitulatifs de l'analyse des juridictions (16/16)

Alberta

- Alberta Doctors. Patient Affiliation - Blended Capitation Model. 2025. https://www.albertadoctors.org/resource-centre/funding-models-resources/blended-capitation-model-resources/implementation/patient-affiliation/patient-affiliation-bcm/#:~:text=What%20are%20the%20affiliation%20process,and%2For%20scanned%20EMR%20storage
- Alberta Health Services. Programs & Services: Health Link 811. 2025. https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=1001957&facilityId=1011654
- Peckham A, Ho J, Marchildon G. Policy innovations in primary care across Canada. Toronto: North American Observatory on Health Systems and Policies. Rapid Review (No. 1). 2018.
- Tan S, Farmer J, Roerig M, Allin S. Primary Care Governance and Financing: Models and approaches. Toronto: North American Observatory on Health Systems and Policies. Rapid Review (No. 37). 2023.

Annexe 6

Caractéristiques d'un gouvernance territoriale populationnelle

Principales caractéristiques d'une gouvernance populationnelle territoriale en santé.

1. Responsabilité : Les acteur(-trice)s de la santé doivent être tenu(e)s responsables de leurs actions et de leurs décisions. Cela inclut la responsabilité des gouvernements, des gestionnaires de services de santé et des professionnel(le)s de santé envers une population.

2. Participation : Impliquer les parties prenantes, y compris les usager(-ère)s, les professionnel(le)s de santé et la communauté, dans le processus décisionnel est essentiel pour garantir que les services répondent aux besoins de la population. Impliquer les communautés dans la planification et l'évaluation de l'offre de santé adaptée aux spécificités territoriales et aux besoins locaux.

3. Coordination et intégration des soins : Une bonne gouvernance implique une coordination entre différents niveaux de soins (soins primaires, secondaires et tertiaires) et entre différents professionnel(le)s de santé pour assurer une continuité des soins. Les soins primaires doivent être intégrés avec d'autres services sociaux et de santé pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Elle vise donc la collaboration et le partenariat entre les divers secteurs et rendre accessible un ensemble de soins de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés.

4. Équité : La gouvernance en santé doit veiller à ce que tous les individus aient un accès équitable aux services de santé, indépendamment de leur statut socio-économique, de leur origine ethnique ou de leur lieu de résidence.

5. Utilisation des données : L'analyse des données de santé et des besoins de la population permet d'orienter les décisions et d'améliorer les services.

Annexe 7

Exemples de mesures de résultats attribuables à la première ligne selon le Quintuple objectif (1/5)

Améliorer la santé et le bien-être de la population

Exemples d'indicateurs	Sources*
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir un [excellent ; très bon ; bon ; passable ; mauvais] état de santé générale | physique | mentale	IHI ; OECD ; PaRIS-PQ
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir une [excellente ; très bonne ; bonne ; passable ; mauvaise] qualité de vie générale	PaRIS-PQ
Pourcentage des personnes qui rapportent adopter de saines habitudes de vie | ne pas fumer | être physiquement actives | manger au moins 5 portions de fruits et légumes quotidiennement | avoir une consommation modérée d'alcool	IHI ; CMWF ; OECD ; PaRIS-PQ ; ICIS ; AHPF
Pourcentage des personnes qui sont en situation de surpoids et d'obésité	ICIS ; OECD ; AHPF
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir [toujours; habituellement ; parfois ; rarement ; jamais] le soutien social et émotionnel dont elles ont besoin, quelle qu'en soit la source	IHI

Annexe 7

Exemples de mesures de résultats attribuables à la première ligne selon le Quintuple objectif (2/5)

Améliorer l'expérience de soins et services des personnes et de leurs proches

Exemples d'indicateurs	Sources*
Pourcentage des personnes qui rapportent une expérience globale [très bonne ; plutôt bonne ; plutôt mauvaise ; très mauvaise] de leur milieu de soins primaires	UKGPDD
Pourcentage des personnes satisfaites de la disponibilité de soins de santé de qualité dans la région où elles vivent	OECD
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir reçu des soins primaires globalement [excellents ; très bons ; bons ; passables ; mauvais] de la part de leur milieu de soins primaires au cours des 12 derniers mois	PaRIS-PQ
Pourcentage des personnes qui rapportent que le standard de soins primaires [s'est amélioré ; s'est détérioré ; est demeuré semblable] au cours des 12 derniers mois	UKGPDD
Accessibilité	
Pourcentage des personnes rapportant avoir un professionnel ou milieu de soins primaires régulier — Indicateur aussi présent dans la catégorie *Continuité*	CMWF ; PaRIS-PQ ; ICIS
Pourcentage des personnes qui rapportent que l'accès aux services [s'est amélioré ; s'est détérioré ; est demeuré semblable] au cours des 12 derniers mois	UKGPDD
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir pu consulter un professionnel de soins primaires la journée même ou le lendemain la dernière fois qu'elles ont eu besoin de soins primaires	CMWF
Pourcentage des personnes qui rapportent des difficultés à accéder à des soins primaires hors des heures normales de travail (soirées, fins de semaine, jours fériés) sans passer par des services d'urgence	CMWF ; ICIS
Proportion des visites à l'urgence pour les personnes dont la priorité au triage est P4 ou P5 pour l'ensemble des visites | selon des plages horaires spécifiées (jour, soir, nuit) — Indicateur aussi présent dans l'objectif 3	INESSS RGMF
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir visité l'urgence pour une condition qui aurait pu être traitée par leur professionnel ou milieu de soins primaires régulier s'il avait été accessible — Indicateur aussi présent dans l'objectif 3	CMWF
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir [jamais ; parfois ; habituellement ; toujours] obtenu un rendez-vous aussi rapidement que nécessaire lorsqu'elles ont contacté leur milieu de soins primaires régulier au cours des 6 derniers mois pour : des soins et services dont elles avaient besoin immédiatement | un suivi ou des soins et services de routine	IHI
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir [jamais ; parfois ; habituellement ; toujours] obtenu une réponse à leur question de santé la journée même au cours des 6 derniers mois lorsqu'elles ont contacté leur milieu de soins primaires régulier	IHI ; CMWF
Pourcentage des personnes qui rapportent qu'il est [très difficile ; plutôt difficile ; ni facile ni difficile ; plutôt facile ; très facile] de contacter leur milieu de soins primaires par téléphone | en ligne	UKGPDD
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir omis ou retardé de recevoir des soins primaires en raison des coûts	IHI ; CMWF ; PaRIS-PQ
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir omis [toujours ; souvent ; parfois ; rarement ; jamais] de recevoir des soins primaires en raison de difficultés à se rendre à leur milieu de soins primaires	PaRIS-PQ

Annexe 7

Exemples de mesures de résultats attribuables à la première ligne selon le Quintuple objectif (3/5)

Exemples d'indicateurs	Sources*
Soins et services axés sur la personne	
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir [jamais ; parfois ; habituellement ; toujours] été écoutées attentivement | eu suffisamment de temps | été traitées avec soin et attention lors de la dernière visite en soins primaires | lors des 6 derniers mois	IHI ; CMWF ; UKGPDD
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir été traitées injustement ou dont les préoccupations de santé n'ont pas été prises au sérieux lorsqu'elles ont reçu des soins primaires	CMWF
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir été impliquées autant que souhaité dans les décisions à propos de leurs soins primaires et traitements	CMWF ; PaRIS-PQ ; UKGPDD
Pourcentage des personnes qui rapportent que leur professionnel de soins primaires régulier leur explique les choses d'une manière facile à comprendre [jamais ; parfois ; habituellement ; toujours]	IHI ; CMWF
Continuité	
Pourcentage des personnes rapportant avoir un professionnel ou milieu de soins primaires régulier — Indicateur aussi présent dans la catégorie *Accessibilité*	CMWF ; PaRIS-PQ ; ICIS
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir le même professionnel ou milieu de soins primaires régulier depuis 5 ans ou plus	CMWF ; PaRIS-PQ
Pourcentage des personnes qui rapportent pouvoir consulter ou parler [toujours ou presque ; la plupart du temps ; parfois ; jamais ou presque] à leur professionnel de soins primaires préféré lorsqu'elles le demandent	UKGPDD
Proportion des visites (virtuelles ou face-à-face) en soins primaires effectuées auprès d'un professionnel œuvrant au sein du milieu de soins primaires régulier	INESSS RGMF
Proportion des visites (virtuelles ou face-à-face) en soins primaires effectuées auprès du professionnel de soins primaires régulier	INESSS RGMF
Pourcentage des personnes répondant que leur professionnel de soins primaires régulier | le professionnel de soins primaires consulté connaissait souvent ou toujours les informations importantes sur leurs antécédents de santé	CMWF ; ICIS ; PaRIS-PQ
Coordination	
Pourcentage des personnes qui rapportent que leur milieu de soins primaires régulier les aide toujours ou souvent à coordonner ou organiser les soins qu'elles reçoivent d'autres professionnels et d'autres milieux	CMWF
Pourcentage des personnes qui rapportent qu'un médecin spécialiste n'avait pas les informations de base ou les résultats de tests de la part du professionnel ou milieu de soins primaires à propos de la raison de la consultation au cours des 2 dernières années	CMWF ; UKGPDD
Proportion ajustée des personnes vulnérables qui ont eu au moins une visite auprès d'un professionnel de soins primaires dans les 21 jours suivant la date de sortie d'un séjour hospitalier	INESSS RGMF

Annexe 7

Exemples de mesures de résultats attribuables à la première ligne selon le Quintuple objectif (4/5)

Assurer la viabilité du système

Exemples d'indicateurs	Sources*
Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins primaires/ambulatoires	IHI ; CMWF ; OECD ; ICIS ; INESSS RGMF ; AHPF
Proportion des visites à l'urgence pour les personnes dont la priorité au triage est P4 ou P5 pour l'ensemble des visites | selon des plages horaires spécifiées (jour, soir, nuit) — Indicateur aussi présent dans l'objectif 2, catégorie *Accessibilité*	INESSS RGMF
Pourcentage des personnes qui rapportent avoir visité l'urgence pour une condition qui aurait pu être traitée par leur professionnel ou milieu de soins primaires régulier s'il avait été accessible — Indicateur aussi présent dans l'objectif 2, catégorie *Accessibilité*	CMWF
Investissement global du gouvernement dans les soins primaires (ajusté pour l'inflation) en dollars | en pourcentage des dépenses de santé par rapport aux autres secteurs	UKGPDD
Coût total des soins primaires par habitant	IHI

Améliorer le bien-être et l'expérience des personnes œuvrant dans le système

Exemples d'indicateurs	Sources*
Pourcentage des personnes œuvrant en soins primaires qui rapportent être [pas du tout ; un peu ; modérément ; très ; extrêmement] satisfaits par rapport à différents aspects de leur travail : temps passé à effectuer des tâches administratives | charge de travail quotidienne | temps passé avec chaque patient | équilibre de vie professionnelle et vie privée | revenu | niveau de stress au travail	CMWF ; UKGPDD
Pourcentage des personnes œuvrant en soins primaires qui rapportent se sentir épuisées ou éprouver de la détresse émotionnelle comme de l'anxiété, une grande tristesse, de la colère, ou un sentiment de découragement	CMWF
Pourcentage des personnes œuvrant en soins primaires qui rapportent être [fortement en désaccord ; légèrement en désaccord ; neutre ; légèrement en accord ; fortement en accord] avec différents énoncés de satisfaction au travail : ce milieu de soins primaires est un bon endroit où travailler | je suis fier de travailler au sein de ce milieu de soins primaires | travailler dans ce milieu de soins primaires est comme faire partie d'une grande famille | le moral au sein de ce milieu de soins primaires est élevé | j'aime mon travail	IHI
Pourcentage des personnes qui rapportent que le bien-être | la pression ou la charge de travail des personnes œuvrant en soins primaires [s'est amélioré ; s'est détérioré ; est demeuré semblable] au cours des 12 derniers mois	UKGPDD
Nombre de médecins de famille | infirmières par 1 000 habitants	OECD

Annexe 7

Exemples de mesures de résultats attribuables à la première ligne selon le Quintuple objectif (5/5)

Améliorer l'équité

Exemples d'indicateurs	Sources*
Choix parmi les indicateurs précédents, rapportés selon des caractéristiques des personnes ou des communautés pertinentes relativement aux inégalités de santé (par exemple : quintile de défavorisation ou indice de déprivation matérielle et sociale ; groupe ethnoculturel ; statut d'immigration ; diagnostic de problème de santé mentale ; aînés, jeunes adultes ; grands utilisateurs de services ; etc.)	IHI ; CMWF ; UKGPDD
Pourcentage des professionnels de soins primaires qui rapportent qu'un patient leur avait affirmé avoir été traité injustement ou que ses préoccupations de santé n'avaient pas été prises au sérieux par un professionnel de soins primaires en raison de ses caractéristiques personnelles	CMWF

** IHI : Institute for Healthcare Improvement[1] ; CMWF : Commonwealth Fund[2] ; OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development[3] ; PaRIS-PQ : Patient-Reported Indicator Surveys Patient Questionnaire[4] ; ICIS : Institut canadien d'information sur la santé[5] ; INESSS RGMF : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – Repères GMF[6] ; UKGPDD : United Kingdom General Practice Data Dashboard[7] ; AHPF : Australia Health Performance Framework[8].*

Références

- Martin L, Nelson E, Rakover J, Chase A. Whole System Measures 2.0: A Compass for Health System Leaders. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016.
- Blumenthal, David, Gumas ED, Shah A, Gunja MZ, Williams II RD. Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System — Comparing Performance in 10 Nations. Commonwealth Fund; 2024.
- OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. Disponible à: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ). 2024. Disponible à: https://www.oecd.org/en/about/programmes/patient-reported-indicator-surveys-paris.html
- Institut canadien d'information sur la santé. Soins de santé primaires au Canada : recueil de graphiques sur les résultats d'indicateurs sélectionnés 2016. Ottawa, ON: ICIS; 2016.
- Beaulieu MD, Martin G. Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec – Repères GMF. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2022.
- Beech J, Opie-Martin S, Mendelsohn E, Callan C, Keith J, Fisher R. General practice data dashboard - Monitoring data on general practice. The Health Foundation. 2023. Disponible à : https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/general-practice-data-dashboard
- Australia's health performance framework. Australian Institute of Health and Welfare. 2024. Disponible à : https://www.aihw.gov.au/reports-data/ahpf/australias-health-performance-framework

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (1/6)

Vision d'une première ligne forte

Constats et obstacles

- Pour les personnes consultées, la première ligne se définit comme étant toutes les « portes d'entrée » du système de santé, allant des CLSC et des services de soutien à domicile jusqu'aux GMF et autres cliniques, aux consultations virtuelles, au 8-1-1 et aux pharmacies communautaires, sans oublier les cliniques de santé (physiothérapie, psychologie, dentisterie, etc.). Les organismes communautaires, les services préhospitaliers et les municipalités en sont des partenaires importants. La place des urgences et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) demeure moins consensuelle.
- La collaboration entre les SSPL, les municipalités et les milieux scolaires reste à optimiser. Ces deux derniers acteurs ne sont pas toujours pleinement conscients du rôle qu'ils jouent dans la santé durable de leur population.
- Dans notre société québécoise, la perception est que la vision de la santé est très hospitalocentrique et axée sur la maladie, laissant peu de place à la prévention et à la promotion de la santé en première ligne.
- Des mécanismes concrets doivent être mis en place pour aider la population québécoise à améliorer sa littératie en santé, qui demeure limitée.

Pistes de solution

- La prévention et la promotion de la santé doivent s'inscrire pleinement dans le parcours de soins. Un ancrage fort dans la santé publique est nécessaire, en collaboration avec les partenaires et les parties prenantes intersectorielles.
- Les milieux scolaires et municipaux doivent jouer un rôle fondamental dans l'éducation en santé, et ce, dès le primaire. Cette éducation doit viser à développer une compréhension globale de la santé et de sa santé, du fonctionnement des soins et services ainsi que de tout ce qui concerne les autosoins.
- La santé se joue dans tous les espaces de la vie, et ce, tout au long de sa vie. Il devient crucial, notamment, d'aménager des espaces verts, de favoriser les transports actifs et structurants et de créer des lieux de rencontre pour renforcer les liens sociaux et le bien-être collectif.
- Les municipalités doivent également s'assurer du développement de services adaptés à la réalité de leur territoire, en contribuant à réduire les inégalités sociales. Elles doivent aussi prendre part aux mesures visant à ce que chaque personne trouve réponse à ses besoins de base.

Engagement des patient(e)s partenaires et de la population

Constats et obstacles

- L'engagement de la population et des patient(e)s partenaires demeure un levier incontournable pour transformer les SSPL. Leur participation pouvant contribuer à améliorer l'accès, la pertinence et la continuité des services, tout en soutenant des approches plus humaines, innovantes et adaptées aux réalités du terrain.
- La population et les patient(e)s partenaires peuvent se sentir instrumentalisé(e)s dans leurs diverses implications.

Pistes de solution

- Mieux valoriser et soutenir le partenariat patient dans les milieux de soins, notamment en offrant de la formation à ce sujet et en rémunérant les patient(e)s partenaires.
- Impliquer une diversité de patient(e)s partenaires et ce, à tous les niveaux (gouvernance, recherche, soins et services, influence politique, formation, enseignement et information).
- Positionner les patient(e)s comme faisant partie de l'équipe de soins en tant qu'expert(e)s de sa santé et travailler en réelle collaboration avec son équipe de soins.
- Sensibiliser, outiller et former les professionnel(le)s de la santé à la prise de décisions partagées.
- Valoriser, reconnaître et consolider la pair-aidance et en favoriser l'intégration dans les équipes de soins de d'autres sphères de la santé.
- Mettre en place des leviers en première ligne pour structurer la formation, l'intégration et la reconnaissance institutionnelle des pairs aidant(e)s et des patient(e)s partenaires afin qu'ils contribuent de façon durable au soutien des usager(-ère)s, de leurs proches et des équipes de soins grâce à leur expérience de vie avec une condition de santé physique, mentale ou psychosociale.

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (2/6)

Ressources | Ressources humaines

Constats et obstacles

- Il y a une perte de sens chez les professionnel(le)s de la santé ainsi qu'un sentiment de dévalorisation vécu dans la majorité des professions en santé.
- Nous observons une tendance, pour tous les professionnel(le)s de la santé, au désengagement du réseau public vers le privé et même à l'abandon de leur profession.
- Dans les GMF et autres cliniques, plusieurs enjeux sont vécus en lien avec l'embauche des professionnel(le)s directement par ces derniers ou par les CISSS et CIUSSS (double appartenance):
  - Embauche privée: peu de soutien à la pratique, au développement et potentialisation des champs de pratique et à la formation.
  - Embauche publique: difficulté à bien établir les rôles hiérarchiques et fonctionnels dans la gestion des employés, à couvrir les heures défavorables en équipe. Les processus de dotation peuvent représenter des obstacles à la formation des équipes efficientes et stables.
- La première ligne demande une expertise et des compétences cliniques spécifiques qui sont actuellement reconnues à des degrés variables. Certain(e)s professionnel(le)s sont parfois mal outillé(e)s ou formé(e)s pour le travail en première ligne.

Pistes de solution

- Laisser le milieu de soins déterminer les modalités d'embauche des professionnel(le)s de la santé non-médecins les plus appropriées en fonction de leurs besoins et capacités (par le milieu ou le CISSS/CIUSSS).
- Favoriser le développement de communautés de pratique par profession, en incluant tous et toutes les professionnel(le)s, peu importe leur appartenance (public ou privé).
- Établir des standards cliniques communs pour les professionnel(le)s dans les équipes de soins et offrir un accompagnement pour les atteindre.
- Offrir une formation spécifique en première ligne permettant aux professionnel(le)s de mieux s'outiller face au travail en SSPLet soutenir le développement des nouvelles pratiques. Ceci doit inclure les aspects liés à l'équité, diversité et inclusion (EDI).
- Favoriser le bien-être des clinicien(ne)s, par exemple, en valorisant davantage les professions, en diminuant la lourdeur administrative et en dégageant du temps pour le travail en équipe.
- Les outils technologiques sont souvent peu adaptés aux flux de travail de la première ligne et ont souvent augmenté le fardeau administratif des professionnel(le)s. Ne permettent pas d'intégrer la première ligne au restant du réseau.

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (3/6)

Ressources | Équipe et milieux de soins

Constats et obstacles

- Il y a une méconnaissance, de la part des professionnel(le)s de la santé et des usager(-ère)s, des rôles et responsabilités des différents membres de l'équipe de soins.
- À l'exception des infirmier(-ère)s clinicien(ne)s et des travailleur(-euse)s sociaux(les), le choix des types de professionnel(le)s non-médecins intégré(e)s dans l'équipe de soins est laissé à la discrétion des milieux. Ainsi, la présence et donc l'accès aux professionnel(le)s comme les physiothérapeutes et les psychologues varie d'un milieu à l'autre.
- La culture de soins actuelle où l'accès direct aux SSPL passe majoritairement par le médecin ne favorise pas le travail interprofessionnel, le plein potentiel des champs de pratique et limite l'accès.
- Le modèle clinique actuel des IPS est remis en question.

Pistes de solution

- Renforcer les capacités d'équipe en soutenant l'élargissement des champs de pratique et l'utilisation de leur plein potentiel, l'émergence du leadership clinique de toutes et tous les professionnel(le)s, l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et en augmentant les ratio professionnel(le)s-médecins pour ainsi contribuer à une prise en charge globale et efficace de ces derniers.
- Mieux définir et faire connaître les rôles et responsabilités des différents types de professions de la santé aux équipes de première ligne ainsi qu'à l'ensemble de la population.
- Partager la responsabilité de l'accès, de la continuité et de la qualité des soins entre les membres de l'équipe de soins. Les ordres professionnels ont un rôle à jouer à cet égard.
- Assurer un accès équitable et universel aux services des différents professionnel(le)s de l'équipe de soins en développant, par exemple, des corridors de services fluides extra-muros pour les services qui ne sont pas disponibles à l'intérieur du milieu de soins.
- Rendre accessibles et interopérables les informations cliniques à toutes les personnes professionnelles impliquées dans les soins (intra et extra-muros) et les patient(e)s pour favoriser la collaboration, la coordination et la fluidité des soins, notamment par le développement technologique.
- Investir dans le développement des technologies qui permettront de diminuer la lourdeur administrative vécue par les professionnel(le)s.

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (4/6)

Ressources | Financement et contractualisation

Constats et obstacles

- En misant sur la prévention et la promotion, nous épargnons des coûts inhérents au traitement des problèmes de santé physiques, psychologiques et sociaux.
- Le budget actuel n'est pas propre aux SSPL et peut être déplacé vers d'autres milieux, comme les centres hospitaliers.
- Le financement est octroyé par programmes tels que les programmes en santé mentale, dépendances, déficience physique, etc.
- La reddition de compte demeure modeste dans les milieux cliniques afin d'obtenir le financement des programmes GMF, accès-réseau et du cadre GMF-U.
- Le modèle de rémunération médical actuel, majoritairement à l'acte, ne favorise pas les collaborations interprofessionnelles, l'engagement dans l'amélioration continue de la qualité et l'atteinte d'objectifs basés sur les résultats de santé des patient(e)s.
- Le modèle d'affaires à but lucratif des cliniques médicales peut représenter un obstacle dans le développement de soins et services axé sur la valeur. Il y a une inquiétude particulière envers les grandes chaines de cliniques médicales.

Pistes de solution

- Avoir un financement dédié à la première ligne qui ne peut pas être transféré ou utilisé à d'autres fins, afin de répondre à l'ensemble des besoins des communautés.
- Décentraliser le budget pour favoriser l'organisation des soins en proximité, avec l'imputabilité associée, pour s'assurer de répondre aux besoins spécifiques des communautés. Tous les acteur(-trice)s impliqué(e)s, incluant les organismes communautaires, les entités innovantes à but non lucratif répondant à des besoins spécifiques des plus vulnérables ainsi que les municipalités doivent recevoir les ressources financières nécessaires afin de jouer pleinement leur rôle.
- Éviter le cloisonnement du financement par programmes et miser plutôt sur les trajectoires de soins afin d'en favoriser la fluidité.
- Mieux baliser les contrats avec les milieux cliniques hors établissements en développant une reddition de compte basée sur ce qui crée de la valeur (et non des mesures de volumétrie), en prévoyant une proportion du financement basée sur le succès (par exemple, le modèle du GMF apprenant) et en s'assurant que tous respectent leur responsabilités et obligations (milieux cliniques et gouvernement).
- Les modes de rémunération mixtes avec une proportion majoritaire à capitation sont plus propices à favoriser les pratiques collaboratives, l'amélioration continue de la qualité ainsi que l'accès équitable aux soins pour toute la population (dont les personnes avec des besoins plus complexes).
- Reconnaître certains rôles assumés par les professionnel(le)s demandant une implication en temps, en plus de la pratique (par exemple, la participation aux tables locales et l'amélioration continue de la qualité).

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (5/6)

Structures | Affiliation

Constats et obstacles

- L'accès et la continuité des soins diffèrent actuellement en fonction du statut d'inscription.
- Des barrières d'accès et de continuité des soins persistent, particulièrement pour les personnes plus vulnérables.
- Le développement d'un lien de confiance ainsi que la continuité des soins sont valorisés à la fois par les patient(e)s et la majorité des clinicien(ne)s.
- L'affiliation de chaque personne à un milieu de soins de proximité, avec un(e) professionnel(le) principal(e) responsable, est importante afin de favoriser l'accès équitable, la continuité, la fluidité ainsi que la qualité des soins. Il n'y a pas de consensus à savoir qui devrait être cette personne responsable.

Pistes de solution

- L'affiliation de chaque personne doit passer, entre autres, par l'optimisation des équipes de soins, l'élargissement des champs de pratique professionnels, l'amélioration du travail interprofessionnel, l'autonomisation des usager(-ère)s, la prévention et la promotion de la santé ainsi que la pertinence des soins.
- Assurer une équité d'accès, notamment en répondant aux besoins des personnes les plus vulnérables et en levant les barrières systémiques, technologiques, des espaces physiques ou autres, qui pourraient limiter leur accès à des SSPL de qualité.

Structures | Gouvernance

Constats et obstacles

- Il fait consensus que le Québec doit décentraliser la gouvernance des SSPL, avec une participation populationnelle forte. Ceci ne doit pas être synonyme d'isolement des localités les unes par rapport aux autres.
- Il existe peu d'espaces de communication entre les acteurs intersectoriels d'un même territoire.
- Les partenaires du réseau (GMF et autres cliniques, organismes communautaires, services préhospitaliers) se sentent souvent instrumentalisés par les CISSS et les CIUSSS.
- Dans un contexte de décentralisation, la question de l'imputabilité demeure un enjeu à réfléchir.
- Au sein des cliniques, de même qu'entre les GMF et les établissements, il est difficile de mettre en place une cogestion saine et efficace. Par ailleurs, les médecins ne sont pas toujours formés pour occuper un rôle de gestionnaire.
- Le leadership dans la gestion des cliniques est essentiellement médical à l'heure actuelle en raison de leur rôle dans les équipes, du modèle d'affaires des cliniques et GMF et de leur financement.

Pistes de solution

- Mettre en place un cadre qui structure à l'échelle provinciale les SSPL, mais qui offre autonomie et flexibilité aux localités afin de leur permettre de déterminer le "comment" (pluralité des modèles).
- Développer des tables locales de santé durable qui réunissent les différents acteur(-trice)s de la première ligne, incluant la population, ainsi que les partenaires communautaires et intersectoriels (villes, écoles, etc.) d'un même territoire. Des coordonnateur(-trice)s territoriaux(les) décisionnaires devraient être présent(e)s sur ces tables.
- Afin de permettre l'adaptation efficace des offres et des pratiques aux différentes réalités locales, chaque table devrait couvrir un territoire restreint.
- Développer des relations d'égal à égal et de mutualité entre les CIUSSS/CISSS et les partenaires d'un territoire, où ces derniers conservent leur autonomie.
- Outiller les milieux cliniques afin qu'ils soient en mesure de mettre en place une cogestion clinico-administrative efficace, où chaque cogestionnaire connaît son rôle et ses responsabilités. Il apparaît également essentiel que ces derniers soient tous les deux présents physiquement dans le même milieu.
- Reconnaître et favoriser le développement du leadership chez les médecins cogestionnaires par le biais de formations, entre autres.

Annexe 8 Résumé détaillé du point de vue de l'ensemble des parties prenantes lors des consultations (6/6)

Effets | Données et indicateurs

Constats et obstacles

- Les indicateurs en première ligne sont orientés sur la volumétrie.
- Il y a un manque de données sur l'expérience des usager(-ère)s et du personnel, l'efficience et les résultats de santé ainsi que l'équité dans les SSPL.
- La disponibilité et l'accès aux données sont limités. Certains fournisseurs privés (exemple: DMÉ) pourraient prioriser des développements en fonction d'intérêts financiers, plutôt que les besoins des patient(e)s.

Pistes de solution

- Créer des indicateurs axés sur la création de valeur basées sur le quintuple objectif et ce, à tous les paliers (local, régional, provincial).
- Favoriser la transparence, la disponibilité et l'accès à ces données incluant pour la recherche et l'amélioration continue de la qualité.
- Développer des technologies capables de générer des données pertinentes, dans le respect des principes FAIR (Facile à trouver, Accessible, Interopérable, Réutilisable).
- Structurer les données (par exemple, par des portraits réflexifs) afin d'en faciliter leur compréhension et leur utilisation par les équipes de soins.

Effets | ACQ, recherche et innovations

L'ACQ, la recherche ainsi que l'innovation sont des piliers essentiels d'une première ligne forte au sein de laquelle on retrouve des SSPL de qualité et pertinents. Les transformations qui y sont engendrées exigent une attention soutenue à la gestion du changement, souvent sous-estimée ou absente. Elle est essentielle pour assurer l'adhésion des équipes, limiter les résistances et garantir la réussite des évolutions mises en place.

Constats et obstacles

- La connaissance et l'engagement en ACQ sont très variables d'un milieu à l'autre.
- Il y a un manque de soutien, de formation et de ressources dédiées à la facilitation en ACQ dans les milieux.
- Il existe un écart perçu entre les réalités du terrain et celles de la recherche. Les espaces pour créer des partenariats entre la recherche et le terrain sont limités.
- De nombreuses innovations voient le jour au Québec. Elles permettent de répondre à des besoins non comblés par les services actuels, particulièrement pour les plus vulnérables. Toutefois, les fonds alloués à ces dernières sont souvent limités à la phase expérimentale, sans vision à long terme pour assurer leur pérennité.
- L'absence de stratégies structurées pour adapter et intégrer des innovations à différentes localités freine la mise à l'échelle de celles-ci.

Pistes de solution

- Soutenir le développement des compétences et des connaissances des acteur(-trice)s de la première ligne en ACQ.
- Coller les objets de recherche aux réalités des milieux, notamment en les orientant vers les enjeux cliniques et d'organisation des soins de santé et de services sociaux.
- Créer des ponts formels et facilitants entre les milieux cliniques et les centres de recherche.
- Prévoir des mécanismes afin de valoriser, faire connaître, mettre à l'échelle et la pérenniser les innovations en première ligne.
- Identifier des acteur(-trice)s responsables de la gestion du changement et mobiliser les personnes sur le terrain dans les transformations.

Annexe 9

Tableau des forces et défis du Québec (1/2)

Vision

Forces

- Système d'assurance universel.
- Ministère de la santé et des services sociaux

Défis

Couverture incomplète/réduite des autres professionnels hors CLSC/programme GMF.

Ressources

Ressources humaines et équipe

Forces

- Programme GMF basé sur une équipe de base interprofessionnelle ; infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, IPS.
- Augmentation des médecins de famille travaillant en modèle GMF
- Réseau CLSC, ressources humaines programme CLSC
- Existe des modèles innovants en première ligne dont SPOT, DocTocToc, Oscar, modèle de Lanaudière, etc.
- Info-santé et Info-Social – professionnels qui donnent des conseils, orientent et soutiennent la navigation dans le système de santé.

Défis

- Ratio modeste des professionnels non-médecins, dont les infirmières.
- Plusieurs postes de professionnels œuvrant en GMF non dotés. Roulement important des professionnels.
- Pénurie de médecins de famille travaillant en première ligne.
- La formation des professionnels en première ligne pose un enjeu.
- Manque accessibilité et d'interopérabilité de l'information clinique. Accès limité par le patient à son dossier clinique.

Financement

Forces

Ressources financières publiques et humaines des GMF selon les inscriptions pondérées par les caractéristiques cliniques et socio-démographiques.

Défis

- Pas de budget dédié à la première ligne qui est connu.
- Pas de stratégie pour définir le financement basé sur les besoins de la population.

Rémunération des médecins

Forces

Portion de la rémunération pour la prise en charge basée sur l'inscription (20 % environ).

Défis

Rémunération des médecins majoritairement à l'acte avec une proportion trop faible à capitation.

Structures

Modèle & contractualisation

Forces

- Programme GMF déterminé par le gouvernement.
- Programme GMF intègre des cibles d'accès pour une partie du financement.
- GAP (patients orphelins) : gestion régionale coordonnées avec les cliniques localisées sur leur territoire.

Défis

- Programme GMF qui n'intègre pas les 3 leviers associés à l'inscription qui est une triade (payeur, patients, professionnels).
- L'échéance du financement (révision annuelle)
- Faible imputabilité des CISSS/CIUSSS pour soutenir les GMF de leur territoire. Ex. Processus de dotation et d'encadrement du personnel des CISSS/CIUSSS délocalisé en GMF sont mal arrimés avec les cibles attendues des GMF.

Affiliation et inscription

Forces

Système basé sur un inscription individuelle avec un MF ou IPS.

Défis

Pas de couverture populationnelle. 30 % de la population n'a pas de sources habituelles de soins.

Gouvernance

Forces

- 24 CIUSSS /CISSS pour coordonner l'offre de soins primaires dont les CLSC et l'embauche des ressources professionnels œuvrant dans les GMF.
- Structure régionale de gouvernance de soins primaires DTMF et CRSP, il y a un découpage territorial RLS.
- GMF – gouvernance médico-administratif.

Défis

- Dans la structure actuelle du système, les soins primaires se retrouvent sous la responsabilité de plusieurs directions distinctes au sein des CISSS/CIUSSS qui opèrent souvent en silos.
- Haut-niveau hiérarchique au niveau du CISSS/CIUSSS. Ne percole pas vers une gestion de proximité
- Tables DTMF ont peu de pouvoir. Ils n'ont aucun budget alloué pour financer des activités territoriales. Peu de pouvoir pour planifier et coordonner une offre locale de soins primaires.
- Gouvernance GMF. Absence de gouvernance dans les GMF à l'exception de la cogestion médico-administrative (pas conseil d'administration, représentation populationnelle).

Annexe 9

Tableau des forces et défis du Québec (2/2)

Pratiques

Forces

- Ordonnances collectives de l'INESSS.
- Outils Repère GMF qui offrent des portraits personnalisés aux GMF sur leurs années annuelles
- Outils pour soutenir l'implantation de l'accès adapté (ORAA/ORAA+).
- Trajectoires professionnelles GAP développées dont avec les pharmaciens communautaires.
- Intégration d'agents ACQ dans les GMFU.

Défis

- Très peu d'infrastructures de données disponibles pour soutenir les pratiques des professionnels et des cliniques.
- Pas de soutien à l'analyse et à la vulgarisation des données aux équipes.

Effets

Forces

- Tableau de bord du MSSS disponible en ligne par régions et RLS.
- INESSS et INSPQ ont accès aux banques de données clinico-administratives et produisent des portraits.
- CSBE produit des rapports de performance et participe à des enquêtes dont Expérience Patients du Commonwealth-Fund avec une sur-échantillon pour le Québec.

Défis

- Il n'existe pas d'infrastructure de données concertées et coordonnée à l'échelle provinciale basée sur le quintuple objectif.
- Les équipes cliniques doivent souvent payer pour l'accès à leurs données clinico-administratives de leur DMÉ.
- Capacité de recherche limitée dans son développement par les enjeux d'accès aux données

** ACQ: Amélioration continue de la qualité; CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux; CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux; CLSC: Centre local de services communautaires; CRSP: Comités régionaux de services pharmaceutiques; DMÉ: Dossier médical électronique; DTMF: Département territorial de médecine familiale; GMF: Groupe de médecine de famille; GMF-U: Groupe de médecine de famille universitaire; INESSS: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec; INSPQ: Institut national de santé publique du Québec; IPS: Infirmier(-ière) praticien(ne) spécialisé(e); MSSS: Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec; ORAA: Outil réflexif sur l'Accès adapté; RLS: Réseau local de services*