

# Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés

Politique gouvernementale sur les soins  
et services de première ligne

## ÉDITION

**Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **[Québec.ca/publications-santé-services-sociaux](http://Quebec.ca/publications-santé-services-sociaux)**.

Pour plus d'information : [Québec.ca/gouvernement/santé-services-sociaux](http://Quebec.ca/gouvernement/santé-services-sociaux)

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-02557-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

## RÉALISATION ET REMERCIEMENTS

---

L'élaboration d'une politique est un travail collaboratif important. Nous remercions sincèrement l'ensemble des personnes provenant des ministères, organismes gouvernementaux et nombreuses autres organisations qui ont contribué à la réalisation de cette première Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne.

## DIRECTION DES TRAVAUX

---

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne a été élaborée par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique (SMSPP), sous la direction de :

**Stéphane Bergeron**, sous-ministre adjoint à la santé physique et à la pharmaceutique

**Philippe Lachance**, directeur général de l'accès et de la première ligne

**Aurore Deligne**, directrice de la première ligne

**Rana Farah**, conseillère stratégique au directeur général de l'accès et de la première ligne

L'ensemble des sous-ministériats au ministère de la Santé et des Services sociaux a également été mis à contribution dans la conception de la Politique et la cohérence du contenu avec les priorités ministérielles et gouvernementales. Les représentants des comités exécutif, directeur et tactique sont nommés en annexe.

## RECHERCHE ET RÉDACTION

---

**Mélanie Lapointe**, conseillère à l'organisation des soins et services de première ligne (rédactrice principale)

**Carl Drouin**, consultant en mobilisation des connaissances et planification stratégique

**Rana Farah**, conseillère stratégique au directeur général de l'accès et de la première ligne

**Catherine Maisonneuve**, chargée de projets – Chaire de recherche du Canada sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes, Université de Sherbrooke

## COORDINATION DES CONSULTATIONS

---

**Hélène Cloutier**, coordonnatrice à la direction de la première ligne

## COMITÉ DE LECTURE

---

**Réal Barrette**, médecin-conseil

**Catherine Hudon**, médecin-conseil

**Dominique Perron**, conseiller à l'organisation des soins et services de première ligne

**Sofie Therrien**, coordonnatrice à la direction de la première ligne

## RÉVISION LINGUISTIQUE

---

Les Traducteurs Unis

## COLLABORATION PARTICULIÈRE

---

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution spécifique à l'élaboration de cette politique :

**Élise Boulanger**, médecin de famille, **Mylaine Breton**, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, et **Antoine Groulx**, médecin de famille, pour la production d'un rapport devant guider le Ministère dans l'élaboration d'une première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne<sup>1</sup>.

**Matthew Menear** et **Marie-Ève Poitras**, codirecteurs scientifiques de Réseau 1 Québec, pour la coordination et l'animation de consultations auprès de la communauté scientifique de première ligne au sujet des orientations ministérielles proposées pour la Politique.

**Simon Deslauriers**, du Centre de recherche en santé durable VITAM, et **Pier B. Lortie**, de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), pour la coordination d'une démarche de mobilisation des connaissances ayant mené à la publication d'un recueil d'avis d'expertes et d'experts intitulé Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science<sup>2</sup>, de même que tous les experts scientifiques ayant contribué à sa rédaction.

Nous remercions également les personnes suivantes pour leurs conseils en soutien à la rédaction des orientations relevant de leur champ d'expertise :

**Antoine Boivin**, co-directeur de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés

**Yves Couturier**, professeur titulaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke

**Mariève Dupont**, candidate au doctorat recherche en sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

**Isabelle Gaboury**, professeure titulaire au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke

**Marie-Pierre Gagnon**, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

**Aude Motulsky**, professeure agrégée à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

**Ghyslaine Rouly**, co-directrice de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés

**Geneviève Sainte-Marie**, consultante en évaluation de la performance à GSMÉvaluation inc.

**Maxime Sasseville**, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

**Farin Shore**, chercheur pair à la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés

**Erin Strumpf**, professeure au département d'économie de l'Université McGill

Nous souhaitons également remercier l'ensemble des personnes qui ont participé activement aux consultations menées dans le cadre de l'élaboration de la politique et ont contribué à l'évolution des idées présentées. La liste des ministères, organismes gouvernementaux et organisations consultés est disponible à la fin du document (voir Annexe 1).



# Mot de la ministre

Nous nous trouvons à un moment charnière pour notre première ligne en santé et services sociaux. Au cours des dernières années, notre gouvernement a entrepris une transformation en profondeur de notre système de santé, portée par une volonté claire de mieux répondre aux besoins réels et croissants de la population grâce à une approche plus humaine, inclusive et durable. Aujourd'hui, nous franchissons une étape déterminante : affirmer sans équivoque notre engagement à bâtir une première ligne forte, accessible et véritablement adaptée aux réalités de toutes et de tous.

Le moment est venu d'aller encore plus loin et d'ajuster nos soins et services selon les réalités changeantes. La première ligne doit être repensée pour offrir des soins accessibles, continus, globaux et coordonnés, en intégrant pleinement la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, et en favorisant l'innovation. C'est un changement majeur : la première ligne ne repose plus sur le modèle traditionnel d'un patient rattaché à un médecin, mais sur une véritable communauté de professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux qui prennent en charge la personne selon ses besoins, ensemble, au bon moment et par la bonne expertise. Cette approche constitue une transformation profonde de notre manière de soigner et d'accompagner.

La politique de première ligne que nous présentons aujourd'hui s'inscrit pleinement dans cette vision. Elle vise à rapprocher les soins des personnes qui en ont le plus besoin, à soutenir l'adoption des meilleures pratiques et à réduire les inégalités d'accès, tout en assurant une gestion plus performante et agile du réseau. Par cette politique, notre gouvernement affirme son intention d'offrir à chaque Québécoise et à chaque Québécois une porte d'entrée simple, fiable et cohérente vers les services dont ils ont besoin.

Dans ce vaste chantier, il est essentiel de mobiliser tous les acteurs et de reconnaître la diversité des réalités vécues par les Québécoises et les Québécois – selon l'âge, le sexe, les capacités ou les parcours de vie – afin de garantir des services de qualité et équitables pour toutes et tous, notamment les personnes âgées, les personnes proches aidantes et celles plus vulnérables.

En s'inspirant de cette politique, les actions à réaliser porteront sur des engagements concrets : renforcer la coordination entre les équipes de première ligne afin que les usagères et les usagers ne se perdent plus dans le système; mettre en place des outils numériques qui faciliteront l'accès aux services; accélérer l'adoption des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles; et soutenir davantage les intervenants, les intervenantes, les professionnels et les professionnelles afin qu'ils puissent offrir des soins plus fluides, plus efficaces et mieux adaptés aux besoins réels de la population. Ces engagements témoignent d'une volonté ferme d'offrir un accès plus simple, plus rapide et plus cohérent aux soins et services, partout au Québec.

La gestion du changement qui nous attend est ambitieuse. Il nous faudra miser sur l'apprentissage continu et sur la collaboration interprofessionnelle pour consolider une première ligne forte, résiliente et véritablement ancrée dans nos communautés. Cette transformation, que nous assumons pleinement, représente un tournant majeur pour renforcer la confiance du public envers notre réseau.

Engageons-nous dans cette transformation avec détermination et confiance pour que chaque Québécoise et chaque Québécois puisse compter sur une première ligne à la hauteur de ses besoins. C'est un engagement clair, ferme et porteur pour l'avenir de notre système de santé.

## **Sonia Bélanger**

Ministre de la Santé, ministre responsable des Services sociaux,  
ministre responsable des Aînés et des Proches aidants  
et ministre responsable de la région des Laurentides



# Mot du sous-ministre

Notre système de santé et de services sociaux repose sur la qualité des soins et des services offerts aux usagers et aux usagères. Chaque communauté québécoise, comme chaque territoire couvert par notre réseau, possède ses forces, ses défis et ses réalités propres. La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne reconnaît ces réalités et se fonde sur celles-ci pour mieux réaffirmer l'importance d'une première ligne forte encore plus ancrée dans les milieux, au plus près des Québécois et des Québécoises.

L'optimisation de la première ligne repose sur une meilleure capacité d'agir localement, en collaboration avec les partenaires du milieu. En renforçant les leviers de proximité, nous souhaitons favoriser un accès plus rapide aux services, une meilleure prévention des problèmes de santé et une réponse plus adaptée aux réalités des communautés. Cette approche contribuera notamment à retarder l'apparition de certaines incapacités, de maladies chroniques et du déclin cognitif, tout en améliorant la qualité de vie des citoyennes et des citoyens.

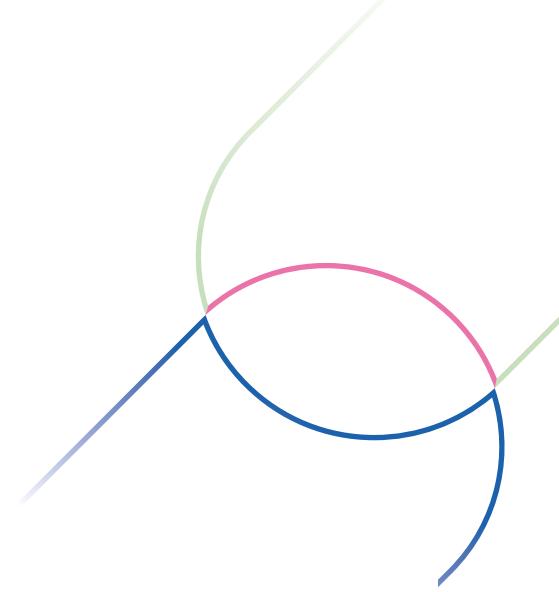
Pour renforcer cette proximité des services, nous avons choisi de redonner aux territoires de CLSC un rôle central dans la planification, la coordination et l'adaptation de l'offre. La politique vise ainsi à mieux répondre à la diversité des besoins de la population, notamment ceux des personnes en situation de vulnérabilité, par exemple les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées ou celles ayant besoin de services de santé mentale.

En somme, cette politique s'inscrit dans le vaste chantier de transformation du réseau de la santé et des services sociaux amorcé dans les dernières années. Elle témoigne de notre volonté collective de faire évoluer les pratiques, de soutenir l'innovation et de miser sur des stratégies durables pour répondre à la demande croissante en soins et en services de santé. J'ai la conviction que, grâce à l'engagement des équipes sur le terrain et à la mobilisation des partenaires, cette politique permettra de renforcer la première ligne et le lien de confiance avec la population, au bénéfice de toutes et de tous.

## **Daniel Paré**

Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

# Liste des sigles et acronymes



<b>ACQ</b>	Amélioration continue de la qualité
<b>CIP</b>	Collaboration interprofessionnelle
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>DEC</b>	Diplôme d'études collégiales
<b>DMÉ</b>	Dossier médical électronique
<b>DQPEPE</b>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
<b>GAP</b>	Guichet d'accès à la première ligne
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>IA</b>	Intelligence artificielle
<b>ICIS</b>	Institut canadien d'information sur la santé
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>IPSPL</b>	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
<b>IRSC</b>	Instituts de recherche en santé du Canada
<b>IUPLSSS</b>	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
<b>LGSSSS</b>	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PAVD</b>	Plan d'action de la valorisation des données de santé et de services sociaux
<b>PNSP</b>	Programme national de santé publique
<b>PPA</b>	Personne proche aidante
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SSA</b>	Système de santé apprenant

# Lexique



**Affiliation** : modalité de rattachement à une source de soins et services. Dans le contexte de la politique, l'affiliation d'une personne à un milieu de soins et services de première ligne désigne ce milieu comme sa source principale de soins et services.

**Association** : modalité de rattachement entre une personne et un répondant principal au sein de son milieu d'affiliation. Ce lien confère à ce professionnel un rôle de leadership dans la coordination et la continuité des soins et services.

**Champ d'exercice** : englobe l'ensemble des activités qu'un professionnel est autorisé à exercer, conformément à sa formation, à ses compétences ainsi qu'au Code des professions ou toute autre loi et règlement en vigueur. Au champ d'exercice d'une profession donnée est associée une série d'actes réservés, en exclusivité ou en partage. Le terme champ de pratique est également utilisé au Québec pour référer au champ d'exercice.

**Communauté** : groupe de personnes partageant un ou plusieurs éléments communs, tels qu'un territoire, la culture, les intérêts, les valeurs ou encore des objectifs. Cette définition implique un sentiment d'appartenance entre les membres. Ce terme est utilisé dans la politique pour décrire les communautés d'appartenance, que ce soit en lien avec le territoire local ou une culture.

**Continuum de soins et services** : ensemble planifié de stratégies d'intervention allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs et de fin de vie offerts par des organismes du domaine de la santé et des services, avec la collaboration de partenaires intersectoriels, visant à assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes qui ont besoin de ces services.

**Domaine d'intervention** : décrit les actions concrètes qu'un intervenant ou un professionnel peut réaliser selon son rôle, son milieu de pratique et le champ d'exercice réglementant sa profession, s'il y a lieu.

**Établissements territoriaux** : établissements publics responsables des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de leur région et devant mobiliser les intervenants de leur territoire dans une optique de responsabilité populationnelle. Ce terme réfère aux établissements auparavant appelés Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et désormais intégrés à Santé Québec.

**Intervenant** : personne qui détient une formation la qualifiant pour occuper un emploi du secteur de la santé et des services sociaux n'exerçant pas une profession réglementée par un ordre professionnel.

**Milieu de soins et services** : désigne l'ensemble des milieux où des intervenants et professionnels de la santé dispensent des soins et des services sociaux de première ligne (cliniques, pharmacies, CLSC, cabinets, etc.).

**Milieu d'affiliation** : milieu de soins et services de première ligne auxquels les personnes peuvent être affiliées. Ils incluent différents modèles organisationnels où exercent au moins un médecin de famille, une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) ou tout autre professionnel pouvant agir à titre de répondant principal. Ces modèles reposent sur une approche interdisciplinaire et comprennent les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales et d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS), les équipes interdisciplinaires en CLSC ou en coopératives de santé ainsi que tout autre milieu répondant à ces critères.

**Parcours de soins et services** : réfère à la trajectoire spécifique de soins et services d'un individu, en tenant compte de son expérience personnelle et de ses choix.

**Partenaires du secteur de la santé et des services sociaux** : ensemble des organisations du secteur de la santé et des services sociaux qui dispensent des soins et des services au sein de la communauté, en complément à ceux dispensés par Santé Québec.

**Partenaires intersectoriels** : désigne l'ensemble des partenaires provenant d'autres secteurs que la santé et les services sociaux et ayant des expertises et des leviers d'actions complémentaires pour agir sur la santé globale de la population (autres ministères et organismes gouvernementaux, milieux municipaux, établissements scolaires, milieux communautaires, etc.).

**Personne** : désigne les individus dans leur globalité et réfère à leur droit d'accès aux soins et services.

**Personne en situation de vulnérabilité** : personne vivant une situation où des conditions sociales, économiques, environnementales ou institutionnelles augmentent son exposition à des risques pour sa santé, son bien-être ou ses droits. Cette vulnérabilité n'est pas une caractéristique intrinsèque ou permanente des individus, mais résulte de rapports sociaux, de structures inéquitables ou de déterminants sociaux défavorables, souvent hors du contrôle de la personne concernée.

**Population** : ensemble des personnes vivant dans un territoire, incluant tous les groupes démographiques et socio-économiques qui le composent.

**Personne proche aidante** : personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Ce soutien peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services.

**Professionnel** : personne ayant une formation dans les domaines de la santé ou des services sociaux, exerçant une profession réglementée par un ordre professionnel. Dans le cadre de la présente politique, le terme professionnel inclut notamment les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL).

**Santé** : état complet de bien-être physique, mental et social. L'utilisation du terme santé dans cette politique réfère à cette définition mettant l'accent sur la globalité de la santé, en englobant les aspects mentaux et sociaux au même titre que les aspects physiques. Le terme psychosocial est également utilisé pour désigner les aspects mentaux et sociaux de la santé.

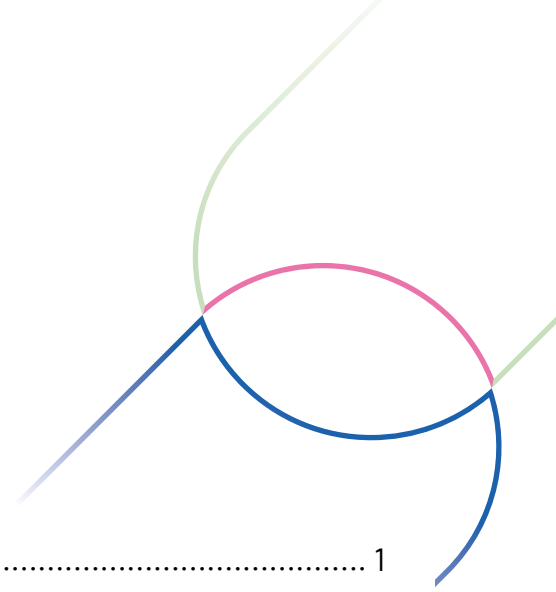
**Santé Québec** : prestataire public des services de santé et des services sociaux qui agit par l'entremise des établissements de santé et de services sociaux publics dorénavant intégrés ou regroupés avec elle.

**Soins et services** : réfère à l'ensemble des soins et services dispensés par une organisation du système de santé et de services sociaux du Québec et visant à répondre aux besoins physiques et psychosociaux des personnes.

**Système de santé et de services sociaux** : englobe le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes liés au domaine de la santé, Santé Québec et les établissements qui le composent, les établissements desservant une population nordique ou autochtone, de même que les partenaires de la santé et des services sociaux et les partenaires intersectoriels.

**Usager** : personne qui a eu recours aux services de santé ou aux services sociaux dispensés par Santé Québec ou un établissement qui la compose. Ce terme englobe les personnes recevant des soins de santé physique ou des services psychosociaux, dont le soutien à domicile, l'aide aux familles, les services de réadaptation, la protection de la jeunesse, etc.

# Table des matières



Préambule .....	1
Introduction .....	7
Définition, vision et fondements de la politique.....	9
1. Définition de la première ligne et portée de la politique.....	9
2. Principes directeurs .....	10
3. Énoncé de vision.....	11
Axes d'intervention et grandes orientations.....	13
<b>AXE 1 – Des soins et services de qualité pour tous .....</b>	<b>14</b>
1.1 Assurer à tous les Québécois l'accès à des soins et services globaux, continus et coordonnés.....	15
1.2 Mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, qu'ils soient exprimés ou non.....	20
1.4 Mobiliser toutes les ressources et leurs compétences .....	29
<b>AXE 2 – Un partenariat avec les personnes et les communautés .....</b>	<b>34</b>
2.1 Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et de leur bien-être et membres de l'équipe de soins et services.....	35
2.2 Renforcer l'influence des personnes et des communautés sur l'organisation des soins et services.....	37
<b>AXE 3 – Des soins et services ancrés dans la réalité locale.....</b>	<b>39</b>
3.1 Adapter les soins et services à la réalité locale et rapprocher les décisions des communautés .....	40

<b>AXE 4 – Des ressources en soutien aux soins et services de première ligne .....</b>	<b>45</b>
4.1 Valoriser et soutenir les équipes de première ligne.....	46
4.2 Adopter des pratiques de financement et de rémunération alignées sur l’atteinte des objectifs de la politique .....	50
4.3 Assurer le développement et l’utilisation équitable et pertinente des outils numériques en première ligne .....	54
<b>AXE 5 – Des équipes et des organisations apprenantes .....</b>	<b>57</b>
5.1 Valoriser les données en soutien à un système de première ligne apprenant .....	58
5.2 Développer un système multiniveau d’appréciation de la performance de la première ligne ...	60
5.3 Favoriser l’élargissement de la culture et des pratiques d’amélioration continue de la qualité en première ligne .....	62
5.4 Renforcer la recherche, l’innovation et la mobilisation des connaissances en première ligne .....	64
<b>Mise en œuvre et suivi .....</b>	<b>67</b>
La planification .....	67
L’expérience des personnes au cœur des décisions .....	68
Des rôles et des responsabilités bien définis .....	68
Des mécanismes de collaboration et de concertation bien établis.....	69
Accompagnement dans le changement.....	69
Des ressources suffisantes et pérennes .....	69
L’évaluation de la mise en œuvre par une culture de la mesure et d’apprentissage continu .....	70
<b>Conclusion .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>72</b>
Annexe 1 – Comités ministériels et organisations ayant participé aux consultations entourant l’élaboration de la politique sur l’organisation des soins et services de première ligne...	72
Annexe 2 – Définition des soins et services de première ligne.....	75
<b>Références.....</b>	<b>76</b>

# Préambule

Le Québec se trouve à un moment charnière où le fonctionnement de la première ligne doit être repensé en profondeur afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population d'aujourd'hui et de demain. Alors que certains défis persistent, voire s'intensifient - notamment les inégalités d'accès liées au statut d'inscription et le vieillissement de la population -, de nouveaux enjeux émergent, telle la prévalence considérable des maladies chroniques, entraînant une demande accrue en soins et services. Ces réalités accentuent la pression sur des finances publiques déjà fragilisées.

Face à ce constat, l'État doit se réinventer en revenant à l'essentiel. La politique proposée prend l'angle de l'innovation et vise une reconfiguration importante de l'organisation des soins et services de première ligne, mue et inspirée par les meilleures pratiques et connaissances.

La vision proposée par cette toute première Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne se veut innovante, ambitieuse et mobilisatrice, et servira de guide vers une première ligne performante répondant aux besoins et aux attentes de la population. Elle vise à promouvoir et à soutenir la santé et le bien-être de l'ensemble de la population québécoise en assurant des soins et services de première ligne de qualité qui soient accessibles, continus, globaux et coordonnés. Elle veut également développer une première ligne forte, ancrée dans sa communauté, agissant comme pôle intégrateur du système de santé et de services sociaux et contribuant à la production de valeur pour la société québécoise, dans une approche de partenariat avec la population et de collaboration avec l'ensemble des acteurs du système.

La réalisation de cette vision entraîne des changements importants par rapport à certains attributs qui caractérisent actuellement la première ligne, afin de permettre un meilleur accès et une meilleure efficacité et qualité des soins et services. Entre autres :

- Une couverture de soins et services offerte et accessible à 100 % de la population, selon les besoins de la personne et non selon son statut d'inscription, actualisée par
  - la responsabilité populationnelle du CLSC envers les citoyens de son territoire;
  - une affiliation à un milieu de soins et services pour tous;
  - la désignation d'un professionnel responsable principal.
- La reconnaissance que la première ligne répond à un vaste ensemble de besoins qui ne peut dépendre que des médecins de famille seuls, mais dont la responsabilité est plutôt partagée par l'ensemble des intervenants de première ligne qui doivent s'investir dans la configuration de l'offre de services.
- Une offre de services qui favorise une prise en charge globale et qui ne se limite pas aux besoins exprimés par les usagers, mais qui va au-devant et qui considère ceux non encore exprimés.

- L'établissement d'une gouvernance locale au niveau des territoires de CLSC réunissant une diversité de partenaires de la communauté, dotée d'une autonomie décisionnelle adéquate et soutenue par un financement dédié aux soins et services de première ligne tenant compte des besoins de la population du territoire.
- Une place accrue pour les personnes et leurs proches dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être ainsi que dans la gouvernance et la coconstruction des trajectoires de soins et services.
- La nécessité de réviser les modalités de financement en première ligne, en soutien à l'atteinte des objectifs de la Politique, avec une attention particulière pour l'équité d'accès aux soins et services pour tous.
- La reconnaissance, la valorisation et le développement d'une main-d'œuvre formée à la réalité changeante de la première ligne.
- L'édification d'un système de soins et de services de première ligne apprenant qui évalue constamment sa performance et sa qualité et qui travaille en amélioration continue grâce à des données de qualité disponibles.

Pour réaliser ces changements, la Politique doit prendre appui sur des fondements qui donnent sens aux actions à venir.

Le premier de ces principes est **la fin du compromis sur la couverture populationnelle** en soins et services de première ligne. La couverture offerte à 100 % de la population constitue désormais le point de départ de toute réflexion sur l'organisation des soins et services de première ligne.

Deuxièmement, le principe de **responsabilité populationnelle doit dorénavant faire partie de la culture de soins et services**, et être adopté et incarné par l'ensemble des organisations, des intervenants et des professionnels. La responsabilité populationnelle repose sur la collaboration entre toutes les organisations concernées par la santé des personnes et des communautés et sur la disponibilité de ressources humaines et financières suffisantes. Elle les engage à mettre à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population, pour assumer collectivement leur responsabilité, en mutualisant leurs efforts.

Troisièmement, il s'impose de plus en plus d'assurer **une organisation locale des soins et services de première ligne qui s'adapte aux besoins spécifiques** de la communauté qu'elle dessert. Loin d'être un retour en arrière comme cela pourrait être perçu, il s'agit ici d'un défi important et d'un effort nécessaire pour combiner l'adaptation locale et la mobilisation des communautés, tout en assurant une qualité transversale et équitable des soins à travers le Québec.

Quatrièmement, pour que la première ligne joue pleinement son rôle, elle doit **passer d'une logique réactive à une logique proactive**, que ce soit au niveau des problématiques de santé et de bien-être, de développement des soins et des services selon les besoins évolutifs de la population ou encore de la projection des effectifs à mobiliser pour les besoins à venir. Une lecture fine des réalités locales, soutenue par les innovations technologiques et l'exploitation intelligente des données, offre des leviers puissants pour renforcer cette approche proactive.

Et finalement, le futur de la première ligne au Québec accordera **une place importante à l'innovation, comme vecteur transversal de transformation**. Il s'agit ici d'innovation dans son sens plus large, englobant les innovations technologiques, mais également sociales, organisationnelles et cliniques. Pour répondre aux besoins complexes et évolutifs des populations et pour préserver la qualité de nos services publics, il est essentiel de renforcer notre capacité collective à expérimenter, à adapter et à innover, et cela à tous les niveaux de l'organisation et de la dispensation de soins et de services.

Afin de soutenir et d'actualiser la vision de la première ligne, la Politique propose cinq axes d'intervention, chacun contenant des orientations stratégiques et des cibles de changement qui constitueront la base des réflexions et des travaux des prochaines années.

## AXE 1 – Des soins et services de qualité pour tous

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<p><b>1.1 Assurer à tous les Québécois l'accès à des soins et services globaux, continus et coordonnés</b></p>	<p><b>1.1.1</b> Rattacher formellement chaque personne à un territoire de CLSC</p> <p><b>1.1.2</b> Affilier tous les Québécois à un milieu de soins et services de première ligne</p> <p><b>1.1.3</b> Associer les personnes à un répondant principal dans leur milieu d'affiliation</p>
<p><b>1.2 Mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, qu'ils soient exprimés ou non</b></p>	<p><b>1.2.1</b> Privilégier des approches intégrées favorisant la prise en charge globale des besoins physiques et psychosociaux des personnes</p> <p><b>1.2.2</b> Agir sur les déterminants de la santé en intensifiant les actions de promotion de la santé et de prévention en partenariat avec la santé publique et les partenaires locaux</p> <p><b>1.2.3</b> Développer des stratégies proactives pour rejoindre les personnes en situation de vulnérabilité et répondre efficacement à leurs besoins</p>
<p><b>1.3 Faciliter la navigation dans le système de santé et de services sociaux</b></p>	<p><b>1.3.1</b> Communiquer de l'information pertinente, claire et précise pour aider les personnes à développer leurs compétences à prendre soin d'elles-mêmes</p> <p><b>1.3.2</b> Simplifier le parcours des personnes par un système d'accès intégré et harmonisé</p> <p><b>1.3.3</b> Développer et harmoniser les pratiques d'analyse des besoins et d'orientation vers le bon soin ou service</p> <p><b>1.3.4</b> Offrir un soutien accru à la navigation pour les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes</p>
<p><b>1.4 Mobiliser toutes les ressources et leurs compétences</b></p>	<p><b>1.4.1</b> Assurer l'utilisation optimale et coordonnée du domaine d'intervention de tous les intervenants et professionnels en première ligne</p> <p><b>1.4.2</b> Accroître la qualité des pratiques collaboratives pour mieux répondre aux besoins des personnes</p> <p><b>1.4.3</b> Accroître la participation de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans les continuums de soins et services</p> <p><b>1.4.4</b> Soutenir les stratégies intersectorielles favorisant la santé et le bien-être de la population et des actions ancrées dans la communauté</p>

## AXE 2 – Un partenariat avec les personnes et les communautés

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>2.1 Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et de leur bien-être et membres de l'équipe de soins et services</b>	<b>2.1.1</b> Reconnaître et valoriser le savoir des personnes et des personnes proches aidantes comme une source incontournable de connaissances <b>2.1.2</b> Reconnaître la contribution de l'accompagnement par les pairs
<b>2.2 Renforcer l'influence des personnes et des communautés sur l'organisation des soins et services</b>	<b>2.2.1</b> Mobiliser les personnes et les communautés dans un co-leadership et une coconstruction des soins et services <b>2.2.2</b> Mesurer ce qui compte pour les personnes et les communautés et rendre les résultats accessibles à tous

## AXE 3 – Des soins et services ancrés dans la réalité locale

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>3.1 Adapter les soins et services à la réalité locale et rapprocher les décisions des communautés</b>	<b>3.1.1</b> Instaurer une gouvernance de proximité des soins et services de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC <b>3.1.2</b> Développer une connaissance fine du territoire et coconstruire les continuums de soins et services de proximité avec les partenaires locaux et la communauté <b>3.1.3</b> Élaborer et implanter un cadre de gouvernance multiniveau pour les soins et services de première ligne

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

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>4.1 Valoriser et soutenir les équipes de première ligne</b>	<b>4.1.1</b> Mettre en place des conditions favorables au bien-être des intervenants, des professionnels et des gestionnaires de la première ligne <b>4.1.2</b> Assurer la disponibilité et la stabilité de la main-d'œuvre en première ligne <b>4.1.3</b> Soutenir le développement et le maintien des connaissances et des compétences requises en première ligne
<b>4.2 Adopter des pratiques de financement et de rémunération alignées sur l'atteinte des objectifs de la politique</b>	<b>4.2.1</b> Allouer du financement intégré et dédié aux activités de première ligne à l'échelle locale <b>4.2.2</b> Déployer des modes de financement et de rémunération en faveur de l'équité en santé et bien-être <b>4.2.3</b> Introduire des incitatifs afin de soutenir financièrement les pratiques collaboratives
<b>4.3 Assurer le développement et l'utilisation équitable et pertinente des outils numériques en première ligne</b>	<b>4.3.1</b> Assurer le développement et l'implantation d'outils numériques pertinents et bénéfiques à tous les Québécois <b>4.3.2</b> Faciliter le travail des intervenants et des professionnels grâce aux technologies numériques d'information et de communication <b>4.3.3</b> Accroître le développement et l'utilisation de l'intelligence artificielle en première ligne en assurant un encadrement efficace

## AXE 5 – Des équipes et des organisations apprenantes

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
5.1 Valoriser les données en soutien à un système de première ligne apprenant	5.1.1 Faciliter l'accès et l'exploitation des données
5.2 Développer un système multiniveau d'appréciation de la performance de la première ligne	5.2.1 Adopter un cadre de mesure et implanter un système d'appréciation de la performance en première ligne selon des objectifs propres à chacun des paliers de sa gouvernance
5.3 Favoriser l'élargissement de la culture et des pratiques d'amélioration continue de la qualité en première ligne	5.3.1 Développer et implanter un plan intégré de développement des compétences et de soutien à l'amélioration continue de la qualité au sein de la première ligne
5.4 Renforcer la recherche, l'innovation et la mobilisation des connaissances en première ligne	5.4.1 Renforcer la recherche interdisciplinaire en soutien aux pratiques, aux programmes et aux politiques de première ligne 5.4.2 Mettre en place des conditions propices à l'implantation d'innovations créatrices de valeur en première ligne 5.4.3 Renforcer la collaboration entre l'écosystème de recherche et d'innovation et les acteurs de la première ligne

# Introduction

Les soins et services de première ligne constituent l'assise d'un système de santé et de services sociaux performant<sup>3</sup>. En plus de favoriser la santé et le bien-être de la population, ils contribuent à améliorer l'efficacité du système en prévenant ou en retardant l'apparition de problèmes de santé physique, mentale ou sociale, tout en facilitant la gestion des conditions existantes. Une offre intégrée de soins et services de première ligne, qui tient compte à la fois des dimensions physiques et psychosociales de la santé, contribue à réduire les inégalités sociales de santé, notamment parce qu'elle s'adresse à l'ensemble de la population. C'est pourquoi les experts des systèmes de santé et de services sociaux continuent de recommander que tous les pays investissent davantage et de manière stratégique dans leur système de soins et de services de première ligne<sup>4</sup>.

Malgré ce consensus scientifique, plusieurs pays peinent à mettre en place les améliorations systémiques requises. Conséquemment, l'accès aux soins et services de première ligne continue de représenter un enjeu majeur, entraînant des iniquités et des répercussions importantes sur la santé des populations. Le Québec ne fait pas exception<sup>5</sup>. Bien que le système de santé et de services sociaux québécois affiche des résultats enviables – notamment en matière d'espérance de vie et de perception positive de l'état de santé et de bien-être par la population – des lacunes subsistent quant à la qualité et à l'efficacité des soins et services offerts<sup>6</sup>. La population peine à s'y retrouver dans une offre de services vaste, mais fragmentée et peu intégrée. Malgré des améliorations notables, des défis importants persistent en ce qui a trait à l'accès aux soins et services de première ligne : la demande demeure très élevée et dépasse l'offre, entraînant des consultations à l'urgence pour des problèmes de santé mineurs ou la détérioration de situations qui auraient pu être évitées par un accès à des services appropriés en amont. On observe également des iniquités d'accès, des défis en matière de continuité des soins et services – particulièrement pour les personnes sans médecin de famille –, une détérioration de la santé et du bien-être chez certains groupes dont les besoins sont insuffisamment comblés, ainsi que des difficultés de coordination entre les services. Ces constats soulèvent des inquiétudes quant à l'efficacité et à la viabilité financière du système puisqu'ils contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de problèmes évitables, entraînant ainsi des coûts additionnels.

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ces enjeux : la complexité du système de santé et de services sociaux et la diversité des partenaires impliqués en première ligne; un mode de financement fragmenté dont une part significative est mobilisée par la deuxième et troisième ligne; une pénurie de main-d'œuvre, l'utilisation sous optimale des compétences des intervenants et des professionnels et des ressources, la vétusté et le manque d'interopérabilité des systèmes d'information ainsi que des défis en matière de gouvernance. À cela s'ajoutent le vieillissement de la population et un nombre important de personnes atteintes de maladies chroniques, ce qui exerce une pression croissante sur le réseau de la santé et des services sociaux.

Depuis le début des années 2000, de nombreux plans ou rapports ont été déposés pour appuyer la transformation du système de santé et de services sociaux. Le plus récent, le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé du gouvernement du Québec, propose une vision pour la première ligne du futur<sup>7</sup>. Plusieurs actions structurantes ont également été mises en œuvre pour améliorer les soins et services de première ligne. On peut penser à la création d'équipes interdisciplinaires dans les groupes de médecine de famille, à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, à l'élargissement du champ d'exercice de plusieurs professionnels œuvrant en première ligne, à une plus grande prise en charge des grossesses normales par les sages-femmes ainsi qu'à la mise en place de mécanismes visant à orienter les personnes vers le bon service ou le bon professionnel. Malgré ces avancées significatives, une transformation plus globale en première ligne demeure nécessaire pour améliorer l'accès, la continuité, la globalité et la coordination des soins et des services. À l'instar de nombreux pays, le Québec s'engage dans une modernisation visant à renforcer la première ligne de son système de santé et de services sociaux en lui donnant les leviers nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de sa population, assurer une équité en santé, améliorer l'expérience des Québécois et le bien-être du personnel tout en accroissant l'efficacité globale du système.

Cette première Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne propose une vision ambitieuse et inclusive, accompagnée d'orientations stratégiques cohérentes pour soutenir la mise en œuvre dans un horizon de moyen à long terme. Elle se veut une référence commune pour guider le gouvernement et l'ensemble de ses partenaires dans une même direction. Elle vise à orienter les interventions de manière à renforcer la qualité des soins et services de première ligne, tout en améliorant l'efficacité du système de santé et de services sociaux québécois.

La conception de cette politique découle de travaux amorcés en 2023 par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, puis portés par l'ensemble des sous-ministériats du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle résulte d'un processus combinant la collecte et l'analyse de données scientifiques à des démarches itératives de consultation et de concertation avec de nombreux partenaires de la santé et des services sociaux, mais également d'autres partenaires intersectoriels, incluant des ministères et organismes gouvernementaux. Des rapports issus de travaux menés par des experts indépendants<sup>8,9,10</sup> ont également contribué à son élaboration, en apportant des données probantes et un éclairage complémentaire sur l'expérience de la population et des acteurs de la santé et des services sociaux québécois ainsi que sur les meilleures pratiques à l'échelle internationale.

# Définition, vision et fondements de la politique

## 1. Définition de la première ligne et portée de la politique

L'expression « soins et services de première ligne » est spécifique au Québec. Elle nécessite d'être définie et préalablement mise en relation avec d'autres termes, dont *soins primaires*, *soins de santé primaires*, *services de proximité* ou *services communautaires locaux*, parfois utilisés de façon interchangeable, et dont les détails sont présentés en annexe 2.

La définition retenue pour la politique est la suivante :

### Définition et portée des soins et services de première ligne

Les soins et services de première ligne sont des soins de santé et des services sociaux essentiels rendus accessibles de façon équitable à toutes les personnes et communautés. Ils visent à répondre en temps opportun aux besoins physiques et psychosociaux de l'ensemble de la population, sans discrimination. Dispensés dans la communauté (points de services, milieux de vie ou domicile), ils servent souvent de porte d'entrée dans le système de santé et de services sociaux.

Ils englobent un large éventail d'activités, incluant la promotion de la santé, la prévention, la protection, le diagnostic, le traitement ou l'intervention, le suivi régulier de problèmes de santé physique ou psychosociale, ainsi que les soins et services associés aux différentes phases de la vie.

Ces soins et services sont dispensés par une diversité d'organisations locales au sein desquelles une pluralité d'intervenants et de professionnels travaillent en interdisciplinarité ainsi qu'en partenariat avec les personnes, dans un esprit d'autodétermination.

## 2. Principes directeurs

La politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne se veut ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences de la société. Les orientations stratégiques proposées pour appuyer la vision se fondent sur les principes directeurs suivants :

### **L'universalité et l'équité**

Des soins et services accessibles à tous, sans discrimination, avec des actions plus intensives auprès des populations ayant de plus grands besoins.

### **Des services publics performants**

Un système où l'État assume la responsabilité de la gouvernance et de la dispensation de soins et services de première ligne publics de qualité pour l'ensemble de la population, en assurant une gestion rigoureuse et équitable des ressources, dans une perspective de viabilité.

### **Une perspective globale de la santé**

Une réponse intégrée aux besoins des personnes et des communautés, alliant des soins de santé physique et des services psychosociaux et incluant des actions préventives pour soutenir la santé et le bien-être de la population.

### **La pertinence**

Une organisation des soins et services qui privilégie les interventions à valeur ajoutée pour la santé et le bien-être des personnes et des communautés, de manière équitable, tout en valorisant le plein potentiel des intervenants et des professionnels.

### **La flexibilité et l'adaptabilité**

Des modèles de soins et services évolutifs et adaptés aux besoins des personnes et des communautés, suivant une approche de responsabilité populationnelle.

### 3. Énoncé de vision

Cette politique s'appuie sur une vision ambitieuse et mobilisatrice, pour guider et orienter les actions à long terme vers une première ligne performante.

#### Énoncé de vision

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

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

L'énoncé de vision exprime l'ambition du gouvernement d'assurer l'équité en santé et bien-être pour l'ensemble des Québécois, en misant sur des soins et services développés en partenariat avec les personnes, ancrés dans les communautés, dans une perspective d'universalité. Il met en lumière la volonté d'agir de manière proactive pour offrir à toute la population des soins et services pertinents et de qualité, fondés sur les principes fondamentaux des soins primaires : accessibilité, continuité, globalité et coordination<sup>11,12,13</sup>.

#### L'accessibilité

Facilité avec laquelle toute personne obtient les soins et services nécessaires, incluant des conseils, pour tout besoin lié à sa santé ou à son bien-être, dans un délai approprié et sans discrimination, selon une modalité adaptée à sa réalité et à son niveau d'autonomie. L'accessibilité comprend des dimensions financière, organisationnelle, géographique, individuelle et socioculturelle ainsi que technologique.

#### La continuité

Utilisation longitudinale d'une source régulière de soins et services au fil du temps. Le concept de continuité prend plusieurs formes, dont la continuité relationnelle (interactions répétées entre la personne et un nombre limité d'intervenants et de professionnels), la continuité spatiale (soins et services dans un même milieu ou dans sa communauté), la continuité temporelle (absence de bris de services) ainsi que la continuité informationnelle (partage de renseignements requis afin d'adapter les soins et services à la situation de la personne).

#### La globalité

La disponibilité d'une gamme étendue de soins et services pour répondre, de façon pertinente et intégrée à l'ensemble des besoins de santé physiques et psychosociaux des personnes, à toutes les étapes de la vie et sur l'ensemble du continuum de soins et services (promotion de la santé, prévention, soins, suivis et accompagnement).

#### La coordination

L'organisation et l'articulation des éléments permettant que la personne reçoive des soins et services en temps opportun et de manière complémentaire et fluide pour l'ensemble de ses besoins de santé (physique et psychosociale). La coordination des soins et services implique une collaboration et une concertation efficaces entre les personnes, les personnes proches aidantes, les différents intervenants et professionnels et même les organisations, afin d'assurer une prise en charge optimale et adaptée aux besoins spécifiques de chaque personne.

La seconde partie de l'énoncé de vision souligne le rôle central que doit jouer la première ligne en tant que pôle intégrateur d'un système de santé et de services sociaux complexe, composé d'une diversité d'établissements et de partenaires. La première ligne constitue le point d'ancrage des continuums de soins et services, en assurant une intégration entre les dimensions physiques et psychosociales, entre les services généraux, spécifiques et spécialisés, ainsi qu'entre les interventions des secteurs publics et des partenaires de la communauté, qu'ils soient ou non conventionnés. Cette intégration se concrétise à différents niveaux (clinique, professionnel, organisationnel et systémique) à travers des mécanismes de coordination, de gouvernance et de gestion efficiente des ressources. La reconnaissance de ce rôle intégrateur de la première ligne par les partenaires est essentielle afin qu'elle puisse pleinement l'assumer. Cela suppose que les secteurs spécialisés et spécifiques soutiennent la première ligne et s'y arriment, dans une approche intégrée, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Dans sa vision pour une première ligne performante, le gouvernement québécois adopte le concept de « quintuple objectif » tel que défini dans le Plan de transformation du Comité de transition (voir Figure 1). Ce concept est en fait une adaptation québécoise de celui formulé par l'Institute for Healthcare Improvement<sup>14,15</sup>, un référentiel reconnu internationalement pour orienter l'amélioration continue au sein des systèmes de santé et de services sociaux.



**Figure 1 – Le quintuple objectif**

Source : Comité de transition. Plan de transformation – Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2025.

Cette approche guide la Politique dans la détermination d'orientations stratégiques et de cibles de changements qui visent cinq grands objectifs :

1. **Santé et bien-être de la population** : une population en meilleure santé
2. **Expérience des services** : des usagers qui vivent une expérience de soins et services positive
3. **Équité** : une plus grande équité en santé et bien-être entre les groupes qui composent la population
4. **Expérience au travail** : un personnel soutenu qui s'accomplit pleinement dans son travail
5. **Viabilité** : un système public viable qui participe activement au bien-être durable de la société

# Axes d'intervention et grandes orientations

Cette première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne a été élaborée en collaboration avec l'ensemble des sous-ministériats du ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'en concertation avec d'autres ministères, afin d'assurer sa cohérence stratégique et de créer une synergie avec les politiques ministérielles et gouvernementales structurantes pour le système de santé et de services sociaux et la population québécoise. Parmi ces politiques, on retrouve notamment :

- le [Programme national de santé publique 2025-2035](#);
- la [Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035](#);
- la [Politique nationale de soutien à domicile](#) (2026);
- la [Politique nationale pour les personnes proches aidantes](#) (2021);
- la [Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs](#) (2025);
- la [Stratégie conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de Santé Québec pour la protection de l'enfance](#) (2026).

Cette politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne a également été élaborée dans le respect des engagements de l'État québécois envers les Premières Nations et les Inuit, en tenant compte de leurs particularités culturelles et sociologiques. En ce sens, la politique fait écho aux efforts en matière de sécurisation culturelle, concrétisés dans la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*. Cet engagement prend forme, au sein de la Politique, dans l'esprit d'adaptabilité de l'organisation des soins selon les besoins des différentes communautés, par l'animation d'une gouvernance de proximité qui implique les représentants de la population et l'ensemble des partenaires présents et par une autonomisation suffisante des gouvernances locales dans la gestion de leurs ressources.

La mise en œuvre de cette politique devra également souscrire à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), en conformité avec la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027. L'ADS est un processus d'analyse visant à prendre en compte les réalités et les besoins spécifiques des femmes et des hommes dans la mise en place de projets, de programmes et de politiques. Elle permet d'adopter des initiatives publiques plus inclusives et d'atteindre l'égalité de fait entre les genres.

Enfin, cette politique s'inscrit en cohérence avec les principes de la *Loi sur le développement durable*, notamment la santé et la qualité de vie, l'équité et la solidarité sociale, la participation et l'engagement, l'accès au savoir, la subsidiarité, le partenariat et la coopération intergouvernementale, ainsi que la prévention.

## AXE 1 – Des soins et services de qualité pour tous

Les besoins de santé et bien-être de la population augmentent et se complexifient. Plus que jamais, il apparaît essentiel de revoir en profondeur les modèles d'organisation des soins et services de première ligne, afin d'assurer une prestation de services qui répondent de manière adaptée aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés, tout en favorisant le bien-être des intervenants et des professionnels ainsi que la viabilité du système de santé et de services sociaux.

Les orientations regroupées sous cet axe proposent une modernisation significative des modalités d'affiliation à une source régulière de soins et services, l'adoption d'approches proactives pour répondre de manière globale et intégrée à l'ensemble des besoins de la population, le renforcement des mécanismes d'accompagnement tout au long du parcours de soins et services ainsi que la mobilisation de tous les intervenants, professionnels et de l'ensemble des partenaires pour répondre efficacement aux besoins de la population.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>1.1 Assurer à tous les Québécois l'accès à des soins et services globaux, continus et coordonnés</b>	<b>1.1.1</b> Rattacher formellement chaque personne à un territoire de CLSC <b>1.1.2</b> Affilier tous les Québécois à un milieu de soins et services de première ligne <b>1.1.3</b> Associer les personnes à un répondant principal dans leur milieu d'affiliation
<b>1.2 Mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, qu'ils soient exprimés ou non</b>	<b>1.2.1</b> Privilégier des approches intégrées favorisant la prise en charge globale des besoins physiques et psychosociaux des personnes <b>1.2.2</b> Agir sur les déterminants de la santé en intensifiant les actions de promotion de la santé et de prévention en partenariat avec la santé publique et les partenaires locaux <b>1.2.3</b> Développer des stratégies proactives pour rejoindre les personnes en situation de vulnérabilité et répondre efficacement à leurs besoins
<b>1.3 Faciliter la navigation dans le système de santé et de services sociaux</b>	<b>1.3.1</b> Communiquer de l'information pertinente, claire et précise pour aider les personnes à développer leurs compétences à prendre soin d'elles-mêmes <b>1.3.2</b> Simplifier le parcours des personnes par un système d'accès intégré et harmonisé <b>1.3.3</b> Développer et harmoniser les pratiques d'analyse des besoins et d'orientation vers le bon soin ou service <b>1.3.4</b> Offrir un soutien accru à la navigation pour les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<p><b>1.4 Mobiliser toutes les ressources et leurs compétences</b></p>	<p><b>1.4.1</b> Assurer l'utilisation optimale et coordonnée du domaine d'intervention de tous les intervenants et professionnels en première ligne</p> <p><b>1.4.2</b> Accroître la qualité des pratiques collaboratives pour mieux répondre aux besoins des personnes</p> <p><b>1.4.3</b> Accroître la participation de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans les continuums de soins et services</p> <p><b>1.4.4</b> Soutenir les stratégies intersectorielles favorisant la santé et le bien-être de la population et des actions ancrées dans la communauté</p>

## 1.1 Assurer à tous les Québécois l'accès à des soins et services globaux, continus et coordonnés

Au Québec, les soins et services de santé se sont historiquement développés autour des médecins de famille. Au début des années 2000, le modèle d'organisation des soins de première ligne s'est appuyé en grande partie sur l'inscription auprès d'un médecin de famille. Bien qu'il ait permis de donner une cohérence à l'organisation des soins et services de première ligne, ce modèle a toutefois présenté des limites importantes, notamment dans sa capacité à assurer un accès équitable et en temps opportun pour l'ensemble de la population québécoise<sup>16</sup>.

Lorsque l'accès rapide à un professionnel de première ligne ou à une prise en charge continue n'est pas possible, certaines personnes se replient sur l'urgence ou des services spécialisés, accentuant la pression sur ces secteurs déjà surchargés. D'autres se tournent vers des services privés ou évitent de consulter, risquant une détérioration de leur état de santé<sup>17,18</sup>.

Dans un contexte où la population vieillit et que les besoins augmentent, il apparaît essentiel de repenser la manière dont les Québécois sont liés à une source principale de soins et services, en s'appuyant sur les attentes de la population, les avis scientifiques et en s'inspirant des pratiques contemporaines reconnues à l'échelle internationale. Cela implique la mise en place de mécanismes structurants, tels que le rattachement formel à un territoire de CLSC, l'affiliation à un milieu de soins et services et l'association à un répondant principal. L'objectif est clair : garantir à tous un accès équitable à des soins et services de première ligne globaux, continus et coordonnés, et ce, sans égard à leur statut socioéconomique ou à leur état de santé et de bien-être.

### 1.1.1 Rattacher formellement chaque personne à un territoire de CLSC

Selon son lieu de résidence ou de vie, chaque personne est desservie par un établissement territorial, responsable d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux, ainsi que de mobiliser les organisations partenaires de son territoire dans une perspective de responsabilité populationnelle. Pour soutenir l'organisation des soins et services, le territoire de chaque établissement est divisé en réseaux locaux de services (RLS), eux-mêmes subdivisés en territoires de CLSC.

Conformément aux orientations ministérielles sur la responsabilité des CLSC, chaque personne est officiellement rattachée à un territoire de CLSC, lequel devient l'unité de référence pour le développement et la coordination des soins et services de première ligne pour la population. Ainsi, par l'intermédiaire du CLSC, chaque personne dispose d'un point de contact de proximité pour exprimer ses besoins en santé et en bien-être et être orientée vers les

services requis, qu'il s'agisse de services communautaires locaux, hospitaliers, de réadaptation, de protection de la jeunesse ou d'hébergement. Le CLSC agit également comme interlocuteur privilégié pour les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux qui souhaitent orienter une personne vers les trajectoires de soins et services définies pour la population locale.

La désignation du territoire de CLSC est établie en fonction du lieu de résidence permanente, ou selon les modalités établies pour certaines situations incluant notamment une personne ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe. Ce rattachement territorial n'empêche toutefois pas la personne de recevoir des services de santé ou des services sociaux auprès d'un professionnel, d'un intervenant ou d'un établissement de son choix, même si ceux-ci ne relèvent pas de son territoire de CLSC ou de son milieu de soins et services de première ligne, conformément à l'article 9 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux* (LGSSSS).

Le rattachement à un territoire de CLSC assure à tous les Québécois – y compris ceux en situation de précarité ou d'itinérance – un point d'ancrage leur permettant de faire valoir leurs besoins et d'accéder aux soins et services nécessaires.

### 1.1.2 Affilier tous les Québécois à un milieu de soins et services de première ligne

Le modèle actuel d'inscription à un seul professionnel ne répond plus adéquatement aux besoins croissants de la population et exerce une pression importante sur les médecins de famille afin qu'ils augmentent leur volume de patients inscrits ou la cadence des consultations<sup>19</sup>.

Ce modèle n'a pas réussi à combler les besoins de l'ensemble de la population québécoise<sup>1</sup>, créant une iniquité et laissant un nombre significatif de personnes sans accès adéquat aux soins et services de première ligne. Par ailleurs, bien que la mise en place de l'accès adapté ait permis d'améliorer l'accès à une consultation, l'inscription auprès d'un médecin de famille ne garantit pas systématiquement un accès en temps opportun à une consultation, que ce soit avec ce médecin ou un autre intervenant ou professionnel. Même dans les milieux dotés d'équipes interdisciplinaires, tels que les groupes de médecine de famille (GMF), l'accès aux soins demeure souvent tributaire d'une évaluation préalable par le médecin inscripteur, ce qui engendre des goulots d'étranglement et des délais. L'inscription auprès d'un seul professionnel entraîne également une discontinuité des soins et services lors d'un départ à la retraite ou d'un changement de pratique, la personne perdant alors l'accès à la clinique ou à l'équipe interdisciplinaire, à moins qu'un transfert n'ait pu être effectué.

Un modèle d'inscription collective a été instauré en 2022, permettant à des médecins de se regrouper pour prendre en charge des personnes non inscrites. Ce modèle a élargi l'accès aux soins pour ces patients, mais sans garantir le même niveau de suivi, entretenant une certaine iniquité selon le statut d'inscription.

L'inscription individuelle s'est principalement développée avec la création des GMF en 2002. En plus de favoriser le travail en interdisciplinarité, plusieurs de ces groupes ont contribué à l'exposition des étudiants et des résidents en médecine de famille à la première ligne grâce à leur volet universitaire. Malgré ces forces, le modèle des GMF apparaît aujourd'hui peu adapté à certaines réalités régionales. Il demeure également largement structuré autour de la capacité d'inscription des médecins de famille, plutôt que sur les besoins réels et évolutifs de la population<sup>20</sup>.

#### Les GMF

- Le nombre de GMF au Québec est passé de 18 en 2002 à 387 en 2024.
- 83,4 % des inscriptions sont auprès d'un médecin pratiquant dans un GMF.
- Le budget alloué aux GMF est passé de 6,7 M\$ en 2002 à 324 M\$ en 2024.

i. Le taux d'inscriptions individuelles a plafonné autour de 82 % en 2019 pour diminuer par la suite (Institut de la statistique du Québec. (2025). Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. [https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services\\_proximite\\_03.pdf](https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf)).

La littérature scientifique suggère que les modèles qui valorisent le travail d'équipe, le partage des responsabilités et la collaboration interprofessionnelle entraînent des effets bénéfiques en matière d'expérience des usagers, de résultats de santé et de bien-être, d'efficacité et de bien-être des cliniciens<sup>21</sup>. **Dans cette perspective, le gouvernement reconnaît que les médecins de famille du Québec ne peuvent plus assumer seuls la responsabilité de répondre à tous les besoins des Québécois ni d'assurer un accès en temps opportun à des services de première ligne globaux, continus et coordonnés. Cette responsabilité doit être mieux partagée avec les autres intervenants et professionnels de la première ligne.** Le rôle des médecins de famille est ainsi appelé à évoluer afin de se concentrer sur les situations nécessitant des connaissances transversales et approfondies, notamment les conditions médicales complexes, la mobilisation d'expertises multiples ainsi que l'intégration d'informations et de données cliniques variées afin de fournir des soins et des services appropriés.

Le gouvernement mettra ainsi en place un nouveau modèle d'affiliation de l'ensemble de la population à un milieu de soins et services de proximité. Fondé sur le principe selon lequel chaque personne admissible<sup>II</sup> est affiliée à un milieu de soins et services, ce modèle vise mettre fin aux iniquités liées aux différents statuts d'inscription. Inspirée du modèle scolaire, où l'accessibilité est universelle et déterminée par le territoire de résidence, cette approche vise à garantir à tous un accès équitable et continu à des soins et services globaux et coordonnés, en misant sur un meilleur partage de la responsabilité populationnelle.

Les milieux d'affiliation regroupent des équipes interdisciplinaires composées notamment de médecins de famille et d'infirmières praticiennes spécialisées ainsi que d'autres intervenants et professionnels. Chaque membre de l'équipe contribue à l'offre de services selon son domaine d'intervention, dans une approche collaborative et de partenariat avec les personnes affiliées. L'affiliation à un milieu permet ainsi d'accéder à l'expertise de l'ensemble des professionnels, en fonction des besoins et de l'organisation locale des soins et services. Le rôle des médecins de famille et des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) y demeure central, en raison de l'étendue de leur champ d'exercice et de leur formation approfondie, tandis que la continuité des soins est assurée malgré les mouvements de personnel.

L'offre de soins et services des milieux d'affiliation s'intègre de façon coordonnée à un continuum de soins et services visant à répondre aux besoins spécifiques de la population locale.

Enfin, les milieux d'affiliation sont appelés à mettre en place des mécanismes de gestion interne soutenant la qualité des soins et services, notamment par la collaboration interprofessionnelle, la valorisation des expertises et l'amélioration continue de la qualité. Ils participent également activement à la gouvernance locale de la première ligne et à l'élaboration des continuums de soins et services, dans une perspective d'utilisation optimale des ressources et de réponse adaptée aux besoins de la population.



### La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

Les outils technologiques soutenus par l'intelligence artificielle peuvent jouer un rôle important pour capter les besoins des personnes affiliées afin de les orienter adéquatement vers le bon soin ou service, incluant des conseils et des autosoins. On assure ainsi la pertinence des consultations réalisées par les intervenants et les professionnels des milieux d'affiliation ainsi qu'une répartition optimale selon les champs d'exercice.

II. L'affiliation à un milieu de soins et services est accessible aux personnes admissibles à l'assurance-maladie du Québec.

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

## Les milieux d'affiliation

Les milieux de soins et services de proximité auxquels les personnes peuvent être affiliées incluent différents modèles organisationnels où exercent au moins un médecin de famille, une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) ou tout autre professionnel pouvant agir à titre de répondant principal. Ces modèles reposent sur une approche interdisciplinaire et comprennent les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales et d'IPS, les équipes interdisciplinaires en CLSC ou en coopératives de santé ainsi que tout autre milieu répondant à ces critères.

L'affiliation à proximité du milieu de vie facilite le partage d'information, la continuité des soins et la coordination avec les partenaires de santé et de services sociaux locaux qui développent leur offre en fonction des besoins de la population du territoire. Elle favorise également le développement d'un sentiment d'appartenance à sa communauté locale et les déplacements actifs. Des mécanismes seront progressivement instaurés afin de permettre l'affiliation des personnes qui déménagent à un milieu de soins et de services situé plus près de leur nouveau lieu de résidence, lorsque la distance avec leur milieu d'origine est jugée trop importante. Les droits et intérêts des personnes priment cependant dans le choix de maintenir une affiliation auprès d'une équipe située dans un autre territoire, afin de privilégier la continuité de ses soins et services.

### 1.1.3 Associer les personnes à un répondant principal dans leur milieu d'affiliation

Lorsqu'une même personne est suivie par plusieurs intervenants et professionnels, il devient essentiel de mettre en place des mécanismes de suivi et de coordination, afin d'assurer la cohérence et la continuité de son parcours de soins et de services, tant pour ses besoins de santé physique que mentale et psychosociale.

Dans cette perspective, et en complément de l'affiliation à un milieu de soins et services de proximité, composé d'une équipe interdisciplinaire, chaque Québécois admissible sera progressivement associé à un répondant principal, en fonction de ses besoins. Jusqu'à maintenant, ce rôle a principalement été assuré par les professionnels inscripteurs, soit les médecins de famille et les IPSPL. Toutefois, selon le contexte, il pourrait être confié à d'autres professionnels, notamment lorsque la majorité des soins et services requis ne sont pas de nature médicale, tout en demeurant compatible avec l'implication d'un médecin ou d'une l'IPS dans le dossier.

#### Continuité des soins et services

Il est démontré que la continuité relationnelle et le suivi longitudinal contribuent à de meilleurs résultats de santé et constituent des attributs importants des systèmes de soins primaires performants<sup>22</sup>. Ils favorisent entre autres l'établissement d'un partenariat avec les personnes, renforçant ainsi la confiance envers les décisions prises conjointement et augmentant la satisfaction des personnes et du personnel de santé et des services sociaux<sup>23</sup>.

L'affiliation à un milieu de soins et de services de proximité et l'association à un répondant principal s'inscrivent ainsi dans un ensemble cohérent de stratégies visant à soutenir la continuité des soins et services.

Le répondant principal exerce un leadership dans l'établissement et le maintien d'une relation de confiance avec la personne ainsi qu'avec ses personnes proches aidantes. Il développe une compréhension globale de leurs besoins et de leurs attentes et contribue à la coordination du parcours de soins et de services, en collaboration avec les autres membres de l'équipe.

Les médecins et les IPS demeurent responsables de la coordination médicale lorsque celle-ci est requise, que ce soit lors d'un épisode de soins ou sur une base longitudinale, dans leur rôle de répondant principal. Toutefois, l'association à un médecin de famille ou à une IPSPL n'implique pas un accès direct ou automatique à ce professionnel ; elle signifie plutôt que celui-ci est mobilisé en priorité lorsque le triage indique qu'une expertise ou une coordination médicale est nécessaire.

La coordination du parcours de soins et services peut également être appuyée par des mécanismes complémentaires, tel que des professionnels répondants ou des intervenants pivots, en particulier pour les personnes ayant des besoins plus complexes. Ainsi, le médecin de famille et l'IPS ne constituent plus systématiquement le point de contact unique pour le patient, ce rôle étant partagé avec les membres de l'équipe du milieu d'affiliation.

Le répondant principal sera déterminé par l'équipe clinique du milieu d'affiliation, en fonction de l'organisation interne des soins et services, en partenariat avec la personne ainsi que ses personnes proches aidantes. Cette désignation est appuyée par des mécanismes permettant de détecter rapidement toute évolution des besoins d'une personne, afin d'ajuster l'association en conséquence.

## Transition

La transition entre le modèle actuel d'inscription et le nouveau modèle d'affiliation à un milieu de soins et services, avec association à un répondant principal, sera réalisée de façon progressive, dans un horizon de moyen à long terme. Elle s'inscrira en cohérence avec le déploiement des autres leviers de transformation prévus dans la politique et reposera sur des projets pilotes visant à éprouver les modalités d'implantation et à en préciser les conditions de succès, en amont d'une généralisation à l'échelle du Québec.

Lors de la transition :

- Les personnes qui étaient inscrites auprès d'un médecin de famille ou d'une IPSPL maintiendront le lien avec ce professionnel à titre de répondant principal. Elles seront affiliées au milieu de soins et de services où travaille ce médecin ou cette IPSPL.
- Les personnes inscrites auprès d'un groupe de médecins de famille seront affiliées à ce milieu. Un répondant principal sera désigné au fil du temps, en fonction des besoins.

À terme, le rôle de répondant principal pourra être porté par divers professionnels de l'équipe, selon des balises établies. Les médecins de famille et les IPSPL pourront jouer un rôle important de leadership dans l'adoption de ce rôle par leurs collègues.

- Les personnes sans inscription seront progressivement affiliées à un milieu de proximité et associées à un répondant principal, en débutant par les plus vulnérables.
- Des mécanismes seront également instaurés pour faciliter l'affiliation des personnes en fonction de leur lieu de résidence, notamment à la suite d'un déménagement, afin de favoriser l'accès aux services de proximité et la coordination des soins et services.

## 1.2 Mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, qu'ils soient exprimés ou non

Une approche populationnelle vise à répondre à l'ensemble des besoins en santé d'une communauté, en tenant compte non seulement des profils cliniques, mais aussi des réalités politiques, économiques, sociales et environnementales qui influencent la santé et le bien-être. Les besoins de santé englobent à la fois les besoins exprimés, c'est-à-dire ceux pour lesquels les personnes formulent une demande de soins ou de services, et les besoins individuels et collectifs non exprimés ou latents, que les personnes ne verbalisent pas ou ignorent, faute de sensibilisation ou en raison de barrières sociales, culturelles ou personnelles. Ils incluent tous les besoins pour lesquels des personnes consomment déjà des soins et services parfois moins pertinents ou adaptés, par méconnaissance ou par manque d'accès en temps opportun au bon professionnel, ce qui contribue à accroître la pression sur le système de santé et de services sociaux.

Pour répondre efficacement à l'ensemble de ces besoins dans des délais appropriés, il est nécessaire d'adopter une démarche proactive, qui repose à la fois sur le renforcement de la capacité des personnes à prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être, ainsi que sur une planification concertée et une coordination étroite des efforts de tous les acteurs afin de proposer une offre de soins et de services pertinente, complète et accessible.

Cette approche met l'accent sur l'équité et la pertinence des services, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité, souvent confrontées à un fardeau de morbidité plus élevé. Elle permet également d'assurer une plus grande intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les soins et services de première ligne offerts à la communauté.

Dans cette perspective, la planification des soins et services doit s'appuyer sur une compréhension fine des besoins populationnels, puis orienter les actions en fonction des stratégies suivantes.

### 1.2.1 Privilégier des approches intégrées favorisant la prise en charge globale des besoins physiques et psychosociaux des personnes

La programmation des services demeure souvent fragmentée, en particulier au sein des établissements publics où les soins sont financés et organisés par programmes-services. Cette fragmentation s'observe également entre les différents partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, qui ne partagent ni les mêmes obligations, ni les mêmes modalités de financement, ni les mêmes systèmes d'information.

À l'inverse, les soins intégrés visent à assurer une coordination fluide entre les services, afin d'offrir aux personnes des soins continus, de qualité et sans interruption<sup>24</sup>. Le développement proactif de continuums de soins et services permet notamment de mieux arrimer les services de santé et les services sociaux, les services publics et ceux issus de la communauté, ainsi que les autosoins, les services généraux et spécifiques de première ligne et les services spécialisés.

Dans cette perspective, une approche holistique ou multidimensionnelle doit être privilégiée par les intervenants et les professionnels, afin de traiter chaque personne dans sa globalité – en tenant compte à la fois de ses besoins de santé physique et psychosociale. En plus de favoriser une meilleure expérience de soins pour la personne, cette approche contribue à établir la relation entre la personne et son équipe de soins et à engager celle-ci dans les démarches liées à sa santé et à son bien-être<sup>25,26</sup>. Le renforcement de la collaboration interprofessionnelle et la mise en place d'un parcours de soins personnalisé, lorsque cela est pertinent, sont des stratégies pour optimiser cette approche. Il est également essentiel de développer les capacités relationnelles, professionnelles et organisationnelles afin de soutenir une réponse plus humaine, complète et adaptée à toutes les situations, même celles plus complexes, assurant une prise en compte des dimensions physiques et psychosociales de la santé.

**Pour garantir des soins et services accessibles, pertinents et à forte valeur pour la population, l'ensemble des acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, de même que les partenaires intersectoriels et les membres de la communauté, doivent se mobiliser autour de la coconstruction de continuums locaux centrés sur la santé et le bien-être des personnes.**

Cette démarche implique la mise en place de mécanismes efficaces de planification concertée, de coordination et de collaboration entre les organisations et tous les intervenants et les professionnels impliqués, tout au long du parcours de soins et services, afin de répondre de manière globale et intégrée aux besoins des individus et des communautés.

Dans un contexte de soins de plus en plus complexes, il est essentiel d'inclure les médecins des autres spécialités dans l'élaboration des continuums de soins et services intégrés. La contribution des spécialistes, notamment dans des domaines comme la psychiatrie, la pédiatrie sociale, la gériatrie ou l'obstétrique, est aujourd'hui plus significative et peut enrichir les services de première ligne, particulièrement dans certaines régions où les besoins sont particuliers. L'implication des équipes spécialisées dans la construction des continuums de soins et services est essentielle pour atteindre une véritable intégration et une utilisation pertinente des soins et services.

### **1.2.2 Agir sur les déterminants de la santé en intensifiant les actions de promotion de la santé et de prévention en partenariat avec la santé publique et les partenaires locaux**

Le Québec fait face à des défis majeurs tels que le vieillissement de la population et une forte prévalence des maladies chroniques. Si rien de plus n'est fait en promotion de la santé et en prévention, la transition démographique pourrait entraîner des dépassements de capacités dans la gestion de ces problèmes de santé complexes. Cependant, comme le souligne la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, ce n'est pas une fatalité, puisqu'un grand nombre de maladies chroniques et infectieuses peuvent être évitées.

La promotion de la santé et la prévention sont des leviers puissants pour réduire l'incidence des maladies évitables et le fardeau des problèmes de santé physique ou psychosociale. En agissant en amont – que ce soit pour prévenir ou retarder leur apparition, pour les dépister et les traiter précocement ou pour limiter les incapacités et les complications qui peuvent en découler – ces approches permettent d'éviter ou de réduire le recours à des interventions plus complexes. La prévention vise également à protéger les personnes contre les interventions inutiles ou excessives, en particulier lorsque celles-ci n'apportent pas d'amélioration significative pour la personne.

#### **La prévention**

La prévention se décline en quatre niveaux complémentaires :

- la prévention primaire, qui vise à investir dans les fondements de la santé et du bien-être pour éviter que des problèmes de santé n'apparaissent;
- la prévention secondaire, qui mise sur la détection précoce afin de favoriser une intervention rapide et de limiter les impacts;
- la prévention tertiaire, qui cherche à réduire les conséquences négatives d'un problème de santé ou des interventions pour le résoudre grâce à une gestion appropriée;
- la prévention quaternaire, qui protège les personnes contre les interventions inutiles ou excessives afin d'éviter qu'elles ne causent plus de tort que de bien.

La promotion de la santé et la prévention sont intimement liées à l'autonomisation en santé, laquelle vise à renforcer la capacité des personnes à prendre des décisions éclairées et à agir pour une meilleure gestion de leur santé et de leur bien-être. Cette autonomisation peut être soutenue tout au long de la vie par des outils adaptés et validés. Dans cette optique, les actions de promotion de la santé réalisées dans la communauté, de même que les interventions ciblant les facteurs qui influencent la santé et le bien-être, comme les conditions de vie, les comportements et l'environnement permettent d'agir de manière structurante sur les déterminants sociaux de la santé. Pour qu'elles soient efficaces et ancrées dans la réalité des milieux, ces actions doivent être élaborées et portées conjointement par une diversité de partenaires. Les personnes, les personnes proches aidantes, les représentants de la communauté, les municipalités, les milieux scolaires, les organismes communautaires et les entreprises locales sont des partenaires intersectoriels incontournables pour coconstruire et mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et de prévention pertinentes, équitables et adaptées aux besoins et priorités des communautés locales.

De façon complémentaire, les équipes interdisciplinaires en première ligne, notamment dans les milieux d'affiliation et en CLSC, jouent un rôle capital en intégrant la prévention à l'ensemble des soins et services, en cohérence avec les orientations du Programme national de santé publique 2025-2035 (PNSP) et en complémentarité avec les activités qui en découlent. Les services cliniques préventifs sont essentiels pour promouvoir la santé et le bien-être, prévenir les problèmes de santé physique, mentale ou sociale, réduire les inégalités d'accès aux soins et services ainsi qu'améliorer le bien-être global. Ces services permettent d'agir précocement sur les facteurs de risque et de protection, d'offrir des interventions adaptées aux besoins des personnes et d'assurer un suivi individualisé et continu.

Les interventions préventives comprennent notamment l'offre de conseils favorisant les saines habitudes de vie, le repérage des facteurs de risques et le dépistage des problèmes de santé physique, mentale ou sociale, la vaccination et, lorsque pertinent, la prescription de médicaments à visée préventive. Elles peuvent être réalisées à la fois par le biais de programmes populationnels organisés ou par l'application de lignes directrices par le personnel de la santé et des services sociaux. En agissant à toutes les étapes de la vie, ces approches contribuent à prévenir l'apparition de problèmes à long terme ainsi qu'à renforcer la santé et le bien-être des populations.

En collaborant activement avec les partenaires intersectoriels et la santé publique, et en intensifiant les pratiques cliniques préventives dans les milieux d'affiliation et dans la communauté pour en assurer l'accès en temps opportun pour les populations qui peuvent en bénéficier, les acteurs de la première ligne en santé et services sociaux peuvent générer des gains significatifs pour la santé et le bien-être des personnes. Ce positionnement contribue également à la pérennité du système de santé et de services sociaux, en misant sur la promotion de la santé ainsi que la prévention et l'intervention précoce plutôt que sur la réponse aux besoins une fois qu'ils sont devenus plus complexes ou que la condition s'est détériorée.

### 1.2.3 Développer des stratégies proactives pour rejoindre les personnes en situation de vulnérabilité et répondre efficacement à leurs besoins

La planification proactive des soins et services inclut également le développement de stratégies complémentaires, adaptées aux besoins spécifiques – parfois intenses, parfois complexes – de certains segments de la population. L'objectif est de prévenir l'apparition de nouveaux problèmes de santé ou d'en atténuer les conséquences sur la qualité de vie des personnes.

La segmentation de la population en sous-groupes permet d'approfondir l'analyse des besoins et de cibler des modalités d'intervention ou une intensité de soins et services selon des facteurs précis, tels qu'une phase de la vie, une problématique de santé, une caractéristique sociodémographique particulière ou une combinaison de plusieurs facteurs.

- Le Programme national de santé publique 2025-2035 et la Stratégie nationale de prévention en santé, intègrent une approche fondée sur le parcours de vie permettant d'intervenir de manière ciblée et adaptée, en tenant compte des réalités propres à chaque groupe d'âge et des déterminants qui influencent la santé et le bien-être tout au long de la vie. En ajustant les interventions aux besoins spécifiques des différentes étapes du cycle de vie (de la période prénatale jusqu'à l'âge avancé, en passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte) ainsi qu'aux périodes de transition, cette approche optimise l'efficacité des actions préventives et leur durabilité.

À titre d'exemple, il importe d'anticiper l'intensité temporaire de services requis pour assurer des activités de détection, de dépistage, de prévention et d'autres suivis requis par les femmes enceintes et les jeunes enfants au cours d'une grossesse et de la petite enfance, et ce, malgré l'absence de problèmes sociaux ou de santé connus.

De même, les soins et services liés au vieillissement et à la fin de vie nécessitent une attention particulière pour répondre adéquatement aux besoins des personnes ainsi que de leurs personnes proches aidantes. De manière générale, les soins et services sont conçus pour assurer une espérance de vie en santé et un vieillissement dans la dignité, conformément aux aspirations des individus. Ils intègrent des soins et services de qualité, dont des soins palliatifs, accessibles à domicile ou dans les milieux de vie. Les équipes interdisciplinaires en première ligne peuvent jouer un rôle clé dans cette intégration, en privilégiant des soins et services humains essentiels et en collaborant étroitement avec les usagers, les personnes proches aidantes et les spécialistes pour déterminer la meilleure approche de soins, tout en évitant la surmédicalisation de cette étape naturelle de la vie.



#### La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

Les outils technologiques peuvent soutenir le repérage des personnes dont l'état de santé et de bien-être est à risque de détérioration, permettant ainsi de déclencher des interventions précoces. Ils peuvent également favoriser le développement de modèles prédictifs prenant en compte des facteurs démographiques et des données socio-sanitaires, ce qui permet d'ajuster l'offre de soins et services et de planifier les ressources en conséquence.

- Les activités de démarchage visant à promouvoir la santé ainsi que les services disponibles font également partie intégrante d'une offre complète de soins. Le développement d'approches adaptées pour rejoindre les populations en situation de vulnérabilité contribue à améliorer l'équité d'accès et à réduire les inégalités sociales de santé. À titre d'exemple important, des services préventifs et des programmes de soutien aux familles en contexte de vulnérabilité doivent être accessibles en temps opportun, avec l'intensité et la durée nécessaires afin d'éviter un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ou, parfois, des placements dans un milieu de vie substitut.
- Les personnes vivant avec des maladies chroniques multiples, des limitations fonctionnelles et des vulnérabilités sociales interagissent avec de nombreux intervenants et professionnels. Elles sont particulièrement à risque de vivre une fragmentation des soins, ce qui les amène souvent à recourir aux services d'urgence ou à ne pas consulter. Des approches favorisant l'autonomisation des personnes dans la gestion de leurs maladies chroniques ainsi qu'une meilleure coordination entre les organisations impliquées dans leur parcours de soins (milieu d'affiliation, services dans la communauté et services spécialisés) permettent de réduire les conséquences négatives sur leur état de santé et de diminuer la pression sur les services spécialisés, plus complexes et coûteux.

En adoptant une posture proactive, le système de santé et de services sociaux se mobilise pour répondre de manière efficace aux besoins accrus ou particuliers des personnes en situation de vulnérabilité, vivant avec des conditions complexes ou chroniques, ou ayant des besoins spécifiques liés aux différentes étapes de la vie. Cette approche vise à réduire les inégalités sociales de santé et à améliorer durablement la santé et le bien-être de l'ensemble de la population.

### **Orientations concernant la gestion des maladies chroniques en première ligne**

La gestion des maladies chroniques en première ligne repose sur une hiérarchisation des soins adaptée à l'intensité des besoins : autogestion par la personne, suivi dans un milieu de soins et services de première ligne, soutien accru par une équipe territoriale multidisciplinaire et interventions complémentaires par les services spécialisés.

La gestion des maladies chroniques aborde l'ensemble des besoins du patient, en mettant l'accent sur l'adoption de saines habitudes de vie et le soutien aux changements comportementaux, en complément des interventions thérapeutiques.

Ce modèle exige un arrimage et une forte coordination entre les partenaires impliqués, afin d'assurer la continuité des soins et services alors que les personnes circulent entre les différentes organisations du système.

### 1.3 Faciliter la navigation dans le système de santé et de services sociaux

L'écosystème de la première ligne est complexe. Bien que l'offre de soins et services y soit vaste et diversifiée, elle demeure souvent méconnue des individus et des personnes proches aidantes. Ces derniers expriment fréquemment leur difficulté à savoir quoi faire ou vers qui se tourner pour obtenir les services appropriés, se retrouvant ainsi livrés à eux-mêmes dans leurs démarches.

Le système de santé et de services sociaux a la responsabilité de soutenir activement ces personnes dans l'identification et l'accès aux soins et services requis. Cela passe notamment par un meilleur accès à l'information, l'arrimage des portes d'entrée, de meilleures pratiques d'analyse et d'aiguillage vers le bon service par le bon intervenant ou professionnel, ainsi qu'un accompagnement accru à la navigation pour les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins plus complexes. Ces leviers permettent de mieux répondre aux besoins des usagers, d'améliorer leur expérience et d'assurer une utilisation plus efficiente des ressources disponibles.

#### 1.3.1 Communiquer de l'information pertinente, claire et précise pour aider les personnes à développer leurs compétences à prendre soin d'elles-mêmes

La littératie en santé est considérée comme un facteur clé de la santé et du bien-être. Elle regroupe les connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour trouver, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé. Elle permet aux personnes de prendre des décisions éclairées pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie, pour mieux naviguer dans le système de santé et de services sociaux et pour participer activement aux démarches liées à leur santé et bien-être<sup>27</sup>.

Le niveau de littératie en santé d'une population dépend de plusieurs facteurs. Toutefois, son développement peut être soutenu par une collaboration intersectorielle entre les milieux scolaires, communautaires, de travail et le système de santé et de services sociaux. Dans cette perspective, le gouvernement s'engage à soutenir le développement de la littératie en santé de la population dans le but de favoriser sa participation active aux décisions qui la concernent.

Le système de santé et de services sociaux a également la responsabilité de développer et de rendre accessible une diversité de contenus sur la santé et le bien-être validés, compréhensibles et adaptés aux différents niveaux de littératie. Ces contenus doivent être développés en partenariat avec la population afin de favoriser une bonne compréhension et une participation active aux démarches liées à la santé et au bien-être.

Dans le cadre d'une stratégie visant le développement de la littératie en santé des Québécois, le gouvernement doit également faciliter l'accès numérique à diverses informations, dont :

- des renseignements pertinents, accessibles et validés sur la santé et le bien-être, incluant de la prévention et des ressources d'autosoins;
- une orientation vers les services adaptés et la prise de rendez-vous en ligne, lorsque requis, soutenue par des filtres de pertinence;
- ses propres informations de santé, avec un accompagnement éducatif adapté à son niveau de littératie pour bien interpréter les informations.



Considérant qu'une personne sur cinq possède de faibles compétences en littératie numérique en santé<sup>28</sup> et qu'encore 6 %<sup>III</sup> des Québécois n'ont pas accès à un appareil connecté<sup>29</sup> (ordinateur, tablette, téléphone intelligent) il est essentiel de compléter l'offre numérique par de la documentation imprimée et un accès téléphonique, afin de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé persistantes. L'accès téléphonique doit offrir à tous les Québécois la possibilité de discuter avec des intervenants et des professionnels de la santé et des services sociaux, d'obtenir des conseils adaptés et d'être orientés vers le service local approprié. Par ailleurs, des mesures visant à rehausser le niveau de littératie numérique et à réduire la fracture numérique doivent également être envisagées, afin de favoriser une participation équitable à l'offre de soins et de services.

## La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

Les outils numériques et les appareils mobiles peuvent faciliter et bonifier l'expérience de recherche d'information et doivent prendre une place importante dans les stratégies gouvernementales de première ligne. La création de comptes sécurisés permet de personnaliser l'expérience de chaque personne, en proposant des contenus adaptés selon le profil démographique ou les soins et services utilisés.

L'intégration d'agents conversationnels, en amont ou en soutien aux interventions humaines, peut faciliter la recherche d'information, guider proactivement les personnes vers les autosoins adaptés ou faciliter la planification des prochaines étapes du parcours de soins et services.

Au Québec, des travaux sont en cours pour le développement de la plateforme Votre Santé. À terme, cette plateforme regroupera plusieurs éléments nécessaires au soutien de la littératie en santé, notamment :

- une « **bibliothèque de santé** » offrant aux personnes et à leurs proches un accès à de l'information validée sur la prévention de problèmes de santé et de bien-être, les soins à prodiguer à la maison ainsi que les ressources disponibles;
- un **système permettant de capter le besoin exprimé par l'utilisateur** et de proposer le service ou le soin le plus pertinent, incluant un système de prise de rendez-vous qui donne accès aux soins et services de première ligne offerts par l'ensemble des intervenants et professionnels;
- un **accès personnalisé aux informations de santé** permettant à chaque citoyen de consulter ses données personnelles, comme son milieu de soins et services, son répondant principal, son CLSC d'appartenance et sa pharmacie. Il pourra également consulter sa liste de médicaments et ses résultats de tests et d'examen.

III. Cette proportion atteint 22 % chez les personnes âgées de plus de 74 ans.

### 1.3.2 Simplifier le parcours des personnes par un système d'accès intégré et harmonisé

Les milieux d'affiliation, les CLSC, les services Info-Santé et Info-Social, le guichet d'accès à la première ligne (GAP), les pharmacies communautaires et parfois même l'urgence ou le 911 sont des portes d'entrée importantes pour la population souhaitant accéder à des soins et services.

En 2019, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) recensait un éventail de mécanismes d'accès aux services de proximité ayant pour fonction d'aider à la navigation dans le continuum de services, de faciliter la coordination entre les services ou de rejoindre les clientèles socialement vulnérables, constatant par le fait même qu'aucun système ne les intégrait afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population, menant ainsi les individus ou leur personnes proches aidantes à multiplier les démarches pour accéder aux soins et services dont ils ont besoin<sup>30</sup>.

Tel qu'introduit dans le cadre de référence ministériel Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité (2023), le système de santé et de services sociaux doit offrir aux Québécois des portes d'entrée arrimées, facilitant l'accès en temps opportun aux soins et services par une même démarche, indépendamment de la porte d'entrée choisie par la personne, selon une approche où chaque porte est la bonne (« *no wrong door* »). Un « accès intégré » implique à la base un réseautage des portes d'entrée, ainsi qu'une harmonisation des pratiques et des mécanismes soutenant le partage de l'information collectée<sup>31</sup>. Cette intégration repose également sur une connaissance partagée des continuums de soins et services et de l'offre accessible à proximité pour répondre aux besoins de l'utilisateur, selon ses valeurs et ses préférences.

Dans ce contexte, les CLSC jouent un rôle clé dans la mobilisation des partenaires autour du développement de soins et services adaptés aux besoins de la population locale. Ils sont également responsables de l'harmonisation des pratiques dans les mécanismes d'accueil et d'orientation à l'échelle locale et contribuent à l'intégration de cette offre dans les mécanismes locaux, régionaux et provinciaux.

Une plus grande intégration des portes d'entrée permettra de soutenir le parcours des personnes et d'assurer une réponse adaptée et équitable, quelle que soit la porte utilisée.

### 1.3.3 Développer et harmoniser les pratiques d'analyse des besoins et d'orientation vers le bon soin ou service

Une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) révèle que les Québécois ont pour premier réflexe de consulter leur médecin de famille lorsqu'ils éprouvent un problème de santé<sup>32</sup>. Or, plusieurs de ces consultations concernent des besoins qui devraient être pris en charge par un autre intervenant ou professionnel ou être résolus par des auto-soins. Parfois, le passage par le médecin de famille n'est qu'un détour évitable vers un autre intervenant ou professionnel qui devrait être accessible plus directement. Cette situation contribue à engorger et à réduire l'accès aux médecins de famille, au détriment des personnes qui nécessitent réellement leur expertise.

L'analyse des demandes formulées aux portes d'entrée du système de santé et de services sociaux permet de cerner le besoin principal de la personne, qui peut être différent du besoin perçu, d'identifier le ou les intervenants et professionnels les plus aptes à y répondre, et de déterminer le délai de consultation approprié. Dans certains cas, une réponse immédiate peut être apportée par des conseils ou une orientation vers des ressources d'auto-soins. Dans d'autres, la personne est dirigée vers le soin ou service le plus pertinent et accessible, idéalement dans un milieu qu'elle connaît déjà, favorisant ainsi la continuité des soins et services.

**La mise en place de filtres de pertinence harmonisés dans les portes d'entrée et dans les mécanismes d'accès à la première ligne est un levier incontournable pour répondre en temps opportun aux besoins de santé et de bien-être des Québécois et assurer une utilisation judicieuse et optimale des ressources.**

L'efficacité de ces filtres repose cependant sur le développement préalable de continuums de soins et services alignés sur les besoins de la population, la diffusion des ressources et des trajectoires établies auprès des intervenants et professionnels, un accès réel à l'offre de soins et services de proximité ainsi que la mise en place de mécanismes soutenant la référence et le partage de l'information collectée<sup>33</sup>. La mise en place de tels filtres de pertinence dans les portes d'entrée du système de santé et de services sociaux implique toutefois une transformation des habitudes de la population, passant d'une logique de prise de rendez-vous médical à une orientation vers le bon intervenant ou professionnel, selon le besoin exprimé. Cette transition doit être soutenue par des campagnes d'information et des actions d'accompagnement adaptées.

### **Des résultats probants**

L'application d'un filtre de pertinence a fait ses preuves avec les guichets d'accès à la première ligne (GAP), démontrant qu'une part significative des demandes de consultation médicale formulées pouvait être réorientée vers un autre professionnel ou service approprié. La régulation ambulancière, soit l'analyse des appels de faible priorité logés au 911, permet également d'éviter une visite à l'urgence dans près de 20 % des cas en orientant la personne vers un service de première ligne plus adapté à son besoin.

#### **1.3.4 Offrir un soutien accru à la navigation pour les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes**

Les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes rencontrent des obstacles accentués par l'accès aux services de santé et de services sociaux. Ces difficultés peuvent engendrer des parcours fragmentés, caractérisés par des démarches multiples, des services peu coordonnés, voire un non-recours aux services.

Le soutien à la navigation constitue une approche efficace pour atténuer ces obstacles et faciliter l'accès à des soins et services continus et coordonnés pour les personnes, tout en rendant le système de santé et de services sociaux plus efficient.

À l'échelle internationale, les programmes de soutien à la navigation ont gagné en popularité dans les systèmes de santé et de services sociaux en tant qu'approche centrée sur la personne pour aider les individus à accéder aux soins de santé et aux services sociaux<sup>34</sup>. Initialement développés pour surmonter les inégalités en matière de santé dans les soins contre le cancer, les programmes de soutien à la navigation se sont depuis étendus à des domaines tels que la gestion des maladies chroniques, les services psychosociaux, les soins et services pour les personnes âgées ainsi que l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité ou issues de contextes culturels ou linguistiques variés.

Différents termes sont utilisés dans la littérature pour décrire les personnes qui assurent ce soutien, selon leur rôle et leur contexte d'intervention : navigateurs, agents de santé communautaires, pairs aidants, gestionnaires de cas, intervenants pivots ou agents de liaison.

Le système de santé et de services sociaux au Québec gagne à intégrer en première ligne des programmes de navigation adaptés aux besoins des populations en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins complexes, notamment les personnes âgées, celles vivant avec plusieurs maladies chroniques ainsi que celles en situation de précarité liée à des conditions socioéconomiques défavorables, afin de réduire les obstacles à l'accès, d'améliorer la continuité et la coordination des soins et services, tout en contribuant à prévenir le recours à des soins et services évitables et coûteux.

## 1.4 Mobiliser toutes les ressources et leurs compétences

Le Québec dispose d'une richesse incontestable en matière de services de première ligne, caractérisés par une diversité d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux, œuvrant dans des milieux variés. Cette pluralité permet une offre de soins et de services élargie, accessible et enracinée dans les communautés locales. Cette même diversité soulève toutefois des défis importants en matière d'utilisation optimale des compétences et des domaines d'intervention.

Malgré des investissements significatifs dans les structures organisationnelles, le système de santé et de services sociaux peine parfois à mobiliser efficacement le plein potentiel de toutes les ressources humaines. Le morcellement des mandats, une collaboration interprofessionnelle insuffisamment développée et l'absence de mécanismes formels de concertation et de coordination entravent la capacité à travailler ensemble pour répondre de manière intégrée aux besoins croissants de la population. Le Québec doit valoriser cette richesse professionnelle et en structurer l'action afin d'améliorer l'efficacité du système. Cette orientation repose sur les quatre cibles de changements suivants.

### 1.4.1 Assurer l'utilisation optimale et coordonnée du domaine d'intervention de tous les intervenants et professionnels en première ligne

Les champs d'exercice des professionnels englobent l'ensemble des activités qu'ils sont autorisés à exercer, conformément à leur formation, à leurs compétences ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur. Cette richesse professionnelle, largement présente dans les milieux de première ligne, demeure toutefois sous-utilisée, notamment en raison d'un manque d'accompagnement des intervenants et professionnels dans l'adoption de nouvelles pratiques, de facteurs structurels tels que le mode de rémunération à l'acte des médecins qui est peu propice au développement de la collaboration interprofessionnelle<sup>35</sup> ainsi que de la couverture, ou non, de certains services professionnels par les régimes publics et les assurances privées. Par ailleurs, la spécialisation croissante des intervenants et professionnels en première ligne (soutien à domicile, santé mentale, pédiatrie, etc.), combinée à une utilisation variable de leurs domaines d'intervention, contribue à une méconnaissance de leurs rôles et complexifie l'organisation optimale des services. La sous-utilisation des compétences et des domaines d'intervention limite la capacité collective du système à répondre de manière globale, accessible en temps opportun et coordonnée aux besoins évolutifs de la population, en plus d'avoir un impact sur la satisfaction et le bien-être des intervenants et des professionnels.

Le partage des tâches des médecins de famille avec d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire, comme les infirmières, les travailleurs sociaux, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les kinésithérapeutes, les diététistes-nutritionnistes, les sages-femmes ou encore les psychologues, représente un levier stratégique pour augmenter la capacité de la main-d'œuvre, notamment lorsque ces intervenants et professionnels deviennent le premier point de contact dans les trajectoires de soins et services.

### Gestion et encadrement clinique

Au sein des milieux d'affiliation, la gestion clinique doit évoluer vers un modèle collaboratif où chaque intervenant et professionnel contribue selon son domaine d'intervention et son champ d'exercice.

Le médecin de famille, grâce à sa formation étendue et à ses connaissances transversales, joue cependant un rôle crucial dans les situations complexes. Il demeure également le professionnel de référence vers lequel les membres de l'équipe interdisciplinaire peuvent se tourner pour un avis ou un conseil clinique au sujet de nombreuses conditions rencontrées en première ligne, notamment dans le contexte de suivis partagés ou de maladies complexes.

**Afin de garantir à toute la population québécoise un accès équitable à des soins et services de première ligne, incluant la promotion de la santé, la prévention, les soins aigus et la prise en charge des conditions chroniques et complexes, il est essentiel de mobiliser pleinement les compétences et les domaines d'intervention complémentaires des intervenants et des professionnels et d'éliminer les obstacles nuisant à l'actualisation de leur plein potentiel.**

Cette optimisation repose sur plusieurs principes clés :

- Réserver ou allouer en priorité les consultations auprès des médecins de famille ou des IPSPL aux conditions cliniques nécessitant leurs connaissances transversales et une approche holistique, notamment les besoins indifférenciés nécessitant la mobilisation d'expertises ainsi que l'intégration de connaissances et d'informations cliniques variées.
- Permettre aux intervenants et professionnels des équipes interdisciplinaires du milieu d'affiliation de prendre en charge, de façon autonome et sans référence préalable, les conditions correspondant à leur domaine d'intervention, en complémentarité avec les autres membres de l'équipe, tout en respectant l'encadrement réglementaire et législatif de leur profession.
- Accroître la polyvalence des intervenants et professionnels en première ligne afin de favoriser la prise en charge des besoins de la population.
- Mobiliser les compétences des intervenants et des professionnels des organisations partenaires du secteur de la santé et des services sociaux offrant des services complémentaires dans les trajectoires de soins et services (pharmaciens communautaires, professionnels de la santé et des services sociaux exerçant en cabinet, techniciens ambulanciers paramédicaux, etc.).
- Éliminer ou redistribuer les tâches ne faisant pas appel aux compétences spécifiques d'un professionnel, afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle.
- Identifier et considérer de manière systémique les contraintes freinant l'utilisation optimale des domaines d'intervention et champs d'exercice.

Le Ministère, l'INESSS, Santé Québec, les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, l'Office des professions, les ordres professionnels, les associations, les syndicats et les milieux de formation doivent unir leurs forces dans une démarche concertée visant à créer les conditions propices à une utilisation optimale des compétences de tous les intervenants et professionnels. Cela implique notamment le soutien à l'acquisition de nouvelles connaissances, la gestion du changement dans les milieux de soins et de services, la planification concertée et cohérente de l'élargissement de certains champs d'exercice ainsi que l'harmonisation du cadre juridique entre les professions.



### **La technologie en soutien aux soins et services de première ligne**

L'utilisation de dossiers médicaux performants, alimentés par des données qui circulent de manière fluide entre les différents systèmes d'information et intégrant des outils en soutien aux intervenants et professionnels - tel des outils de transcription, des outils d'aide à la décision clinique, des suggestions personnalisées de traitements et des outils d'optimisation de la planification - permet d'optimiser le temps d'intervention auprès des personnes, tout en soutenant la collaboration interprofessionnelle.

## 1.4.2 Accroître la qualité des pratiques collaboratives pour mieux répondre aux besoins des personnes

La mise en place d'équipes interdisciplinaires est une caractéristique essentielle des systèmes de première ligne performants<sup>36</sup>. La collaboration interprofessionnelle (CIP) désigne le travail concerté d'intervenants et de professionnels issus de disciplines variées, réunis pour offrir des soins et services de qualité aux personnes et à la communauté. Elle repose sur le partage des connaissances, des compétences et des expertises, dans le but d'atteindre des objectifs communs et d'améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être.

La collaboration est avant tout un processus relationnel fondé sur le respect mutuel des compétences des intervenants et des professionnels et sur la confiance entre collègues. Elle exige une communication ouverte, une compréhension claire des rôles et des expertises de chacun, une culture de collaboration, de la flexibilité et le respect de l'autonomie professionnelle. Malgré l'intérêt croissant pour des modèles de pratique plus collectifs et partagés, la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle demeure parfois difficile, notamment dans un contexte où les soins ont été historiquement centrés autour des médecins de famille<sup>37</sup>.

Pour soutenir le développement de pratiques collaboratives dans tous les milieux de soins et services de première ligne et entre les organisations, le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec et leurs partenaires doivent agir de manière concertée, soutenue et continue afin de mettre en place les conditions suivantes :

- favoriser la création et la stabilité des équipes interdisciplinaires;
- assurer la connaissance et la compréhension mutuelle des domaines d'intervention et des champs d'exercice professionnels;
- intégrer pleinement les intervenants et professionnels des services sociaux et de la santé dans l'organisation du travail au sein des cliniques et des milieux d'affiliation;
- mettre en place des mécanismes formels d'échange et de consultation entre les intervenants et professionnels impliqués dans les soins et services d'une même personne;
- encourager le partage d'expérience et de bonnes pratiques entre les pairs afin de faciliter l'adoption de nouvelles pratiques par les intervenants et professionnels de divers milieux;
- soutenir le développement de nouveaux rôles pour assurer la coordination, la pertinence et la continuité des soins;
- faciliter les rencontres conjointes entre les individus, leurs personnes proches aidantes et l'ensemble des intervenants, professionnels et spécialistes impliqués dans leurs soins et services;
- garantir l'accès à des outils numériques facilitant les interactions et la coordination au sein des équipes et entre les milieux de soins et services;
- développer des compétences en gestion adaptées aux contextes interdisciplinaires et interorganisationnels.



### La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

Pour assurer une cohérence des soins et services, les intervenants et les professionnels doivent pouvoir accéder à des informations nécessaires à leurs interventions, dont celles provenant d'autres partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, de partenaires intersectoriels, de bases de données de l'État (éducation, habitation, justice, etc.) ainsi qu'aux informations et observations fournies par les personnes et les personnes proches aidantes.

### 1.4.3 Accroître la participation de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans les continuums de soins et services

La mobilisation de l'ensemble des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux autour d'une responsabilité populationnelle permet de mieux répondre aux besoins de la population et de limiter les iniquités d'accès. Leur participation contribue à enrichir les continuums de soins et services, afin d'assurer leur globalité et d'améliorer leur accessibilité et leur coordination.

Dans le secteur public, Santé Québec et les établissements desservant des populations issues des Premières Nations et des Inuit sont appelés à mobiliser l'ensemble des directions impliquées dans la prestation de services de santé et de services sociaux de première ligne, que ce soit en CLSC, en maison de naissance ou dans toute autre installation, dans les milieux de vie ou au domicile de l'utilisateur, sans oublier les directions responsables de l'excellence clinique, de la santé publique et des services spécialisés, afin de collaborer avec les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux. Cette mobilisation vise à soutenir le développement de continuums de soins et services complets, intégrant les volets généraux, diagnostiques et spécialisés, pour mieux répondre aux besoins de la population et réduire les iniquités d'accès.

Outre le secteur public, les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux impliqués dans les continuums de soins et services comprennent notamment :

- les milieux d'affiliation (GMF, cliniques médicales et d'IPS, coopératives de santé, etc.);
- les pharmacies communautaires;
- les cliniques interdisciplinaires de première ligne avec une offre ciblée (dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), suivi de grossesse, problèmes musculosquelettiques, etc.)
- les cliniques de services diagnostiques et spécialisés;
- les services préhospitaliers d'urgence;
- les entreprises d'économie sociale en santé et services sociaux;
- les centres d'amitié autochtones;
- les professionnels en cabinet (psychologues, physiothérapeutes, podiatres, dentistes, etc.);
- etc.

Le gouvernement entend favoriser l'intégration des établissements publics et des partenaires en santé et services sociaux par le biais des instances de gouvernance, de partenariats locaux ou d'ententes ainsi que par des stratégies soutenant une plus grande continuité informationnelle.

#### **1.4.4 Soutenir les stratégies intersectorielles favorisant la santé et le bien-être de la population et des actions ancrées dans la communauté**

Comme le souligne la Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, la vision des soins et services de première ligne va au-delà du domaine des soins de santé et nécessite des liens intersectoriels entre le secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs ayant des expertises et des leviers d'actions complémentaires pour agir sur la santé et le bien-être de la population, dont :

- les organismes municipaux, qui jouent un rôle de premier plan dans l'aménagement des milieux de vie et la mise en œuvre de politiques de proximité qui favorisent la santé;
- les organismes communautaires, qui déploient des actions ancrées dans les besoins locaux et soutiennent le pouvoir d'agir des communautés;
- les milieux éducatifs, qui jouent un rôle crucial pour intégrer les savoirs et les pratiques de prévention, de la petite enfance jusqu'à l'université;
- les milieux policiers, les milieux carcéraux ainsi que les instances du système judiciaire, interpellés dans les contextes impliquant des personnes en situation de vulnérabilité;
- les universités, les centres de recherche et les instituts scientifiques, particulièrement le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), qui fournissent les connaissances nécessaires pour éclairer les choix stratégiques, évaluer les effets des interventions et favoriser une amélioration continue des pratiques;
- le secteur privé et le monde du travail, qui peuvent soutenir des pratiques favorables à la santé et au bien-être, autant au sein de leur organisation que dans la collectivité.

Le gouvernement entend favoriser l'instauration d'une alliance durable entre le secteur de la santé et des services sociaux et ces secteurs dans un esprit d'engagement collectif envers la santé de la population québécoise.

## AXE 2 – Un partenariat avec les personnes et les communautés

Les soins et services de première ligne ne se limitent pas aux interventions réalisées dans les cliniques et autres milieux de soins et services. Ils débutent bien avant le premier contact formel et se poursuivent au-delà. Ils englobent toutes les actions et interactions qu'une personne peut entreprendre, avec l'aide de personnes proches aidantes, pour favoriser son bien-être et préserver sa santé ou, suivant l'apparition de signes et symptômes, pour déterminer les gestes à poser, surveiller son état (température, tension artérielle, glycémie, difficultés psychosociales, etc.), suivre l'évolution de sa condition et prendre au quotidien des décisions pour se soigner ou s'adapter.

En réalité, les personnes consacrent beaucoup plus de temps à favoriser leur bien-être, à vivre avec leurs symptômes et à se soigner qu'à interagir avec les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux. Elles sont donc, en quelque sorte, les experts de leur propre santé et bien-être. Leur expertise doit être reconnue comme telle au sein des équipes et du système de santé et de services sociaux.

**En adoptant une approche de partenariat, le gouvernement souhaite permettre aux Québécois d'avoir une plus grande influence sur leur santé et leur bien-être et sur les décisions liées à leurs soins et services. Il souhaite aussi favoriser leur contribution au parcours d'autres personnes ainsi qu'à l'organisation et à la gouvernance de ces soins et services.**

Un partenariat solide avec les personnes et les communautés permet d'améliorer la qualité des soins et services, tout en contribuant à la santé, au bien-être et à une meilleure expérience pour la population. Il a aussi des effets positifs sur le bien-être au travail des intervenants et professionnels du réseau, en donnant davantage de sens à leurs actions<sup>38</sup>.

Bien que cette notion de partenariat soit souvent évoquée, elle n'est pas encore pleinement intégrée dans toutes les structures de soins et services au Québec. Pour plusieurs, elle représente encore un changement de culture. Les orientations de la politique visent à fournir les leviers nécessaires pour soutenir son déploiement et son enracinement dans tous les milieux.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>2.1 Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et de leur bien-être et membres de l'équipe de soins et services</b>	<b>2.1.1</b> Reconnaître et valoriser le savoir des personnes et des personnes proches aidantes comme une source incontournable de connaissances <b>2.1.2</b> Reconnaître la contribution de l'accompagnement par les pairs
<b>2.2 Renforcer l'influence des personnes et des communautés sur l'organisation des soins et services</b>	<b>2.2.1</b> Mobiliser les personnes et les communautés dans un co-leadership et une coconstruction des soins et services <b>2.2.2</b> Mesurer ce qui compte pour les personnes et les communautés et rendre les résultats accessibles à tous

## 2.1 Reconnaître les personnes comme acteurs de leur santé et de leur bien-être et membres de l'équipe de soins et services

Les expériences vécues par les personnes contribuent au développement de savoirs riches et variés. Ces savoirs contribuent à leur tour à leur autodétermination et leur permettent de prendre soin d'elles-mêmes, d'interagir avec les intervenants et les professionnels et de naviguer dans le système de santé et de services sociaux.

Les cibles de changement qui suivent visent à reconnaître et à intégrer ces savoirs dans les contextes de soins et services. D'une part, cette intégration permet de favoriser des décisions pertinentes et éclairées pour les personnes concernées et les personnes proches aidantes. D'autre part, elle valorise ces savoirs comme levier de mobilisation pour d'autres personnes, en soutenant leur engagement et leur pouvoir d'agir dans leur propre parcours de soins et services.

### 2.1.1 Reconnaître et valoriser le savoir des personnes et des personnes proches aidantes comme une source incontournable de connaissances

Les besoins de la population québécoise évoluent, tout comme les approches de soins et services. Au fil des décennies, les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux ont progressivement délaissé une approche paternaliste de soins et services, selon laquelle le professionnel était le seul à détenir les connaissances et les compétences pour soigner ou intervenir, pour adopter une approche centrée sur la personne tenant compte de ses besoins, de ses aspirations et de ceux des personnes proches aidantes dans l'élaboration d'un plan de soins et services.

Aujourd'hui, les experts reconnaissent que les compétences et les savoirs nécessaires pour agir en santé et bien-être ne sont plus détenus unilatéralement par les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux<sup>39</sup>. La mise en commun des savoirs de chacun des intervenants et professionnels et des savoirs expérientiels des personnes ainsi que des personnes proches aidantes – issus de la vie avec la maladie ou de difficultés psychosociales, de leur perception de leur état de santé et de bien-être, de leur utilisation des soins et services, de leurs interactions avec le personnel de la santé et des services sociaux, d'échanges avec d'autres membres de leur communauté – permet de développer une compréhension partagée des situations et de coconstruire des solutions adaptées aux besoins des personnes, respectant leurs volontés et tenant compte des ressources et des meilleures pratiques.

En adoptant une approche de partenariat, les intervenants et professionnels contribuent à ce que l'expérience de la personne soit en cohérence avec ses attentes, ses besoins et son projet de vie. Plus encore, ils soutiennent l'autonomisation des personnes ainsi que leur capacité d'autogestion et de prise de décision. Le rôle des intervenants professionnels est donc essentiel pour instaurer un partenariat durable, en accompagnant les personnes et les personnes proches aidantes tout au long du parcours de soins afin qu'elles puissent faire des choix éclairés et prendre des décisions optimales<sup>40</sup>.



Le gouvernement souhaite pérenniser l'approche de partenariat mise de l'avant dans le Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux publié par le Ministère en 2017 et engager Santé Québec et les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans :

- le développement d'une culture de partenariat au sein des équipes de soins et services;
- la mobilisation et le développement de l'expertise et des connaissances de l'ensemble des acteurs : usagers, personnes proches aidantes, intervenants, professionnels, spécialistes et gestionnaires;
- le développement d'outils en soutien à l'autonomisation et à la prise de décision par les usagers et les personnes proches aidantes afin qu'ils puissent être des partenaires actifs;
- le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de l'approche de partenariat et de ses impacts ainsi que l'optimisation de ses retombées<sup>41</sup>.

## La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

L'utilisation d'objets connectés et les dossiers numériques partagés permettent aux personnes ainsi qu'à leurs personnes proches aidantes de documenter l'évolution de leur état de santé et bien-être et de partager de l'information avec les intervenants et les professionnels impliqués dans leur parcours de soins et services, dans une approche de partenariat.

### 2.1.2 Reconnaître la contribution de l'accompagnement par les pairs

Les systèmes de santé et de services sociaux s'intéressent de plus en plus au soutien par les pairs et le Québec n'y fait pas exception. Parfois désignés comme pairs accompagnateurs, pairs aidants, navigateurs, intervenants de rue, les pairs sont des personnes ayant une expérience de vie significative qui développent des habiletés pour accompagner et soutenir d'autres personnes. Dans leurs interactions, les pairs développent des liens, offrent un soutien émotionnel, facilitent l'accès aux soins et services ou contribuent à la promotion de la santé et du bien-être ainsi qu'à la défense des droits.

L'accompagnement par les pairs peut prendre des formes variées et s'intégrer dans les communautés ou les établissements publics. Il enrichit la diversité des approches permettant de joindre et de mobiliser les personnes dans leur propre parcours de soins et services. Fondé sur l'expérience vécue par les personnes, une identité sociale partagée et un ancrage dans la communauté<sup>42</sup>, l'accompagnement par les pairs facilite la mise en place de réponses adaptées aux besoins des personnes.

Cette approche, bien qu'elle ne soit pas applicable dans tous les contextes, nécessite la mise en place de conditions soutenant son déploiement. Cela inclut notamment la sensibilisation des personnes, des intervenants, des professionnels et des gestionnaires des équipes qui intègrent les pairs ou interagissent avec eux, la formation des pairs, un encadrement et du soutien approprié ainsi que des mécanismes permettant d'évaluer et d'ajuster les pratiques en fonction des résultats observés.

## 2.2 Renforcer l'influence des personnes et des communautés sur l'organisation des soins et services

La contribution des Québécois à l'organisation des soins et services, dans une approche inclusive et collaborative, est un levier puissant pour mieux aligner les soins et services sur les besoins significatifs et prioritaires pour les personnes, renforçant ainsi leur qualité et favorisant la confiance et l'adhésion de la population.

### 2.2.1 Mobiliser les personnes et les communautés dans un co-leadership et une coconstruction des soins et services

Les personnes contribuent significativement à l'évolution du système de santé et de services sociaux québécois par leur savoir expérientiel issu de la vie avec la maladie ou de difficultés psychosociales persistantes, leur manière d'utiliser les soins et services ainsi que leur vie dans la communauté.

Le partenariat entre les personnes ou les membres de la communauté et le réseau se construit dans une relation d'apprentissage et d'influence mutuelle au sein même des organisations<sup>43</sup>. Il vise à assurer que les besoins des personnes soient pris en compte dans l'organisation des soins et services et que les membres de la communauté puissent reconnaître leurs intérêts et donner du sens aux orientations, décisions et actions mises en œuvre. Cette contribution peut prendre plusieurs formes : engagement dans les instances de gouvernance locale, régionale et provinciale; partage des savoirs dans le cadre de démarches visant l'amélioration continue des soins et services; contribution à la formation des intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux; facilitation du parcours de soins et services d'une personne; implication dans l'élaboration de contenus visant à soutenir la littératie de la population; ou participation à des recherches ou démarches visant le développement des connaissances.

Le partenariat se caractérise par le co-leadership dans les actions, une identification conjointe des problématiques, une coconstruction des solutions ainsi qu'une coresponsabilité des résultats. Il implique donc une transformation culturelle importante.

En adoptant cette approche, le gouvernement reconnaît la complémentarité des savoirs et s'engage à :

- partager le leadership en intégrant le partenariat avec les personnes et les communautés à divers paliers de la gouvernance et de l'organisation des soins et services;
- soutenir la mobilisation et la participation des membres de la communauté par de la formation, de l'accompagnement et des compensations adéquates;
- considérer de façon systématique les Premières Nations et Inuit;
- assurer une représentativité inclusive, notamment des groupes marginalisés ou vulnérables ainsi que des communautés culturelles;
- soutenir l'acquisition de connaissances et le développement de compétences liées au partenariat.

## 2.2.2 Mesurer ce qui compte pour les personnes et les communautés et rendre les résultats accessibles à tous

La mesure des résultats obtenus par l'ensemble des interventions posées en première ligne constitue une condition essentielle à l'amélioration continue des soins et services. Tel que présenté plus longuement dans l'axe 5 de la présente politique, la mesure des résultats permet de guider les pratiques réflexives et l'adaptation des interventions, agissant ainsi comme un levier important pour la création de valeur.

La valeur, dans le contexte du système de santé et de services sociaux, se définit comme la contribution de ce système à la santé et au bien-être de la population québécoise. Elle s'apprécie à travers les dimensions du quintuple objectif :

- l'expérience de soins et de services des personnes;
- l'état de santé de la population;
- le bien-être du personnel du réseau;
- la viabilité du système;
- l'équité en santé.

L'appréciation de la valeur repose notamment sur la perspective des personnes et des communautés. Leur implication est donc essentielle pour orienter le choix de certains indicateurs de suivi, afin que ceux-ci reflètent les résultats et les retombées qui comptent réellement pour eux. À ces mesures de suivi s'ajoutent des indicateurs objectifs et quantitatifs axés sur les effets, les extrants et le coût des services afin que le gouvernement puisse rendre compte à l'Assemblée nationale de l'efficacité et de l'efficience des soins et services de première ligne, dans le but d'assurer une gestion rigoureuse des fonds publics conformément au cadre de gestion axée sur les résultats établi par la *Loi sur l'administration publique*.

La transparence joue également un rôle clé dans l'établissement de la confiance et dans l'engagement des citoyens. Une communication claire et accessible des résultats permet de mobiliser les communautés, de renforcer la collaboration entre les organisations du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires ainsi que de favoriser l'atteinte des objectifs communs.

Dans le cadre du Plan santé, le gouvernement du Québec s'est engagé à produire et à diffuser publiquement un plus grand nombre d'indicateurs reflétant la performance du système de santé et de services sociaux. Cette transparence face aux données disponibles et ce renforcement des activités de communication visent à améliorer la connaissance des services disponibles, à établir la confiance de la population envers le système, et à mieux comprendre les besoins de santé et de bien-être de la population.

Le gouvernement s'engage à poursuivre dans cette voie, en collaboration avec les personnes et les communautés, afin de :

- déterminer les résultats qui comptent le plus pour elles;
- développer les outils nécessaires à leur mesure et à leur suivi;
- assurer une diffusion transparente et accessible de ces résultats.

## AXE 3 – Des soins et services ancrés dans la réalité locale

Au fil des réformes, le système de santé et de services sociaux québécois s'est progressivement structuré autour d'entités de plus en plus imposantes et complexes (CSSS, puis CISSS et CIUSSS et maintenant Santé Québec) concentrant la gouvernance et l'organisation des soins et services de première ligne à une échelle régionale et nationale. Si cette centralisation vise à améliorer l'efficacité et l'intégration des soins et services, elle comporte également le risque de limiter la capacité du système de santé et de services sociaux à adapter son offre aux réalités locales et à faire preuve d'agilité pour mieux répondre aux besoins des personnes. Pour éviter une dérive centralisatrice, la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux* (LGSSSS, article 32) édicte le principe de subsidiarité comme saine pratique de gestion afin de rapprocher les lieux de décision le plus près possible des usagers.

Aujourd'hui, des défis importants persistent quant à la qualité des soins et services de première ligne, notamment en ce qui a trait à leur accessibilité, à leur continuité, à leur globalité et à leur coordination, et plusieurs besoins de la population demeurent non comblés. L'intégration de l'offre de soins et services, tant au sein des établissements publics qu'avec des partenaires du secteur de la santé et des services sociaux en première ligne reste limitée, en raison notamment d'un soutien insuffisant à la coordination, d'une méconnaissance des rôles et mandats de chacun et d'un mode de financement par programme-service qui perpétue le travail en vases clos.

**Il devient nécessaire de rétablir un équilibre entre deux exigences complémentaires : d'une part, une certaine centralisation permettant le développement d'une vision commune ainsi que l'intégration et l'harmonisation des grands ensembles de services confiés aux établissements – tels que les services communautaires locaux, hospitaliers, d'hébergement, de protection de la jeunesse et de réadaptation – et, d'autre part, une gestion de proximité favorisant la mobilisation des partenaires locaux autour d'une adaptation des soins et services aux réalités sociales, culturelles et démographiques des communautés.** Cet équilibre s'inscrit en parfaite cohérence avec la LGSSSS, qui reconnaît que les décisions doivent être prises au niveau le plus proche de l'action. En renforçant les capacités locales d'organisation, le gouvernement se dote d'un levier pour mieux répondre aux besoins concrets de la population.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>3.1 Adapter les soins et services à la réalité locale et rapprocher les décisions des communautés</b>	<b>3.1.1</b> Instaurer une gouvernance de proximité des soins et services de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC <b>3.1.2</b> Développer une connaissance fine du territoire et coconstruire les continuums de soins et services de proximité avec les partenaires locaux et la communauté <b>3.1.3</b> Élaborer et implanter un cadre de gouvernance multiniveau pour les soins et services de première ligne

### 3.1 Adapter les soins et services à la réalité locale et rapprocher les décisions des communautés

Le principe de subsidiarité repose sur l'idée que les pouvoirs et les responsabilités doivent être exercés au niveau d'autorité le plus approprié, en ayant le souci de les rapprocher le plus possible de la population. Il reconnaît que les décisions doivent être prises au niveau le plus proche de l'action, là où les besoins s'expriment et où les solutions peuvent être adaptées plus facilement<sup>44</sup>.

Dans cette optique, la mise en place d'une gouvernance locale des soins et services de première ligne, selon une approche de responsabilité populationnelle partagée, vise à développer de façon proactive une offre de soins et services coordonnée, centrée sur les besoins réels de la population. Cette approche permet de tenir compte des particularités sociales, culturelles, géographiques et économiques propres à chaque territoire et cherche à mobiliser de façon optimale l'expertise ainsi que les ressources de la communauté et des divers partenaires locaux.

Cette orientation vise à redonner à Santé Québec une capacité d'agir concrète sur l'organisation des soins et services à l'échelle locale, soit au niveau des territoires de CLSC, en collaboration avec l'ensemble de ses partenaires. Elle regroupe un ensemble de mesures permettant de rapprocher les décisions des communautés, selon un principe de subsidiarité, tout en assurant une cohérence et une continuité avec les structures de gouvernances horizontales et verticales existantes.

#### 3.1.1 Instaurer une gouvernance de proximité des soins et services de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC

Une approche populationnelle de la santé et du bien-être vise à adapter les soins et services aux caractéristiques propres à la population de chaque territoire. Elle permet de mieux répondre aux besoins exprimés ou non, tout en agissant davantage sur les déterminants de la santé. Cette approche contribue à réduire les inégalités, à assurer une couverture universelle équitable et à promouvoir l'accès et la participation de toutes les personnes – quels que soit leur âge, leur groupe social ou leur communauté – à des services de promotion, de prévention, d'intervention, de traitement et de réadaptation de qualité<sup>45</sup>.

Dans cette perspective, le gouvernement entend désormais utiliser les territoires de CLSC comme unité territoriale de référence pour soutenir une organisation de soins et services de première ligne adaptée aux besoins des communautés. Ce découpage territorial permet de maintenir une connaissance fine des réalités locales tout en assurant une masse critique suffisante pour planifier et coordonner les soins et services de manière efficace<sup>46</sup>. Il rassemble également l'ensemble des acteurs et instances concernés par la santé et le bien-être de la population présents sur le territoire, tels Santé Québec, les partenaires offrant des services de santé et des services sociaux (voir 1.4.3) ainsi que les partenaires intersectoriels comme les organismes communautaires, les municipalités et les milieux scolaires (voir 1.4.4).

Le contour des territoires de CLSC peut évoluer de façon à tenir compte des couloirs naturels de déplacement des personnes sur le territoire et à favoriser la collaboration avec les partenaires locaux, notamment municipaux.

L'organisation des soins et services ancrée dans le territoire repose sur une collaboration étroite entre ces partenaires. Les CLSC, en tant qu'installations publiques locales, jouent un rôle central dans cette dynamique. Conformément aux orientations ministérielles sur leur responsabilité auprès de la population de leur territoire<sup>47</sup>, ils se voient déléguer, par l'entremise de Santé Québec, la responsabilité et les leviers nécessaires pour soutenir la mise en place de mécanismes locaux de coordination des soins et services. Dans l'exercice de ce rôle, les CLSC exercent un leadership intersectoriel, favorisent une coanimation avec les partenaires du territoire, dont les municipalités, et soutiennent la mise en œuvre de modalités facilitant la connaissance des services locaux et la navigation de la population locale vers les soins et services répondant à ses besoins. Les mécanismes de gouvernance locale peuvent s'appuyer sur des structures déjà en place, comme les tables médicales territoriales ou des tables intersectorielles, afin de valoriser les dynamiques existantes et d'éviter la duplication des efforts, ou être développés pour favoriser une participation équitable et structurée des partenaires. Les orientations ministérielles concernant la responsabilité des CLSC auprès de la population de leur territoire sont résumées dans l'encadré à la page 42.

Chaque communauté possède ses propres dynamiques, partenaires, ressources et priorités. Il est donc essentiel que le Ministère et Santé Québec accordent aux gouvernances locales la flexibilité nécessaire pour structurer l'offre de soins et services en fonction des besoins de la population et des réalités territoriales, sans imposer un modèle unique, tout en tenant compte des priorités définies collectivement. Cette souplesse favorise l'innovation, la mobilisation des acteurs et l'appropriation des leviers d'action.

Pour que cette approche soit véritablement porteuse de transformation, l'organisation locale des soins et services de première ligne doit être soutenue par une autonomie décisionnelle suffisante des CLSC, qui sont donc le niveau d'autorité le plus rapproché du citoyen. Cela implique notamment un pouvoir concret sur la répartition des ressources humaines et financières à l'échelle des territoires de CLSC, qui sera délégué par les autorités régionales actuelles pour être confié aux CLSC.

Le gouvernement croit fermement au potentiel d'une gouvernance de proximité pour soutenir le développement de soins et services de qualité pour la population et s'engage à soutenir la mise en place d'instances de gouvernance de proximité pérennes, prenant appui sur une logique de voisinage et de partenariat, ralliant Santé Québec et ses partenaires à l'échelle des territoires de CLSC.

## **Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire**

### **Le territoire de CLSC comme unité de gouvernance de proximité**

Le territoire de CLSC devient l'unité géographique de référence pour structurer les services communautaires locaux. En cohérence avec les bassins de vie, les dynamiques sociales et les caractéristiques démographiques, il permet de territorialiser la responsabilité populationnelle. Ce territoire n'est plus un simple découpage administratif, mais un espace vivant, ajustable et porteur d'imputabilité locale.

### **Une gouvernance territoriale fondée sur les principes de subsidiarité et d'agilité**

Le CLSC est reconnu comme une unité territoriale de gouvernance, pleinement rattachée à son établissement (CISSS/CIUSSS), mais outillée pour agir localement, sans lourdeur bureaucratique. Cette gouvernance repose sur les quatre principes fondateurs : subsidiarité, responsabilité populationnelle, ancrage territorial fort et souplesse organisationnelle. Elle permet des décisions proches du terrain, adaptées, collaboratives et efficaces.

### **Un ancrage pour chaque personne**

Chaque citoyen est désormais formellement rattaché à un territoire de CLSC, en complément d'une affiliation à un milieu de soins et services de première ligne et d'une association à un répondant principal dans ce milieu. Cet ancrage favorise une réponse globale, coordonnée, intégrée et de proximité aux besoins. Le CLSC devient ainsi le référent territorial pour l'accessibilité des services communautaires et un filet de sécurité pour les personnes en situation de vulnérabilité ou qui n'ont pas accès à un professionnel ou à un milieu désigné.

### **Le CLSC comme acteur de coordination de proximité : quatre rôles structurants**

Pour exercer pleinement sa mission populationnelle et intersectorielle, le CLSC met en œuvre quatre rôles complémentaires :

- 1. Navigateur** : point d'entrée commun pour l'ensemble de la population, qui accueille, évalue et oriente chaque personne vers la bonne ressource.
- 2. Coordonnateur** : orchestration de l'ensemble des services communautaires locaux sur son territoire, en assurant une coordination transversale des programmes de soins et services. Il assure une réponse intégrée, fluide et continue aux besoins de la population, en exerçant une autorité sur les ressources déployées localement.
- 3. Leader intersectoriel** : vigie et représentation des besoins de la population dans les instances décisionnelles, avec une lecture fine de la réalité territoriale.
- 4. Coanimateur** : catalyseur de la collaboration entre les partenaires du territoire, dans un esprit de gouvernance partagée.

### **Pour en savoir plus :**

[Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire](#)

### 3.1.2 Développer une connaissance fine du territoire et coconstruire les continuums de soins et services de proximité avec les partenaires locaux et la communauté

La coconstruction de l'offre et des continuums de soins et services de première ligne, dans une perspective de responsabilité populationnelle partagée, repose sur une approche participative et collaborative. Elle mobilise les connaissances et les forces vives de Santé Québec et de l'ensemble des partenaires locaux du secteur de la santé et des services sociaux, incluant la santé publique, les milieux d'affiliation ainsi que les autres milieux de soins et services de première ligne, les partenaires intersectoriels, dont les municipalités et les établissements scolaires, et la communauté. Cette mobilisation collective vise à mieux répondre aux besoins réels des personnes, de manière cohérente et adaptée<sup>48</sup>. Les continuums de soins et services peuvent également mobiliser des partenaires à l'extérieur du territoire local lorsque la situation le nécessite.

Une planification proactive de l'offre de soins et services repose sur le développement d'une compréhension commune des besoins de la population et du contexte local. Cette connaissance partagée s'appuie sur une diversité de sources d'information, dont des données scientifiques, des données contextuelles (liste des services offerts, quantité de ressources disponibles, volume d'activités, etc.) et les savoirs expérientiels des personnes qui utilisent les services ou qui résident sur le territoire. Elle tient compte des caractéristiques de l'ensemble de la population, incluant les facteurs de risque sociaux, cliniques et environnementaux et ne se limite pas au profil des personnes utilisant les soins et services.

#### Une offre de soins et services organisée à l'échelle des territoires de CLSC

Santé Québec devra définir une offre de soins et services de base à assurer dans chaque territoire de CLSC, selon les principes d'équité, d'universalité, de pertinence et de proximité réelle. Ces soins et services devront s'inscrire en complémentarité et en continuité avec l'ensemble des soins et services offerts dans la communauté.

La délégation d'un pouvoir décisionnel à l'échelle des territoires de CLSC vise à permettre l'organisation de soins et services répondant aux besoins spécifiques de la population locale, que ce soit au sein de leurs installations ou en partenariat avec les autres acteurs de la communauté, comme les milieux d'affiliation, afin de combler l'ensemble des besoins de la population dont ils ont la responsabilité.

La planification locale des soins et services qui en découle dépasse l'organisation des soins et services de première ligne. Elle s'inscrit dans une approche plus globale couvrant l'ensemble du continuum de soins et services, incluant les besoins d'accès aux services diagnostiques et spécialisés et les mécanismes de coordination entre les divers prestataires. Elle repose sur l'implication active des partenaires locaux pour renforcer la continuité des parcours de soins et services et offrir une réponse globale, cohérente et adaptée aux situations vécues par les personnes.

**La coconstruction permet de mieux répondre aux besoins réels de la population, mais également de renforcer la capacité d'agir localement et de prendre des décisions qui ont du sens pour les personnes concernées, dans une logique de coresponsabilité et d'adaptation aux réalités locales.** Pour soutenir cette dynamique, Santé Québec et ses établissements doivent mettre en place, via les CLSC, des modalités d'animation et des mécanismes de consultation locale qui favorisent la mise en commun des savoirs – qu'ils soient professionnels, scientifiques, communautaires ou expérientiels – et qui encouragent la collaboration entre tous les partenaires impliqués.

### **3.1.3 Élaborer et implanter un cadre de gouvernance multiniveau pour les soins et services de première ligne**

Devant la complexité du système de santé et de services sociaux, l'étendue de la première ligne et ses interactions stratégiques avec de nombreux partenaires, y compris les secteurs spécialisés tout au long des continuums de soins et services, le gouvernement doit mettre en place un cadre de gouvernance structuré et cohérent pour les soins et services de première ligne.

Ce cadre de gouvernance multiniveau vise à clarifier les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, à tous les paliers décisionnels (stratégique, tactique, opérationnel et clinique) et selon les différentes échelles d'organisation des soins et services : provinciale, régionale, locale et organisationnelle (dans les milieux de soins et de services). Il contribue à renforcer la complémentarité entre les différents niveaux de gouvernance, en favorisant une cohérence dans les interventions et les décisions liées à l'organisation des continuums de soins et services, et ce, dans le respect du principe de subsidiarité tel que prévu dans la LGSSSS. Cette complémentarité et cette cohérence sont également recherchées au sein de chacun des paliers, afin d'assurer une articulation harmonieuse des responsabilités.

Un tel cadre permet également d'assurer la représentativité de la première ligne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux et d'engager les partenaires gouvernementaux des autres secteurs dans les réflexions et les actions.

En précisant l'imputabilité de chaque acteur, un cadre de gouvernance facilitera l'élaboration d'indicateurs de performance adaptés à la portée décisionnelle de chacune des instances (voir section 5.2). L'adoption de mécanismes transparents d'appréciation de la performance favorise une culture d'apprentissage et d'amélioration continue, de collaboration et de responsabilisation partagée, contribuant à renforcer la confiance entre les différentes parties prenantes de première ligne.

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

Le système de santé et de services sociaux du Québec fait face à des défis majeurs qui exigent une transformation en profondeur de ses pratiques, de ses structures et de ses ressources. L'axe 4 de la présente politique propose des leviers stratégiques pour renforcer les soins et services de première ligne en misant sur trois orientations principales en matière de ressources : le développement d'une main-d'œuvre engagée, compétente et soutenue, l'adaptation des pratiques de financement et de rémunération ainsi que l'intégration des technologies numériques.

Ces transformations sont guidées par une volonté commune d'améliorer l'accessibilité, la qualité, l'équité et l'efficacité du système, tout en assurant une réponse coordonnée aux besoins des populations locales. Le Québec s'inscrit ainsi dans un mouvement global de modernisation des soins et services de première ligne, fondé sur la valorisation et la mobilisation des personnes qui œuvrent au sein du système, la collaboration entre tous les acteurs impliqués et l'innovation technologique. En agissant simultanément sur les outils, les incitatifs économiques et les ressources humaines, la Politique gouvernementale entend créer les conditions d'une première ligne forte, résiliente, et centrée sur les personnes. Elle constitue une réponse concrète aux attentes exprimées par la population et les acteurs du milieu, et un engagement ferme de l'État à bâtir un système de santé et de services sociaux à la hauteur des aspirations et des réalités du Québec d'aujourd'hui et de demain.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>4.1 Valoriser et soutenir les équipes de première ligne</b>	<b>4.1.1</b> Mettre en place des conditions favorables au bien-être des intervenants, des professionnels et des gestionnaires de la première ligne <b>4.1.2</b> Assurer la disponibilité et la stabilité de la main-d'œuvre en première ligne <b>4.1.3</b> Soutenir le développement et le maintien des connaissances et des compétences requises en première ligne
<b>4.2 Adopter des pratiques de financement et de rémunération alignées sur l'atteinte des objectifs de la politique</b>	<b>4.2.1</b> Allouer du financement intégré et dédié aux activités de première ligne à l'échelle locale <b>4.2.2</b> Déployer des modes de financement et de rémunération en faveur de l'équité en santé et bien-être <b>4.2.3</b> Introduire des incitatifs afin de soutenir financièrement les pratiques collaboratives
<b>4.3 Assurer le développement et l'utilisation équitable et pertinente des outils numériques en première ligne</b>	<b>4.3.1</b> Assurer le développement et l'implantation d'outils numériques pertinents et bénéfiques à tous les Québécois <b>4.3.2</b> Faciliter le travail des intervenants et des professionnels grâce aux technologies numériques d'information et de communication <b>4.3.3</b> Accroître le développement et l'utilisation de l'intelligence artificielle en première ligne en assurant un encadrement efficace

## 4.1 Valoriser et soutenir les équipes de première ligne

Le système de santé et de services sociaux regroupe et mobilise plus de travailleurs que toute autre organisation publique ou privée au Québec. On peut estimer à plus de 350 000 le nombre de personnes employées par le Ministère, Santé Québec ou rémunérées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)<sup>49</sup>. Cette estimation exclut un effectif d'au moins 50 000 travailleurs supplémentaires œuvrant hors du réseau public (pharmaciens communautaires, psychologues, physiothérapeutes, etc.) qui font tout de même partie du système à coordonner.

La gestion efficace des ressources œuvrant en santé et services sociaux représente en soi un défi sans équivalent pour la société québécoise. Pour la première ligne, le défi est amplifié par la complexité découlant du volume de personnes auxquelles offrir les services, de la diversité et du caractère évolutif de leurs besoins ainsi que la pluralité des milieux de soins et services, chacun ayant sa propre réalité organisationnelle. Ce contexte particulier n'est pas sans effet sur l'attractivité des emplois en première ligne, sur la rétention et l'engagement des travailleurs et sur la qualité de vie des professionnels. À terme, les usagers sont également susceptibles d'en subir les répercussions, notamment par une détérioration du fonctionnement du système et de la qualité des soins et services.

Les transformations portées par la présente politique rendent indispensable la définition d'orientations fondamentales qui s'attaquent aux difficultés systémiques et actuelles de la main-d'œuvre québécoise en première ligne, tout en soutenant l'intégration des améliorations visées.

L'intervention gouvernementale en matière de gestion des ressources humaines de première ligne sera définie à travers une stratégie de valorisation et de développement de la main-d'œuvre traitant de trois thèmes prioritaires :

- les conditions favorables à la pratique et à l'actualisation du domaine d'intervention des intervenants et professionnels, en soutenant leur capacité réelle d'agir selon leurs compétences;
- la planification des effectifs en soutien aux objectifs de la politique;
- la mise à jour continue de la formation pour soutenir les travailleurs à travers le changement.

### 4.1.1 Mettre en place des conditions favorables au bien-être des intervenants, des professionnels et des gestionnaires de la première ligne

Dans la dernière décennie, nombreux sont les systèmes de santé qui ont été confrontés à des contextes néfastes au bien-être et au sentiment de reconnaissance de leurs travailleurs. Parmi les facteurs de stress les plus souvent cités figurent la croissance, la diversification et la complexité de la demande, la lourdeur des tâches administratives, des environnements organisationnels perçus comme offrant peu de soutien et les problèmes de communication causés par des technologies inadéquates.

La présente politique vise à favoriser des conditions de travail de qualité par une approche proactive, tout en assurant une capacité d'action rapide et adaptée face aux enjeux rencontrés. Par exemple, les défis associés à la collaboration interprofessionnelle, bien que généralement accueillis favorablement comme modalité organisationnelle, sont régulièrement soulignés par les professionnels et les intervenants. Des préoccupations autour des expériences en contexte de collaboration interprofessionnelle du personnel infirmier<sup>50</sup> et des médecins de famille<sup>51</sup> sont couramment évoquées. La réduction de la charge administrative, la mise en œuvre de programmes de gestion du changement, l'offre d'accompagnement et de formation pour les gestionnaires cliniques et organisationnels, de même que les actions de valorisation du travail en première ligne sont à étudier et permettront de préciser les actions que Santé Québec devra mettre en œuvre.

De plus, il importe de soutenir la transformation des milieux de travail au sein de la première ligne pour qu'ils se positionnent comme des modèles, où la santé, le bien-être et l'équité sont pleinement intégrés au quotidien. Différentes initiatives peuvent être déployées dans cette perspective : par exemple, favoriser l'accès au milieu de première ligne par le transport actif ou collectif, encourager une offre d'aliments nutritifs ou encore établir des collaborations au sein de la communauté.

Pour plusieurs intervenants et professionnels, le manque de valorisation de leur domaine d'intervention ou champ d'exercice, de reconnaissance de leurs compétences ou d'autonomie d'intervention peuvent également entraîner une baisse d'intérêt et d'enthousiasme quant à leur travail. D'autres situations sont plutôt le résultat d'un accroissement de la reconnaissance formelle et dans la pratique des champs d'exercice et des responsabilités élargies qui l'accompagnent. Ce phénomène peut entraîner une surcharge et une intensification des exigences professionnelles et, ainsi, contribuer à fragiliser le climat de sécurité psychosociale pour le personnel de première ligne.

La stratégie de développement et de valorisation de la main-d'œuvre de première ligne devra se pencher sur la mise en place d'interventions visant à réduire les principaux problèmes liés à la valorisation de la pratique des équipes de première ligne.

Les objectifs de changement portant sur l'attraction, la rétention et la formation en première ligne présentés dans les deux sections suivantes constituent, *de facto*, des moyens dont les retombées seront favorables à l'optimisation des conditions favorables à la pratique et des occasions d'agir selon ses compétences et son domaine d'intervention.

#### **4.1.2 Assurer la disponibilité et la stabilité de la main-d'œuvre en première ligne**

Pour concrétiser la vision d'avenir exprimée dans la politique, il est essentiel de disposer d'une quantité et d'une diversité suffisante de professionnels, d'intervenants et de gestionnaires locaux en première ligne et de distribuer équitablement ces ressources entre les territoires. Des efforts précis sont aussi à prévoir afin que la main-d'œuvre disponible intervienne davantage dans les milieux de vie des communautés locales. Toutefois, les estimations actuelles et futures des effectifs demeurent hasardeuses en raison d'informations manquantes. Des actions doivent être mises en place pour corriger ce déficit de données afin d'alimenter les plans cadres de la main-d'œuvre en cours au Ministère.

Malgré le déficit d'informations qui limite la capacité de projeter les besoins de ressources humaines en première ligne, certaines tendances peuvent être abordées à court terme afin de les renverser. Les difficultés d'attraction des psychologues, des travailleurs sociaux, des sages-femmes et des médecins de famille sont des situations bien réelles. La recherche par les médecins d'un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle pour prévenir l'épuisement professionnel, la part réelle du temps de travail clinique<sup>52</sup>, et les départs à la retraite et vers la pratique privée engendrent une pression additionnelle devant être prise en considération. La volonté d'intégrer davantage d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et d'infirmières cliniciennes dans les équipes de première ligne est également confrontée à une concurrence grandissante de la part du secteur privé. La stratégie de développement devra tenir compte de ces conditions afin de réduire la pression que cette instabilité exerce actuellement sur les travailleurs de première ligne.

La planification des effectifs doit aussi s'appuyer de plus en plus sur des données d'efforts fournis par l'ensemble des intervenants et professionnels de première ligne et sur une meilleure compréhension des rôles et compétences de chacun. Les exercices de planification de la main-d'œuvre devront dorénavant considérer le modèle d'organisation où les compétences de chacun sont utilisées de manière plus complémentaire et optimale. Les programmes de formation doivent produire des cohortes de finissants en adéquation avec les besoins estimés à court et moyen termes en première ligne, notamment pour les professions les plus en demande, dont les médecins de famille, les infirmières et les travailleurs sociaux.

Ces travaux visant à anticiper et à répondre de manière proactive aux besoins de main-d'œuvre en première ligne doivent être réalisés conjointement par le Ministère, Santé Québec et l'écosystème d'enseignement supérieur. Ils doivent également s'inscrire en continuité avec les plans d'effectifs actuels, qui prévoient des actions pour stimuler le recrutement et l'attraction vers des programmes prioritaires d'enseignement. Ces actions comprennent notamment l'octroi de bourses professionnelles ou d'études pour soutenir les disciplines les plus touchées par la pénurie ou pour favoriser l'attraction d'une main-d'œuvre qualifiée en région. L'élargissement des bassins de recrutement hors Québec est également une mesure à poursuivre afin, notamment, de contribuer à combler les postes dans les domaines ou les milieux d'intervention où la situation est plus critique.

Les milieux de soins et services de première ligne ainsi que les instances de coordination locale et régionale doivent tirer profit des compétences diversifiées des intervenants et professionnels pouvant œuvrer en première ligne, tout en augmentant la proportion de ceux qui pratiquent directement au sein des collectivités locales. Dans plusieurs cas, ces changements présenteront des occasions de passer d'un modèle centré sur les soins et services en institution à un modèle tourné vers la communauté. À titre d'exemple, les instances locales et régionales pourraient envisager de réduire graduellement les ressources consacrées à l'hébergement des personnes âgées afin de rehausser les interventions dans un contexte de soins à domicile, comme le préconise le Commissaire à la santé et au bien-être<sup>53</sup>. De même, il est envisageable de procéder au renforcement des interventions auprès des jeunes et des familles en situation de vulnérabilité afin de réduire les signalements à la direction de la protection de la jeunesse, la judiciarisation et la nécessité de recourir au placement de jeunes dans des milieux de vie substituts.

Chaque équipe de soins primaires n'aura pas nécessairement à compter sur la présence de toutes les catégories de professionnels et d'intervenants (pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, kinésiothérapeute, technicien en travail social, psychoéducateur, etc.), mais le nouveau modèle de partage de responsabilités ouvre la porte au regroupement local des ressources qui desservent plus d'un milieu d'affiliation. L'exercice de planification des ressources humaines doit aussi s'attarder à l'enjeu de l'allocation équitable, particulièrement dans les régions à faible densité, où les localités sont souvent sous-desservies en matière de soins et de services de première ligne.

#### **4.1.3 Soutenir le développement et le maintien des connaissances et des compétences requis en première ligne**

Les paramètres fondamentaux du modèle de soins et de services véhiculé à travers la présente politique impliquent, pour ses acteurs professionnels, intervenants et gestionnaires, d'importants changements de pratique clinique et organisationnelle. L'importance accordée au partage de responsabilités au sein des continuums de soins et services, à l'accessibilité en temps opportun et à l'intégration de connaissances et de méthodes pour un système apprenant sont autant d'aspects relativement nouveaux à intégrer. Les travailleurs expérimentés sont donc exposés à des situations nouvelles pour lesquelles ils sont généralement peu formés ou encadrés. Ceux qui transitent d'un milieu de pratique spécialisée à la première ligne sont encore plus touchés par la nécessité de s'adapter à un tout nouveau contexte. Quant à ceux qui intègrent le marché, les connaissances acquises en cours de formation académique ne sont pas toujours adaptées à la réalité professionnelle qui évolue constamment.

Ces constats appellent d'abord à une révision structurée des formations disciplinaires initiales des intervenants et des professionnels susceptibles de pratiquer en première ligne. La modernisation de certains programmes de formation prioritaires a déjà été entreprise et doit encore s'étendre à d'autres, incluant dans les facultés de médecine, afin de mieux préparer la relève à l'exercice dans des équipes et des milieux offrant des services de proximité intégrés.

Santé Québec et les milieux de soins et services de première ligne doivent également déployer des conditions favorisant la réalisation de stages au sein des milieux de soins et de services de première ligne, et ce, pour une diversité de programmes collégiaux et universitaires en santé et en services sociaux. Cela implique notamment de désigner plus de superviseurs de stages, de diversifier les types de milieux de formation accessibles et d'offrir des conditions de stages profitables et coordonnées avec les institutions d'enseignement.

Un programme transversal de spécialisation en soins et services de première ligne est également à envisager. Un tel programme offrirait l'occasion d'enseigner des aspects plus spécifiques à la pratique dans les milieux de soins et de services de première ligne et dont les lacunes ont été documentées dans des contextes québécois. Cela inclut la connaissance des domaines d'intervention des collègues provenant d'autres disciplines (par ex. : les pharmaciens<sup>54</sup>, les nutritionnistes<sup>55</sup>, les éducateurs spécialisés et les ergothérapeutes<sup>56</sup>) et le renforcement des connaissances en matière de collaboration interprofessionnelle intégrée<sup>57</sup>, de coordination, de pratiques de soutien à l'autogestion, de prise de décision partagée et de processus d'amélioration continue de la qualité. Le développement d'habiletés d'intervention adaptées à différents contextes sociaux et culturels y serait également intégré. À cela s'ajoute l'appropriation de connaissances cliniques propres à la première ligne auxquelles les intervenants et professionnels sont parfois peu exposés, tels le counseling sur les saines habitudes de vie, la cessation tabagique, le programme québécois d'immunisation, le suivi du développement des enfants, le dépistage précoce de divers troubles de santé mentale, la promotion d'applications et d'outils numériques d'aide en santé mentale pour faciliter les autosoins et l'orientation vers les ressources psychosociales adéquates.

En complément, la stratégie de développement de la main-d'œuvre doit comprendre un plan de formation continue sous la responsabilité de Santé Québec pour ceux qui œuvrent déjà dans le système, qui exercent déjà en première ligne ou qui s'y joindront. Des processus d'accompagnement clinique sont également à renforcer au cours de la prochaine décennie, au fur et à mesure que la pression sur les ressources décroitra. Enfin, une attention doit aussi être portée à l'acquisition de connaissances de gestion d'équipes interprofessionnelles et de collaboration avec des travailleurs et des organisations autres. Ces activités de formation continue devraient s'adresser à des gestionnaires ou à des personnes ayant des rôles de coordination afin d'améliorer les compétences liées, par exemple, à l'organisation du travail interdisciplinaire, à la coordination fonctionnelle sans autorité hiérarchique, à la gestion des partenariats intra et intersectoriels et sur les moyens de soutenir l'apprentissage selon les principes des systèmes apprenants.

## 4.2 Adopter des pratiques de financement et de rémunération alignées sur l'atteinte des objectifs de la politique

Le nouveau modèle d'organisation proposé dans la présente politique attribue à Santé Québec la responsabilité de gérer une offre intégrée de soins et services de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC (voir l'axe 3). À cette fin, des moyens doivent être mis en œuvre afin de permettre aux milieux de soins et services de première ligne d'assumer une réponse partagée et coordonnée aux besoins de la population locale, conformément à leur responsabilité populationnelle.

Les modalités de financement et de rémunération constituent deux leviers économiques qui peuvent avoir des effets considérables sur les pratiques cliniques et organisationnelles. Elles constituent des moyens stratégiques de premier plan dans les transformations des modèles de soins et services de première ligne<sup>58,59,60,61</sup>. Il s'avère donc primordial de privilégier des incitatifs économiques alignés sur les objectifs du système. Par exemple, un financement combinant des fonds publics et privés peut stimuler les investissements et élargir la gamme de services offerts. À l'inverse, un système où le secteur privé occupe une grande part du marché produit généralement des iniquités d'accès et une baisse de la pertinence des soins et services offerts. Comme ailleurs, le Québec doit définir des stratégies économiques susceptibles de soutenir positivement ses objectifs prioritaires. La surveillance des nouvelles modalités de financement des activités et de la contribution des intervenants et professionnels est aussi requise afin de s'assurer que les objectifs poursuivis sont atteints et d'apporter les ajustements requis au besoin<sup>62</sup>. Il convient notamment de tester la mise en place des modalités dans un milieu restreint avant de l'élargir à l'ensemble de la province.

Le gouvernement est résolu à introduire des changements structuraux en ce sens tout en reconnaissant la complexité de cette transformation et le temps nécessaire à sa réalisation. Les mesures de financement et de rémunération à introduire visent en priorité à :

- offrir des services de proximité coordonnés et adaptés aux besoins des populations locales;
- assurer l'équité d'accès aux soins et services de première ligne;
- consolider les pratiques collaboratives dans les milieux de première ligne et avec des organisations partenaires.

### 4.2.1 Allouer du financement intégré et dédié aux activités de première ligne à l'échelle locale

Comme présenté dans l'axe 3, la politique prévoit que chaque établissement territorial instaure des mécanismes de gouvernance locale permettant d'actualiser une responsabilité populationnelle partagée à l'égard des résidents et des personnes sans domicile de chacun de ses territoires de CLSC.

Afin de soutenir le nouveau modèle d'organisation et de gouvernance locale, les établissements territoriaux doivent disposer de budgets protégés pour chaque territoire de CLSC. Ainsi, Santé Québec devra procéder au décloisonnement des budgets dédiés à des activités de première ligne parmi tous les programmes-services afin de les regrouper au sein de budgets locaux consolidés. Ces budgets comprendront notamment les sommes allouées pour soutenir les milieux d'affiliation dans la prise en charge de la population. Ce regroupement budgétaire favorisera l'intégration des soins et services près de la population à desservir en plus de maximiser les capacités de coordination à l'échelle des territoires de CLSC. Santé Québec devra réévaluer régulièrement la distribution des budgets afin de rééquilibrer les sommes allouées aux secteurs de la première ligne et d'investir les gains d'efficacité produits dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux là où ils peuvent avoir le plus d'impact plutôt que là où ils ont été réalisés.

Ce modèle de financement des activités de première ligne par territoire de CLSC vise à rompre avec les pratiques de financement historique ou centrées sur les programmes-services, qui ont contribué à la fragmentation de l'offre de soins et services. L'intégration des sources de financement de première ligne à l'échelle des territoires de CLSC permettra également d'assumer des fonctions de coordination avec les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et les partenaires intersectoriels. Cette approche conférera à la gouvernance locale la capacité et la légitimité de conclure des ententes avec des partenaires locaux, dont les milieux d'affiliation, régionaux ou interrégionaux, lorsque le contexte local le justifie, en précisant les engagements mutuels ainsi que les modalités de suivi et en vue d'assurer une meilleure couverture et répartition des services sur le territoire. Le financement alloué pour chaque territoire de CLSC permettra de réaliser les activités de planification et de coordination des services, de suivi, d'évaluation de la qualité et de la performance ou encore de communication et de concertation avec la population locale.

### Engager la contribution de tous

Le gouvernement s'engage à poursuivre ses travaux visant à soutenir la pratique des intervenants et professionnels en première ligne, notamment en facilitant l'élaboration d'ententes entre Santé Québec et les milieux d'affiliation, ainsi qu'avec d'autres partenaires locaux au besoin.

Cette démarche vise tout d'abord à permettre aux deux parties de définir et de convenir de leurs obligations contractuelles respectives. Elle a également pour objectif de mettre en place un mécanisme de financement et de partenariat qui tienne compte à la fois des besoins de la population et de ceux des milieux d'affiliation qui doivent y répondre. Ce mécanisme doit assurer une offre de service minimale et l'atteinte d'objectifs spécifiques, tout en soutenant la viabilité et la rentabilité des milieux d'affiliation. Enfin, il doit favoriser l'innovation et le développement de pratiques porteuses, contribuant ainsi à une amélioration continue de l'offre de soins et de services.

L'octroi d'un financement et d'une autonomie décisionnelle en matière d'organisation locale des soins et services doit s'accompagner d'une imputabilité claire quant à la qualité des soins et services offerts, en réponse aux besoins réels de la population. Le cadre de gouvernance à construire pourra mieux définir comment cette imputabilité sera distribuée à chaque palier et entre les instances et mécanismes.

#### 4.2.2 Déployer des modes de financement et de rémunération en faveur de l'équité en santé et bien-être

Le Québec compte depuis plus de 50 ans sur un système de santé et de services sociaux qui produit des résultats très enviables en termes d'espérance de vie. Ce système a été conçu dans une perspective d'universalité et de gratuité des soins. Toutefois, l'évolution du concept de santé – passant d'une approche essentiellement médicale à une vision plus globale intégrant les besoins physiques et psychosociaux – ainsi que l'évolution des pratiques en santé et services sociaux ont entraîné un décalage entre la réalité contemporaine et la vision initiale d'un système où tous « les services médicalement nécessaires » seraient universels et gratuits.

On observe ainsi que de plus en plus de Québécois paient pour des soins et services<sup>63</sup> alors même qu'en parallèle, plusieurs personnes n'ont pas les moyens financiers permettant de faire ce choix et d'avoir accès à ces mêmes services. Cette situation peut entraîner une détérioration de la santé et du bien-être, un dépistage tardif de conditions évitables, ainsi qu'une pression accrue sur les soins et services assurés offerts en première ligne. Cette réalité est propice à l'accroissement des inégalités sociales de santé et entraîne d'importants coûts évitables tout en accentuant la pression sur l'entièreté du système de santé et de services sociaux<sup>64,65</sup>.

Plusieurs freins à l'équité en santé et bien-être ont été identifiés, autour desquels il est essentiel de mobiliser les acteurs du système de santé et de services sociaux. Premièrement, les services relevant de certaines disciplines comme la psychologie, la santé buccodentaire, la physiothérapie et l'optométrie ne sont pas assurés par le régime public. Ce modèle engendre des inégalités d'accès selon le type de couverture des individus, en plus de stimuler l'attraction des professionnels et des intervenants vers le secteur privé<sup>66</sup>. Deuxièmement, la croissance rapide des cliniques médicales de première ligne indépendantes du système public (médecins non participants) accentue également les écarts d'accès selon le revenu des personnes et des ménages. Or, les données probantes démontrent que le développement de l'offre privée n'améliore pas l'accès aux soins et que ces services ne sont pas plus efficaces que ceux offerts sans frais pour les usagers dans les milieux financés par le gouvernement<sup>67,68,69</sup>. Enfin, le modèle d'allocation des ressources par région se fonde encore trop peu sur une analyse rigoureuse et continue des besoins de la population, ce qui occasionne une distribution inéquitable des services de première ligne sur le territoire québécois<sup>70,71</sup>.

Face à cette réalité, il importe de définir et d'implanter des mesures de financement et de rémunération en première ligne permettant d'atténuer les écarts d'accès aux soins et services de première ligne en fonction de diverses caractéristiques individuelles ou collectives telles que le revenu, le statut d'inscription à un médecin de famille, le lieu de résidence ou la couverture d'assurance santé.

Ainsi, le gouvernement souhaite agir de manière proactive pour :

- assurer une distribution équitable des budgets en les alignant sur les besoins des populations de chaque territoire régional et local;
- assurer aux milieux d'affiliation un financement et des ressources humaines tenant compte du nombre et des caractéristiques des personnes affiliées afin de mieux répondre à leurs besoins, selon une approche de responsabilité populationnelle;
- introduire une part de capitation dans la rémunération des médecins de famille tenant également compte du volume de personnes affiliées et de la complexité de leurs besoins;
- analyser et évaluer des modèles alternatifs de financement permettant d'améliorer l'accès à certaines catégories de soins et de services, notamment la psychothérapie et les thérapies de réadaptation physiques;
- arrimer le financement public accordé aux partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, dont les milieux d'affiliation ou certaines entreprises d'économie sociale, à des objectifs de qualité des soins et services et de performance des organisations, tout en incluant des principes d'équité;
- renforcer l'encadrement des soins et services offerts par des organisations privées ne bénéficiant d'aucun financement gouvernemental. Cette orientation s'inscrit dans le prolongement des réflexions menées dans le cadre de la *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, et s'inspire des pratiques observées dans d'autres provinces canadiennes ainsi que des résultats des consultations réalisées au Québec<sup>72,73</sup>. Cet encadrement constitue une occasion de mieux définir les balises entourant l'offre croissante de soins et de services virtuels, dont la pratique demeure à ce jour très peu régulée.

### 4.2.3 Introduire des incitatifs afin de soutenir financièrement les pratiques collaboratives

L'optimisation des équipes interprofessionnelles et le renforcement des pratiques collaboratives constituent une mesure centrale de la présente politique (voir 1.4.2). Au Québec, la mise en place des GMF a déjà jeté les bases de ces pratiques interdisciplinaires intégrées que les experts recommandent généralement en raison des données probantes qui confirment leurs retombées positives<sup>74,75,76</sup>. Malgré les progrès, l'expérience des deux dernières décennies a aussi permis de déceler des lacunes dans l'implantation des pratiques interprofessionnelles engendrant des pertes d'efficacité et pour lesquelles les pratiques de financement et de rémunération peuvent être en partie responsables.

Du côté de la rémunération médicale, il est désormais reconnu que le modèle dominant de paiement à l'acte s'avère souvent incompatible avec le renforcement de la collaboration interprofessionnelle<sup>77</sup>. Par exemple, la rémunération à l'acte ne valorise pas le temps consacré par les médecins de famille à la concertation et à la coordination avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. Elle freine également une prise en charge optimale des personnes ayant des besoins complexes, puisqu'elle ne reconnaît pas l'importance des visites prolongées ni la nécessité d'une approche fondée sur les expertises complémentaires d'une équipe médicale et sociale. En conséquence, plusieurs constatent une pression importante sur les médecins de famille<sup>78</sup>, alors qu'à l'inverse, on déplore parfois une sous-utilisation des autres intervenants et professionnels présents en GMF.

À l'instar des médecins de famille, les autres intervenants et professionnels ne bénéficient pas d'incitatifs économiques favorisant la collaboration et la performance. Or, les nouveaux modèles d'organisation en première ligne reposeront sur la capacité de l'ensemble des membres d'une équipe et des partenaires à collaborer plus efficacement. Cette exigence s'applique tant au sein des milieux d'affiliation qu'entre les différents milieux de soins et services de première ligne, dans un contexte élargi de collaboration avec les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les partenaires intersectoriels.

Le gouvernement reconnaît les effets indésirables des modalités actuelles de financement et de rémunération, et entend mobiliser des leviers économiques pour soutenir la responsabilité populationnelle et réduire les obstacles à la collaboration, tant au sein des équipes qu'entre les milieux de pratique. Des incitatifs financiers seront également mis à contribution pour stimuler les partenariats intersectoriels, notamment avec les acteurs dont les interventions sur les déterminants de la santé sont reconnues pour leur efficacité dans la réduction du fardeau des maladies chroniques<sup>79</sup>.

En somme, cette cible de changement vise à encourager les intervenants et les professionnels ainsi que les organisations œuvrant en première ligne à renforcer la qualité des pratiques collaboratives à tous les niveaux. La mise en commun des compétences complémentaires constitue un investissement porteur, susceptible d'améliorer la qualité des soins et des services offerts localement, en agissant sur les quatre dimensions prioritaires de la qualité : l'accès, la continuité, la coordination et la globalité. Elle représente également un potentiel d'efficacité considérable, en permettant à chacun d'exercer pleinement les fonctions pour lesquelles il est le mieux habilité.

### 4.3 Assurer le développement et l'utilisation équitable et pertinente des outils numériques en première ligne

Depuis quelques décennies, les organisations en santé et services sociaux à travers le monde ont amorcé une « transformation numérique », générant des bénéfices tangibles pour la population ainsi que pour tous les acteurs du système de santé et de services sociaux. Aujourd'hui, des outils numériques performants offrent des possibilités concrètes d'améliorer la qualité des soins et services de première ligne en termes d'accessibilité, de continuité, de globalité et de coordination. Ils contribuent également à renforcer la capacité des personnes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs proches<sup>80</sup>.

La construction de systèmes d'information et de communication intégrés, interopérables et complets demeure toutefois un enjeu considérable pour la majorité des pays<sup>81</sup>. À titre de principaux lieux de soins et de services et de pôle intégrateur, la première ligne a particulièrement besoin de détenir de tels systèmes performants. Pourtant, les milieux de première ligne accusent un retard important en matière d'intégration et de continuité informationnelle en comparaison avec le milieu hospitalier et spécialisé. Lors de l'implantation de nouvelles technologies de l'information et de communications, les gouvernements doivent veiller à la pertinence des solutions proposées, favoriser l'intégration des systèmes et assurer un accès équitable pour la population dans le respect de normes de sécurité et de confidentialité des données socialement acceptées.

La politique permet d'aborder ces défis et d'orienter la transformation numérique afin qu'elle génère des changements positifs en première ligne. Inspirées des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les cibles de changement qui suivent visent un développement numérique centré sur les besoins de la population et des intervenants et professionnels en première ligne<sup>83</sup> tout en contribuant à l'équité en matière de santé et de bien-être. Ces cibles s'inscrivent également en continuité avec la Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023 et le Plan de transformation numérique 2023-2027 du secteur de la Santé et des Services sociaux.

#### 4.3.1 Assurer le développement et l'implantation d'outils numériques pertinents et bénéfiques à tous les Québécois

Le nombre et la diversité des solutions numériques visant à améliorer l'accès à l'information et aux services en santé et services sociaux ne cessent de croître. Ces solutions incluent notamment des plateformes permettant la consultation du dossier de santé, des outils d'autosoins, des appareils portables connectés, des moyens de communication avec les dispensateurs de services, ainsi que des plateformes de télésanté.

Pour renforcer la première ligne, le Québec doit poursuivre ses efforts de développement en accordant une attention particulière à la première ligne en raison de son rôle pivot au sein du système de santé et de services sociaux. En ce sens, il faut accorder une priorité à l'intégration d'outils qui augmentent la capacité des personnes à agir sur leur santé et à interagir efficacement avec les intervenants et les professionnels du système de santé et de services sociaux.



#### La technologie en soutien aux soins et services de première ligne

##### Qu'est-ce qu'une transformation numérique?

« La transformation numérique désigne un processus d'optimisation des systèmes de santé par l'intégration planifiée de l'innovation, de l'analytique et de mécanismes de rétroaction. Elle vise à renforcer des services de santé véritablement centrés sur la personne. Les technologies numériques sont ainsi mobilisées pour transformer en profondeur les modalités de prestation et d'accès aux services de santé dans l'ensemble des programmes. »<sup>82</sup>

Dans cette perspective, les efforts du gouvernement doivent viser la mise en place d'un environnement numérique intégré, accessible et centré sur les besoins de la population. Cela implique notamment de permettre aux Québécois de consulter les renseignements de leur propre dossier de santé et d'en gérer les droits d'accès, conformément à la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*. Ces outils numériques doivent également permettre aux personnes d'accéder à des informations utiles à la prise en charge de leur santé globale, comme des conseils de prévention ou des outils d'aide à la décision spécifiques à leur condition de santé et de bien-être, soutenir la navigation dans le système de santé et de services sociaux, faciliter la communication avec le personnel et améliorer l'accès aux soins et services, notamment par des renseignements sur les services de santé et les services sociaux disponibles à proximité de leur lieu de résidence ou sur la prise de rendez-vous en ligne. De telles améliorations éviteront largement aux personnes de devoir répéter des informations déjà communiquées.

Santé Québec doit s'assurer que les solutions numériques qu'il introduit contribuent à la performance du système, c'est-à-dire qu'elles participent à l'atteinte d'un ou de plusieurs objectifs du cadre de valeur adopté (quintuple objectif). Pour la population, cela signifie, entre autres, que les solutions numériques devraient améliorer leur expérience au sein du système ou leur santé dans un souci d'équité. La participation d'utilisateurs visés par la technologie tout au long du processus – de la conception à l'évaluation – constitue une approche particulièrement efficace pour adapter les outils aux caractéristiques des personnes telles que la langue, l'âge, le niveau de littératie ou le contexte géographique. Dans cette même logique d'inclusion et d'accessibilité, il est essentiel de porter une attention particulière à la réduction des inégalités numériques<sup>84</sup>. Cela implique de garantir un accès gratuit et universel aux outils numériques tout en prévoyant des solutions de rechange pour les personnes qui ne maîtrisent pas ces technologies ou qui n'y ont pas accès. Parallèlement, des efforts soutenus devront être consacrés à l'information, à la formation et au soutien des utilisateurs ciblés afin de favoriser leur adhésion et le changement de culture requis par cette transition technologique. Il faudra notamment viser à réduire la fracture numérique chez les personnes âgées, en cohérence avec les mesures du Plan d'action gouvernemental 2024-2029 intitulé *La fierté de vieillir*.

#### **4.3.2 Faciliter le travail des intervenants et des professionnels grâce aux technologies numériques d'information et de communication**

Les intervenants et professionnels de première ligne composent le second groupe d'utilisateurs clés devant bénéficier de la transformation numérique. Au cours des deux dernières décennies, les milieux de soins et services de première ligne au Québec ont progressivement abandonné les dossiers papier au profit de dossiers électroniques comme les « dossiers médicaux électroniques » (DMÉ). Plus de 92 % des médecins les utilisaient en 2021<sup>85</sup>. Malgré cette avancée, les intervenants et professionnels de première ligne sont encore confrontés à des difficultés d'accès à l'information requise et à des enjeux de communication, tant entre eux qu'avec les personnes qu'ils desservent. Cette situation nuit directement à la qualité des soins et services, tout en affectant le bien-être des intervenants et professionnels et en compromettant d'autres dimensions fondamentales de la valeur du système de santé et de services sociaux.

Des technologies de l'information et des communications performantes permettront aux acteurs de première ligne d'assumer pleinement leur rôle intégrateur en facilitant la communication au sein des équipes interprofessionnelles ou avec les organisations partenaires mobilisées dans le parcours de soins et services des usagers, incluant les services spécialisés.

Une part significative des investissements numériques doit être consacrée à l'intégration et à l'interopérabilité<sup>IV</sup> des systèmes utilisés en première ligne, afin de favoriser une coordination efficace et continue des soins et services. Dorénavant, tout développement numérique dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec devra

---

IV. Capacité de circulation de données entre les systèmes d'information.

intégrer des critères d'interopérabilité, assurant une cohérence avec l'ensemble de l'écosystème technologique. Pour la première ligne plus particulièrement, il s'agit d'une priorité d'action incontournable pour que les acteurs de la première ligne puissent partager des informations utiles et parfois essentielles à la qualité de leurs interventions.

Un accès facilité à l'historique des interventions réalisées auprès des personnes – tels que les résultats d'examens et d'évaluation, les notes cliniques, les plans d'intervention, les médicaments, les allergies ou les données issues d'appareils connectés – contribue à alléger le travail des intervenants et des professionnels et représente un facteur incontournable à une réelle collaboration interprofessionnelle. Ces outils numériques doivent également appuyer l'aiguillage des personnes vers les bonnes ressources, au bon moment selon les besoins et, le plus souvent possible, au sein du territoire de proximité. Certains outils peuvent aussi soutenir les décisions cliniques en guidant le processus de diagnostic, le choix des traitements ou l'application de protocole. D'autres outils peuvent soutenir la productivité en automatisant certains processus plus administratifs, comme les logiciels de transcription médicale. Ce type de soutien représente un gain d'efficacité considérable, particulièrement dans un contexte où la première ligne est appelée à répondre à des conditions nécessitant des approches de plus en plus complexes et personnalisées.

#### **4.3.3 Accroître les développements et l'utilisation de l'intelligence artificielle en première ligne en assurant un encadrement efficace**

Le déploiement accéléré d'outils reposant sur l'intelligence artificielle (IA) promet des retombées d'envergure. La première ligne au Québec a d'ailleurs débuté l'introduction d'outils fondés sur l'IA afin d'améliorer l'efficacité des processus d'évaluation des besoins et d'orientation vers les services ainsi que pour alléger la prise de notes cliniques. De telles avenues promettent d'augmenter de manière importante la productivité et la qualité des services bien qu'elles nécessitent d'être évaluées avec rigueur.

Toutefois, sans encadrement adéquat, les innovations propulsées par l'IA peuvent aussi entraîner des risques pour les personnes et le système et ainsi produire des résultats contraires à ceux désirés<sup>86,87</sup>. Une régulation insuffisante de l'IA dans les soins et services, combinée à un développement non soutenu par l'État, risque de favoriser des initiatives s'appuyant sur des données incomplètes, mauvaises ou trop complexes, introduisant des erreurs d'interprétation et des biais de représentativité, et creusant conséquemment les inégalités d'accès aux soins et services.

Le gouvernement du Québec souhaite que l'intelligence artificielle puisse contribuer de manière concrète à l'amélioration de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles en première ligne afin de répondre de mieux en mieux aux besoins de la population. C'est pourquoi Santé Québec devra évaluer, en collaboration avec les ordres professionnels, les possibilités d'introduire à court et moyen termes des projets de développement en IA qui répondent aux besoins prioritaires exprimés par les partenaires de la première ligne dans le souci d'améliorer l'efficacité, la personnalisation et la qualité des soins et services offerts à la population.

Un encadrement gouvernemental de l'utilisation de l'IA en santé et services sociaux s'impose toutefois pour systématiser l'évaluation des risques et des effets, dans le but d'accroître l'efficacité, la pertinence clinique et l'équité. Cette cible s'inscrit dans la continuité de la Stratégie d'intégration de l'IA dans l'administration publique du gouvernement du Québec qui vise à « soutenir l'utilisation de l'IA par les organismes publics et baliser son usage » ainsi qu'à « améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité des services offerts à la population ». La mise en œuvre du Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé 2024-2027 qui en découle doit permettre l'application concrète de la stratégie dans le système de santé et de services sociaux.

## AXE 5 – Des équipes et des organisations apprenantes

Un système de santé apprenant est un modèle dans lequel tous les acteurs (personnes et représentants des communautés, professionnels, gestionnaires, chercheurs, décideurs) participent activement à l'évolution du système. Il repose sur des cycles continus d'apprentissage, de rétroaction et d'amélioration, permettant de prendre des décisions éclairées à partir des données, des connaissances et de l'expérience terrain. Ce type de système vise à s'améliorer constamment et à réussir les changements collectivement afin d'atteindre le quintuple objectif<sup>88,89,90</sup>.

Le système de santé et de services sociaux québécois dispose déjà de plusieurs atouts favorisant l'émergence d'une culture apprenante. Le gouvernement doit cependant accélérer certains travaux afin d'offrir aux individus et aux organisations des conditions propices à l'identification et à l'exploitation des opportunités d'apprentissage et de collaboration, dans une perspective d'amélioration continue.

Les orientations proposées visent à renforcer les capacités des équipes et des organisations afin qu'elles puissent évoluer efficacement dans des environnements apprenants. Elles ciblent quatre domaines d'intervention essentiels, qui sont repris dans les orientations stratégiques, pour soutenir le développement de pratiques apprenantes en première ligne et pour contribuer à l'édification d'un système de santé et de services sociaux québécois davantage axé sur l'apprentissage.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	CIBLES DE CHANGEMENT
<b>5.1 Valoriser les données en soutien à un système de première ligne apprenant</b>	<b>5.1.1</b> Faciliter l'accès et l'exploitation des données
<b>5.2 Développer un système multiniveau d'appréciation de la performance de la première ligne</b>	<b>5.2.1</b> Adopter un cadre de mesure et implanter un système d'appréciation de la performance en première ligne selon des objectifs propres à chacun des paliers de sa gouvernance
<b>5.3 Favoriser l'élargissement de la culture et des pratiques d'amélioration continue de la qualité en première ligne</b>	<b>5.3.1</b> Développer et implanter un plan intégré de développement des compétences et de soutien à l'amélioration continue de la qualité au sein de la première ligne
<b>5.4 Renforcer la recherche, l'innovation et la mobilisation des connaissances en première ligne</b>	<b>5.4.1</b> Renforcer la recherche interdisciplinaire en soutien aux pratiques, aux programmes et aux politiques de première ligne <b>5.4.2</b> Mettre en place des conditions propices à l'implantation d'innovations créatrices de valeur en première ligne <b>5.4.3</b> Renforcer la collaboration entre l'écosystème de recherche et d'innovation et les acteurs de la première ligne

## 5.1 Valoriser les données en soutien à un système de première ligne apprenant

Dans un système de santé apprenant, les données constituent un levier essentiel pour renforcer les capacités de réflexion et d'action de l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux.

Tout d'abord, l'accès à des données pertinentes permet aux personnes d'être acteurs de leur santé, de mieux connaître les soins et les services et de jouer un rôle éclairé dans la gouvernance du système. Ensuite, qu'elles reflètent les conditions de pratique, les activités ou les résultats, les données sont essentielles pour soutenir les processus d'apprentissage et d'amélioration continue dans les milieux de soins et services. En plus de soutenir les pratiques d'intervention, elles peuvent servir à l'amélioration des pratiques organisationnelles, à l'analyse de l'utilisation des soins et services par les personnes desservies ou leur satisfaction, à une gestion efficiente des ressources, etc. Les données cliniques et administratives sont également indispensables pour nourrir et soutenir l'innovation, la recherche et le partage de connaissances.

En cohérence avec le Plan d'action de la valorisation des données de santé et de services sociaux 2025-2028 (PAVD), cette orientation stratégique vise à renforcer l'usage des données par les équipes et les organisations de première ligne, à tous les niveaux d'intervention et de gouvernance, en se donnant des infrastructures facilitant leur extraction, leur traitement, leur analyse, leur interprétation et leur diffusion.

### 5.1.1 Faciliter l'accès et l'exploitation des données

Il est essentiel de faciliter et de démocratiser l'accès à des données pertinentes, fiables et exploitables pour soutenir les démarches d'évaluation et d'amélioration continue tout en contribuant au développement des connaissances. Pour être exploitables, ces données doivent être fiables, précises, accessibles en temps opportun, comparables et alignées sur les rôles et fonctions de leurs utilisateurs. Or, bien que les organisations de première ligne recueillent une grande quantité de données dans le cadre de leurs activités cliniques et administratives, elles ont souvent un accès limité à des données répondant à ces critères, ce qui freine leur capacité à évaluer leurs pratiques, à intervenir efficacement et à prendre des décisions cliniques ou de gestion éclairées.

De nombreuses sources de données demeurent inaccessibles ou sous-exploitées, notamment celles issues des dossiers médicaux électroniques (DMÉ), qui sont difficiles à extraire et peu adaptées à des fins de comparaison ou de recherche. Pour remédier à cette situation, deux stratégies complémentaires doivent être mises en œuvre :

- La collecte de nouvelles données doit être implantée et systématisée pour suivre l'atteinte d'objectifs prioritaires, par exemple par l'introduction de sondages standardisés auprès des usagers et des communautés.
- La valorisation des données existantes, notamment celles contenues dans les systèmes d'information de première ligne comme les DMÉ, doit être accélérée.

La récente *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* et le Plan d'action de la valorisation des données de santé et de services sociaux 2025-2028 (PAVD) offrent des leviers importants pour lever les barrières à l'exploitation de ces données, notamment par la standardisation et l'interopérabilité des systèmes. La coordination des activités de développement et de valorisation des données issues des DMÉ permettra de résoudre les enjeux qui limitent actuellement leur utilité.

Par ailleurs, des efforts supplémentaires doivent être consentis pour transformer les données accessibles en indicateurs pertinents, utiles aux différents groupes d'utilisateurs. Ces processus de traitement, d'analyse, d'interprétation et de diffusion rendent les données primaires plus exploitables et facilitent leur intégration dans les pratiques d'amélioration continue.

Une concertation et une collaboration accrues entre les organisations provinciales et régionales détenant des actifs informationnels et une expertise en traitement de données sont nécessaires. L'INSPQ, le Ministère, la RAMQ, l'INESSS, Santé Québec et les directions de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) doivent unir leurs efforts pour encadrer et optimiser l'extraction, le traitement et la diffusion des données. Cette responsabilité pourrait être confiée à une organisation existante ou nouvellement créée, dotée d'un mandat clair et de leviers concrets pour assurer une réelle valorisation des données au Québec.

## 5.2 Développer un système multiniveau d'appréciation de la performance de la première ligne

Pour progresser et s'améliorer, quel que soit le domaine, il est indispensable d'être capable d'évaluer et de suivre sa progression. Dans un système apprenant, la mesure de la performance est essentielle à la réflexion, à l'apprentissage et à l'amélioration continue des soins et services de première ligne. Elle représente également un outil structurant pour orienter les programmes et les politiques en santé et services sociaux<sup>91,92,93</sup>.

Bien que la LGSSSS (art. 22, alinéa 1) confie au ministre la responsabilité d'établir des politiques de santé et de services sociaux dans un souci d'accroître la valeur des services pour les usagers et de les évaluer, le Québec ne dispose pas d'un système de mesure de la performance suffisamment complet et aligné sur la vision et les priorités ministérielles pour la première ligne. Cela limite la capacité à obtenir un portrait global et juste selon les besoins de chacun des paliers décisionnels.

Il est donc nécessaire que le gouvernement définisse plus clairement les besoins d'évaluation et de monitoring de son système de santé et de services sociaux en première ligne, et qu'il renforce son système de mesure de la performance à chacun des paliers décisionnels.

### 5.2.1 Adopter un cadre de mesure et implanter un système d'appréciation de la performance en première ligne selon des objectifs propres à chacun des paliers de sa gouvernance

Pour mettre en place un système d'appréciation de la performance, il faut d'abord se doter d'un cadre de mesure clair et structuré. Ce cadre est un plan global qui permet de suivre les progrès concernant la qualité des soins et des services – notamment leur accessibilité, leur continuité, leur coordination et leur globalité – tout en évaluant les retombées sur la santé et l'expérience de la population, l'équité en santé, l'expérience des professionnels ainsi que la viabilité du système de santé.

L'élaboration d'un cadre de mesure de la performance en première ligne doit prendre appui sur la gouvernance multiniveau, définissant les responsabilités propres ou partagées des instances impliquées, afin de coordonner les efforts d'amélioration, de partager les apprentissages issus des analyses de performance et de favoriser l'appropriation des résultats à chaque niveau. Les systèmes d'appréciation ne doivent pas être instaurés avec des intentions de contrôle des organisations et des personnes comme principal objectif. Au contraire, ces systèmes trouvent leur sens à travers des résultats attendus, convenus et connus et doivent avoir comme objectif premier de soutenir les démarches d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles, sans pour autant ignorer les devoirs de suivi des résultats et de leur communication transparente.

#### L'appréciation multiniveau

Il s'agit de concevoir, de construire et d'assurer l'accès à des mesures qui répondent aux obligations de suivi de performance de chacun des paliers de gouvernance, soit les instances provinciales (gouvernement, Ministère et conseil d'administration de Santé Québec), les établissements territoriaux et leurs territoires de proximité et, finalement, les milieux de pratique de première ligne.

Les mesures doivent être employées dans une perspective d'amélioration continue, mobilisant l'ensemble des paliers de gouvernance afin de détecter et de réduire les écarts entre les résultats souhaités et la réalité mesurée.

Bien que l'objectif principal d'un cadre soit la mesure des résultats, il doit également intégrer des mesures sur les structures et les processus qui y sont associés. Les données produites servent alors à éclairer une diversité d'actions : prendre des décisions cliniques, soutenir la gestion des équipes et des organisations, juger de la qualité des programmes et appuyer les démarches d'amélioration continue à tous les niveaux du système. Pour apporter davantage de perspective aux résultats, les données doivent aussi permettre la comparaison dans le temps et entre les milieux de pratiques, les différentes unités territoriales, les milieux de pratique, ou encore avec des juridictions externes.

Un cadre complet de mesures offre aussi la possibilité de réaliser des analyses croisées entre les dimensions de la performance, afin de mettre en lumière des enjeux systémiques nécessitant une attention particulière à des échelons de gouvernance disposant de leviers d'intervention plus larges (politiques, plans d'action, directives, etc.).

L'élaboration d'un cadre de mesure de la performance en première ligne doit tenir compte à la fois des connaissances scientifiques, des savoirs professionnels et de la perspective des personnes et des communautés. L'ajout d'un mécanisme de rétroaction continue permet d'assurer une révision périodique du cadre de mesure et de ses outils en fonction de leur efficacité et de l'évolution du système.

L'amélioration de la performance repose non seulement sur l'adoption d'indicateurs significatifs et cohérents pour chacun des acteurs à tous les paliers de gouvernance, mais également sur la capacité à mesurer et à suivre ces indicateurs. À l'heure actuelle, le système de santé et de services sociaux fait face à plusieurs défis technologiques qui limitent la portée et l'efficacité des efforts d'appréciation de la performance en première ligne. Santé Québec devra investir davantage afin de rehausser les capacités technologiques et humaines permettant de suivre les activités et de mesurer les résultats des soins et services en première ligne.

Le gouvernement souhaite également que Santé Québec introduise des méthodes et des technologies innovantes qui augmenteront l'efficacité des processus d'acquisition, de traitement et de diffusion des données de performance. Le renforcement du système d'appréciation de la performance devra avoir recours à des mécanismes de gouvernance adéquats, idéalement existants – sinon à bonifier – et intégrant des représentants de la population afin de favoriser l'adhésion à une vision commune, la planification concertée et le déploiement d'actions alignées avec le cadre de gouvernance multiniveau.

## 5.3 Favoriser l'élargissement de la culture et des pratiques d'amélioration continue de la qualité en première ligne

Le Québec déploie des ressources dédiées à l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en première ligne depuis près de dix ans. L'un des exemples les plus probants est la formation et le déploiement d'agents d'ACQ dans les GMF-U depuis 2017. Leur présence favoriserait entre autres l'usage des données probantes ainsi que le renforcement des pratiques préventives et interprofessionnelles<sup>94,95</sup>.

Dans un contexte où les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que d'autres secteurs de la première ligne, sont appelés à faire évoluer leurs pratiques en cohérence avec la vision et les objectifs de la Politique, les démarches d'ACQ peuvent devenir un moyen de renforcer les pratiques collaboratives en vue d'améliorer la qualité des soins et des services.

La présente politique réaffirme le rôle central des pratiques d'ACQ dans la stratégie de renforcement de la première ligne du système de santé et de services sociaux. À cet effet, le gouvernement et ses partenaires entendent poursuivre et intensifier les efforts déjà engagés afin de doter les individus, les équipes et les organisations de première ligne des leviers nécessaires pour instaurer une culture d'amélioration continue. Il entend également mobiliser les leaders en ACQ à tous les paliers du système de santé et de services sociaux pour établir un plan commun, visant à guider les actions en faveur d'une intégration plus systématique de l'ACQ en première ligne.

### 5.3.1 Développer et implanter un plan intégré de développement des compétences et de soutien à l'amélioration continue de la qualité au sein de la première ligne

Dans un contexte où les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que d'autres secteurs de la première ligne, sont appelés à faire évoluer leurs pratiques en cohérence avec la vision et les objectifs de la Politique, les démarches d'ACQ constituent un moyen de renforcer les pratiques collaboratives en vue d'améliorer la qualité des soins et des services.

En cohérence avec les obligations inscrites dans la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* et les orientations de la présente politique, Santé Québec devra s'assurer que de plus en plus d'acteurs sont exposés aux concepts d'ACQ et les mettent en pratique au bénéfice de la santé et du bien-être des populations locales.

Des activités d'amélioration continue de la qualité devront impliquer les équipes interdisciplinaires des milieux d'affiliation, et éventuellement celles d'autres milieux offrant des soins ou des services en première ligne, telles les pharmacies communautaires, des entreprises d'économies sociales, etc. Les mécanismes de développement des connaissances et des compétences en ACQ devront également soutenir les équipes des instances de gouvernance locales dans l'adoption de pratiques organisationnelles et de gestion de plus en plus interprofessionnelles, proactives, partagées et intégrées. Des personnes et des représentants des communautés devront également être familiarisés et formés aux notions d'ACQ afin de participer et de contribuer à des projets porteurs de sens pour eux.

Le système de santé et de services sociaux peut actuellement compter sur une Académie Qualité Santé (AQS) pour soutenir le développement des compétences en amélioration continue de la qualité, en assurant une formation standardisée robuste et pragmatique aux facilitateurs, formateurs, professionnels et gestionnaires. Une communauté de pratique réunit également des facilitateurs qui soutiennent activement des démarches d'ACQ en première ligne. Ces activités sont soutenues par des infrastructures de production et de diffusion des connaissances sur les systèmes de santé apprenants et les initiatives d'ACQ implantées au Québec.

Malgré ces avancées et compte tenu de la diversité des actions à entreprendre ou à poursuivre pour développer les connaissances et compétences en ACQ d'un plus grand nombre de personnes en première ligne, il devient essentiel de mobiliser une pluralité d'acteurs autour de l'élaboration d'un plan intégré de soutien à l'ACQ en première ligne.

Ce plan intégré de soutien à l'amélioration continue de la qualité en première ligne vise à identifier les chantiers prioritaires, à évaluer les modalités de collaboration et à mutualiser les efforts pour en maximiser la portée. Dans cette optique, l'Unité de soutien SSA Québec a publié en mars 2024 un énoncé de position sur l'ACQ, proposant des actions structurantes pour orienter les initiatives à venir. Ce document constitue une occasion stratégique de doter les dirigeants, à tous les niveaux, d'une vision commune des priorités en ACQ, en cohérence avec les intentions stratégiques de chacun.

## 5.4 Renforcer la recherche, l'innovation et la mobilisation des connaissances en première ligne

La recherche, la mobilisation des connaissances et le développement d'innovations sont des leviers importants pour un système de santé apprenant.

Le Québec dispose de plusieurs infrastructures spécifiquement dédiées à la première ligne et d'autres entités investies dans la production de savoirs au bénéfice de tout le système de santé et de services sociaux. Les efforts déployés en première ligne demeurent modestes comparativement aux investissements similaires réalisés dans le reste du système de santé et de services sociaux. À titre d'exemple, les données disponibles indiquent que seulement 2,4 % des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont été octroyés pour la recherche en première ligne<sup>96</sup>, alors que cette dernière représente environ 70 % des services sociaux et de santé offerts.

Dans ce contexte, la politique propose des mesures pour soutenir la recherche appliquée en première ligne, l'innovation à valeur ajoutée, de même que des collaborations entre ces milieux et les acteurs du système de la santé et des services sociaux.

### 5.4.1 Renforcer la recherche interdisciplinaire en soutien aux pratiques, aux programmes et aux politiques de première ligne

En première ligne, la portée et la pertinence des recherches sont généralement accrues lorsqu'elles sont menées en collaboration avec les milieux de pratique et ancrées dans leurs réalités. Cette approche permet à la fois de mieux refléter les enjeux du terrain et de bénéficier de l'expertise des chercheurs. Les recherches réalisées en contexte réel contribuent ainsi à exposer directement les intervenants, professionnels, gestionnaires et décideurs à de nouvelles connaissances. Cette exposition favorise la réflexivité et l'intégration des meilleures pratiques des intervenants et professionnels.

« ... la recherche en soins primaires pourrait exploiter tout son potentiel pour soutenir la modernisation des services de première ligne, aider à accélérer l'apprentissage et l'amélioration, créer une plus grande valeur au sein du système et réaliser notre vision commune d'une première ligne plus forte et équitable. »  
(Menear et Poitras, 2025)

La rémunération et la formation des intervenants, des professionnels et des gestionnaires aux processus de recherche est aussi un élément important à considérer afin de renforcer les capacités d'accueil de projets de recherche collaboratifs et l'intégration des connaissances ou des innovations qui en découlent. Parallèlement, le secteur de l'enseignement supérieur doit adopter des stratégies pour augmenter le nombre de chercheurs, de cliniciens-chercheurs et de stagiaires-chercheurs québécois œuvrant en première ligne.

Les infrastructures de recherche intégrées au système de santé et de services sociaux, soit les instituts universitaires (IU) et les centres affiliés universitaires (CAU) facilitent la réalisation de projets de recherche participative. Depuis 2015, le réseau de la santé et des services sociaux compte sur deux instituts universitaires dédiés à la première ligne. Le Ministère et Santé Québec doivent analyser la portée de ces deux instituts et de l'ensemble des investissements réalisés pour soutenir la recherche en première ligne. En parallèle, ils doivent convenir du juste équilibre à atteindre afin que les organisations de recherche et d'expertise soutiennent l'acquisition des meilleures pratiques dans l'ensemble du système tout en préservant l'indépendance scientifique des chercheurs. Le renforcement des infrastructures de recherche dans les milieux de pratique en première ligne permettra ainsi de rehausser les capacités de développement de pratiques innovantes et leur intégration au sein des milieux<sup>97</sup>.

Enfin, une collaboration plus étroite avec les organismes subventionnaires, tant au Québec qu'au Canada, permettrait de corriger le déséquilibre de financement entre la recherche en première ligne et celle menée dans les autres secteurs du système de santé et de services sociaux. Un partage des fonds aligné sur les objectifs de qualité des services et de performance du système soutiendra les efforts de transformation et d'innovation.

#### **5.4.2 Mettre en place des conditions propices à l'implantation d'innovations créatrices de valeur en première ligne**

Plusieurs recherches récentes menées au Québec, notamment dans le contexte de la première ligne, soulignent l'importance de l'innovation en soutien à l'organisation de ces services<sup>98,99,100</sup>.

L'accélération du vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de personnes en situation de vulnérabilité, la rareté des ressources, les contraintes budgétaires et l'évolution de la structure de gouvernance sont autant de facteurs qui exigent une adaptation du système de santé et de services sociaux afin d'agir plus efficacement et à moindre coût. Pour mieux relever ces défis, la première ligne doit tirer parti de conditions propices à l'innovation dans son champ d'action, en prévoyant des mécanismes permettant de les faire émerger, de les valoriser, de les faire connaître, de les mettre à l'échelle et de les pérenniser.

Les orientations de la Politique mettent en place plusieurs conditions propices à la création d'innovations, notamment l'accès à des données pertinentes, l'implication des personnes et des communautés dans la coconstruction des soins et services et la reconnaissance d'une autonomie décisionnelle pour les gouvernances locales.

Cette volonté de changement implique de renforcer l'évaluation systématique des innovations dès les premières étapes du processus en réunissant des « personnes et représentants de la communauté, chercheurs, innovateurs, prestataires de services, et décideurs »<sup>101</sup>, afin d'en accroître la qualité et la portée. Plus encore, toute démarche de mise à l'échelle devra s'appuyer sur une évaluation démontrant la valeur ajoutée de l'innovation, notamment au regard du quintuple objectif<sup>102</sup>. L'examen préalable du potentiel de mise à l'échelle, ainsi que l'analyse des besoins d'adaptation, font également partie des méthodes à privilégier pour augmenter les chances de succès d'une implantation à grande échelle.

#### **5.4.3 Renforcer la collaboration entre l'écosystème de recherche et d'innovation et les acteurs de la première ligne**

Le Québec dispose d'un riche écosystème de recherche en première ligne, composé de chercheurs, d'organisations ainsi que de milieux cliniques et intégrant des personnes et des représentants des communautés afin de développer des projets adaptés à leurs besoins réels. Certaines organisations de soins et services disposent également de ressources engagées dans des activités de recherche, de mobilisation des connaissances et d'innovation – notamment les groupes de médecine de famille (GMF), les directions de recherche et les centres d'expertise<sup>103,104</sup>.

La diversité des acteurs et des mécanismes d'octroi de mandats peut toutefois entraîner des chevauchements ou une compréhension variable des rôles et responsabilités de chacun. Sans remettre en question leur légitimité, le gouvernement reconnaît la nécessité d'avoir une vue d'ensemble des travaux menés par les principales organisations impliquées, tout en favorisant la complémentarité des mandats et la mutualisation des ressources lorsque cela est pertinent.

Par ailleurs, bien que les intervenants, professionnels et gestionnaires de la première ligne doivent se familiariser avec les guides et normes propres à leur domaine d'intervention, ainsi que les grandes tendances et innovations susceptibles d'améliorer la qualité des services offerts, ces acteurs disposent généralement de peu de temps ou d'occasions pour être exposés aux nouvelles connaissances et les intégrer adéquatement dans leur pratique clinique ou organisationnelle.

Le système de santé et de services sociaux doit conjuguer ses efforts pour optimiser les mécanismes de partage et d'utilisation des connaissances.

Le Ministère, les acteurs de la première ligne en santé et services sociaux et les principaux partenaires de recherche, de mobilisation des connaissances et d'innovation sont invités à mettre en place des mécanismes permettant, d'une part, le partage et l'appropriation des connaissances en première ligne et, d'autre part, une concertation visant à mieux coordonner leurs activités respectives<sup>105,106,107</sup>. Ceux-ci permettront de mieux cibler les priorités de recherche et d'innovation, de partager les expertises et les travaux en cours et d'optimiser l'intégration de ces innovations pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés.

# Mise en œuvre et suivi

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne a été élaborée dans le respect des bonnes pratiques en matière de rédaction des politiques publiques, en s'appuyant sur des connaissances solides et en coconstruisant avec les partenaires concernés. La réussite de sa mise en œuvre repose également sur plusieurs conditions reconnues comme des facteurs de succès.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec ainsi que l'ensemble des partenaires qui contribuent au bon fonctionnement de la première ligne doivent d'abord s'approprier la vision véhiculée dans cette politique et développer une compréhension partagée des résultats attendus. Des communications claires et constantes entourant la politique et l'avancement de sa mise en œuvre, tant à l'interne qu'avec les partenaires et la population, faciliteront son appropriation par tous les acteurs impliqués et refléteront l'importance accordée à la politique.

En plus de l'appropriation de la vision par tous les acteurs concernés, la mise en œuvre de la politique repose sur une bonne planification, des choix plaçant l'expérience des personnes au cœur des décisions, des rôles et responsabilités bien définis, des mécanismes de collaboration bien établis, un accompagnement dans le changement, des ressources suffisantes et pérennes ainsi qu'une évaluation dans une perspective d'amélioration continue.

## La planification

La mise en œuvre de cette politique sera soutenue par des plans d'action gouvernementaux (PAG) découpant et précisant les activités à réaliser successivement, par période de quelques années chacune, pour atteindre les objectifs stratégiques et les cibles de changement proposées dans un horizon à moyen et long termes. Ces plans définiront des mesures concrètes pour chacune des orientations de la politique, identifiant les acteurs responsables de leur réalisation, les ressources allouées, les échéanciers de réalisation et les indicateurs de suivis. La synergie de l'ensemble des actions doit soutenir la mise en œuvre de la politique.

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

## L'expérience des personnes au cœur des décisions

Les actions et les décisions doivent être guidées par la volonté d'améliorer le parcours de soins et de services et d'assurer une expérience positive pour les personnes. Cela implique notamment de reconnaître l'importance de la relation entre les personnes et les professionnels, de favoriser la continuité et la coordination des services et de s'assurer que les services sont accessibles, respectueux et adaptés aux besoins réels des personnes. En plaçant l'expérience des personnes au centre, on crée un système plus humain, plus efficace et plus équitable, capable de répondre à leurs attentes tout en renforçant la confiance envers le réseau de la santé et des services sociaux.

## Des rôles et des responsabilités bien définis

La mise en œuvre de cette politique constitue une occasion de préciser et d'actualiser les rôles et responsabilités de chacun à tous les niveaux d'intégration : politique, organisationnel, professionnel et clinique, selon les paramètres récents instaurés par la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*.

Le **ministère de la Santé et des Services sociaux** conserve un rôle stratégique, d'orientation et de reddition de comptes, en assurant le suivi des résultats et des actions menées par Santé Québec et d'autres partenaires, tout en renforçant sa capacité d'analyser, de planifier et d'évaluer les politiques et les programmes. Il devra orienter les travaux de modernisation du système de santé et de services sociaux en utilisant les leviers systémiques à sa disposition pour soutenir les acteurs du système, tels des lois et règlements ainsi que des cadres structurants, notamment en matière de ressources financières et humaines. Le Ministère continue d'assumer un leadership constructif, en mobilisant et en maintenant l'engagement d'autres ministères, de Santé Québec, d'organismes gouvernementaux (ex. : RAMQ, INSPQ, INESSS) et d'autres organisations nationales dont les ordres professionnels et les organisations syndicales.

**Santé Québec**, en tant qu'employeur unique du réseau, assure la coordination opérationnelle et la gestion intégrée des établissements territoriaux, dans une perspective d'équilibre entre la nécessité d'assurer une cohérence provinciale et le besoin de laisser émerger des adaptations locales. À l'échelle nationale et à travers ses établissements territoriaux, Santé Québec joue un rôle central dans la mobilisation de son personnel, des partenaires régionaux et locaux ainsi que des populations à desservir, afin que tous s'engagent dans la direction décrite dans la présente politique. Santé Québec sera responsable d'assurer le déploiement dans chaque région d'un modèle organisationnel adapté à sa réalité et respectant les balises fondamentales de la politique. Avec le soutien du gouvernement et des leviers systémiques, Santé Québec pourra notamment lancer des chantiers d'amélioration de l'accès à la première ligne, de coordination des continuums de soins et services, de transformation numérique et de renforcement des pratiques interdisciplinaires. Ces changements favoriseront les innovations technologiques et sociales soutenues par des processus évaluatifs permettant de prendre la mesure des retombées.

Au sein des **établissements territoriaux**, la mise en place de mécanismes de concertation et de coordination à l'échelle des territoires de CLSC représente un virage important octroyant une grande autonomie de gestion de l'offre de services à une échelle humaine et centrée sur les caractéristiques des différentes populations locales. Les CLSC doivent mobiliser et coordonner de nombreux acteurs aux réalités distinctes, développer leurs capacités d'apprentissage et d'amélioration selon les principes des systèmes apprenants et partager une part importante de responsabilité à l'égard de la qualité des soins et services rendus.

L'ensemble des **partenaires du secteur de la santé et des services sociaux** ainsi que les **partenaires intersectoriels** sont invités à prendre part activement à cette démarche collaborative pour mieux répondre aux besoins de la population. Cela s'applique tant au niveau opérationnel et local, où la construction commune des trajectoires de services sur un territoire permet de tirer parti de l'ensemble des expertises en soins et services disponibles, qu'aux travaux d'envergure nationale, par exemple par l'implication d'autres ministères et organismes nationaux.

Pour **la population**, la politique vise à renforcer la reconnaissance du rôle actif que chaque personne peut jouer sur sa santé et son bien-être grâce à sa capacité d'autosoins et de participation aux décisions concernant sa santé et son bien-être, en partenariat avec les intervenants et les professionnels. La politique offre également l'occasion de participer au sein d'instances responsables de l'organisation des soins et services de première ligne et de contribuer à l'amélioration continue de leur qualité, afin qu'ils soient pleinement alignés sur les besoins, les valeurs et les aspirations de la population.

## Des mécanismes de collaboration et de concertation bien établis

Les travaux scientifiques sur lesquels s'appuie la politique soulignent que l'adoption de modèles organisationnels de première ligne plus « proactifs », « partagés », « intégrés » sont propices à l'amélioration de la qualité des soins et services en les rendant plus accessibles, continus, coordonnés et globaux. Ces choix impliquent cependant une organisation plus complexe et plus collective<sup>108</sup>.

La réussite de la présente politique repose sur la capacité des acteurs du réseau à travailler de manière concertée et complémentaire. Ces mécanismes de collaboration seront essentiels pour assurer une mise en œuvre cohérente et adaptée aux réalités du terrain. Une gouvernance collaborative et inclusive à l'échelle nationale, régionale et locale repose sur la confiance mutuelle et la reconnaissance de l'interdépendance entre les différents acteurs à tous les niveaux. Cela représente un changement de culture pour tous les acteurs du système, notamment pour les paliers de gouvernance qui doivent s'adapter à de nouveaux rôles, pour les gestionnaires qui doivent se concentrer davantage sur la coordination interorganisationnelle, pour les intervenants et les professionnels qui doivent continuer de se familiariser avec la pratique interdisciplinaire et enfin pour la population qui devra s'habituer progressivement à un nouveau modèle de dispensation des soins et services. Au cœur de ce partenariat, la population doit pouvoir exprimer librement ses points de vue sur les besoins et l'offre de services.

## Accompagnement dans le changement

La transformation d'un système aussi vaste et complexe requiert un accompagnement structuré du changement, inscrit dans une démarche planifiée, graduelle et à long terme<sup>109</sup>. Cela se traduit par diverses stratégies de gestion du changement, telles qu'une communication soutenue auprès de la population et un soutien constant pour les équipes d'intervention et de gestion, en plus de formations et d'activités visant à développer les compétences liées aux nouveaux rôles, responsabilités et modes d'organisation du travail. Cet accompagnement doit se concrétiser par un plan de mise en œuvre progressif et adaptatif, déployé de manière intégrée par Santé Québec et les organisations partenaires du système de santé et de services sociaux, dont les milieux éducatifs pour leur impact auprès de la population, ou encore les ordres professionnels pour l'évolution des approches de soins et de services.

Parallèlement, la gestion du changement doit agir de manière proactive sur les obstacles à l'adoption des nouvelles pratiques et à la culture d'innovation. Pour éviter l'échec dans la mise en œuvre des changements, les dirigeants doivent créer un environnement favorable, par exemple, en levant les rigidités administratives et en améliorant l'apport des technologies sur l'efficience et l'efficacité des interventions.

## Des ressources suffisantes et pérennes

Une condition essentielle de mise en œuvre de cette politique concerne la disponibilité de ressources humaines, financières et organisationnelles suffisantes et durables<sup>110</sup>. Dans le cas de la première ligne, cela signifie non seulement des investissements suffisants dans la médecine familiale, mais aussi dans l'ensemble des professions complémentaires (infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionnistes, psychologues, sages-femmes,

pharmaciens communautaires, etc.) qui contribuent à une réponse globale aux besoins de santé et de bien-être. On doit de plus reconnaître les besoins complémentaires en ressources pour la coordination clinique et la gestion, qui sont requises pour améliorer l'intégration des services ainsi que pour la gestion du changement.

Cela appelle à évaluer en profondeur la distribution actuelle des ressources dans le temps – à court terme (ajustements immédiats), à moyen terme (réorganisation progressive) et à long terme (transformation durable) – dans une perspective d'équité et de renforcement des services de proximité pour agir le plus possible en amont. Le défi d'une répartition équitable des ressources entre les milieux hospitaliers et les points de services de proximité demeure entier et devra faire l'objet de travaux dans le PAG 2026-2031 qui viseront à mieux déterminer les cibles de financement réalistes à atteindre en première ligne afin que celle-ci maximise ses retombées sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux, de même que les stratégies pour parvenir à atteindre ces cibles. L'impact économique du renforcement de la première ligne devra guider l'allocation des ressources à long terme. La répartition de ces ressources doit également être équitable entre les territoires afin d'éviter l'accroissement des inégalités sociospatiales déjà connues au Québec et qui se sont potentiellement creusées depuis la pandémie.

## L'évaluation de la mise en œuvre par une culture de la mesure et d'apprentissage continu

Le Ministère est responsable de suivre le déploiement de la politique. À cette fin, il doit instaurer une démarche de suivi systématique des plans d'action en collaboration avec les organisations imputables de leur mise en œuvre. En parallèle, le gouvernement devra confier à des évaluateurs externes le mandat de réaliser des études évaluatives sur les retombées de la politique elle-même.

L'évaluation de la mise en œuvre de la politique doit pouvoir s'appuyer sur une évolution substantielle de la qualité et de la portée des systèmes d'information générant des mesures quantitatives et qualitatives. Cet accès à des données fiables et pertinentes contribue à consolider les capacités de collaboration des organisations autour d'une communication transparente des résultats.

En effet, l'adoption des pratiques de mesures associées à une culture de l'apprentissage continu permet aux organisations en santé et services sociaux de s'ajuster afin d'améliorer la qualité de leurs actions et la valeur produite. Cela contribue à renforcer une perception positive de l'évaluation, favorise l'engagement des équipes et contribue à bâtir un système plus résilient.

# Conclusion

La mise en œuvre de cette politique et de ses plans d'action produira des retombées significatives pour l'ensemble de la population québécoise. En plaçant la première ligne au cœur du système de santé et de services sociaux, on reconnaît sa valeur stratégique proximale dans la réponse aux besoins de santé et de bien-être des Québécois et on lui donne les moyens de jouer pleinement son rôle.

Les modèles d'organisation des soins et services découlant des orientations de la politique contribueront directement à l'atteinte du quintuple objectif : améliorer l'expérience des services par les personnes et l'expérience au travail des intervenants et professionnels, renforcer la santé et le bien-être de la population, optimiser l'utilisation des ressources, favoriser la durabilité et réduire les inégalités en santé.

À terme, cette transformation renforcera la confiance des Québécois envers leur système de santé et de services sociaux, car ils pourront compter sur des soins et des services qui répondent à leurs besoins de manière globale, continue et en temps opportun grâce à la contribution d'une multitude d'intervenants et de professionnels dont les expertises se complètent de façon coordonnée. Les équipes de première ligne bénéficieront d'un environnement plus propice à la collaboration, à l'innovation et à l'engagement, ce qui se traduira par des services plus accessibles, mieux coordonnés et adaptés aux réalités locales.

Les propositions contenues dans cette politique sont interreliées et se renforcent mutuellement. Leur mise en œuvre représente un changement considérable par rapport à la situation actuelle, et demandera donc de la patience, car les effets les plus profonds et durables se manifesteront à moyen et long termes. L'engagement de tous les acteurs, le maintien d'une vision commune et la constance dans l'action seront les clés de la réussite.

En investissant dès aujourd'hui dans une première ligne forte, intégrée et centrée sur les besoins des personnes, le Québec se dote d'un levier puissant pour améliorer durablement la santé et le bien-être de sa population. Cette politique traduit la volonté ferme de l'État de compter sur un système de santé et de services sociaux à la hauteur des aspirations collectives, capable de relever les défis d'aujourd'hui et de demain.

# Annexes

## Annexe 1 – Comités ministériels et organisations ayant participé aux consultations entourant l'élaboration de la politique sur l'organisation des soins et services de première ligne

### Comité exécutif

**Stéphane Bergeron**, sous-ministre adjoint à la santé physique et pharmaceutique

**Geneviève Landry**, sous-ministre adjointe aux aînés et proches aidants (SMAPA) et secrétaire aux aînés

**Luc Boileau**, sous-ministre adjoint à la prévention et santé publique (SMPSP) et directeur nationale de santé publique (jusqu'au 3 septembre 2025)

**Horacio Arruda**, sous-ministre adjoint à la prévention et santé publique (SMPSP)

**Caroline De Pokomandy-Morin**, sous-ministre adjointe aux services sociaux, santé mentale et réadaptation (SMSSMR) et ressources humaines (SMRH)

**Lesley Hill**, sous-ministre adjointe à la protection de la jeunesse (SMPJ) et directrice nationale de la protection de la jeunesse

**Marc-Nicolas Kobrynsky**, sous-ministre adjoint à la performance (SMP)

**Kathleen Munger**, sous-ministre adjointe aux services à l'organisation (SMSO)

**Michelle Routhier**, adjointe exécutive au sous-ministre adjoint à la santé physique et pharmaceutique

### Comité directeur

**Philippe Lachance**, directeur général à l'accès et première ligne

**Ginette Martel**, coordonnatrice des dossiers transversaux au Sous-ministériat Services sociaux, santé mentale et réadaptation

**Valérie Perron**, directrice générale à la performance

**Yannick Fauteux**, directeur général de la main-d'œuvre en santé et services sociaux

**Jean-Louis Duchesne**, directeur général à l'expertise budgétaire

**Sabrina Marino**, directrice par intérim de la bienveillance et de la lutte contre la maltraitance et l'isolement social (jusqu'au 27 septembre 2025)

**Amélie Trépanier**, directrice générale des politiques de santé publique

**Stéphane Ruel**, directeur général par intérim des affaires de la directrice nationale de la protection de la jeunesse (jusqu'au 7 juillet 2025)

**Rana Farah**, conseillère stratégique au directeur général de l'accès et de la première ligne

## Comité tactique

**Aurore Deligne**, directrice de la première ligne

**Mylène Beauregard**, directrice à la qualité des données

**Maxime Bergeron**, directeur général de l'orientation de performance

**Josée Chouinard**, directrice du soutien à domicile

**Annie Cotton**, directrice de la planification, du développement et des mandats transversaux au sous-ministère de la protection de la jeunesse

**Marie-France Hallé**, directrice des programmes et du partenariats aux aînés

**Mélanie Kavanagh**, directrice de la planification, du développement et des mandats transversaux en santé publique

**Suzanne Lachance**, directrice de la planification stratégique et des pratiques professionnelles

**Paul Lévesque**, directeur des services généraux et préhospitaliers

**Karine Thériault-Lévesque**, conseillère stratégique à la coordination des dossiers transversaux au sous-ministère aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation

## Organisations ayant participé aux consultations

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS)

Ambulances Demers inc.

Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)

Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec (AIPSQ)

Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ)

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP)

Centre de communication d'urgence Chaudière-Appalaches (CAUCA)

Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés

Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (CTROC)

Collège des médecins du Québec (CMQ)

Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSPSNQL)

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec (CTRCAQ)

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec (CTAQ)

Facultés universitaires en médecine

Fédération des kinésiothérapeutes du Québec (FKQ)

Fédération des médecins de pratique privée du Québec (FMPPQ)

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Fédération des médecins résident-e-s du Québec (FMRQ)

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Fédération québécoise des coopératives de santé (FQCS)

Groupe CAMBI services et soins préhospitaliers

Groupe Medway

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Médecins québécois pour le régime public (MQRP)

Ministère de l'Éducation (MEQ)

Ministère de l'Enseignement supérieur (MES)

Ministère de la Famille (MFA)

Ministère de la Justice (MJQ)

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)

Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH)

Centre local de services communautaires Naskapi (CLSC Naskapi)

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

Office des professions du Québec (OPQ)

Ordre des acuponcteurs du Québec (OAQ)

Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ)

Ordre des conseillers et conseillères en orientation du Québec (OCCOQ)

Ordre des dentistes du Québec (ODQ)

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)	Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN)
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)
Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec (ODNQ)	Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) Santé et services sociaux
Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)	Regroupement Québécois des Résidences pour aînés (RQRA)
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ)	Réseau de la communauté autochtone de Montréal
Ordre des psychologues du Québec (OPQ)	Réseau MAclinique
Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)	Santé Québec (SQ)
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)	Secrétariat du Conseil du trésor (SCT)
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)	Table nationale de la valorisation en médecine de famille
Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ)	Union des municipalités (UMQ)
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ)	Urgences santé
Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ)	

## Annexe 2 – Définition des soins et services de première ligne

L'expression « soins et services de première ligne » est spécifique au Québec. Elle nécessite d'être définie et préalablement mise en relation avec d'autres termes parfois utilisés de façon interchangeable.

- Ailleurs dans le monde, les termes « soins primaires » et « soins de santé primaires » sont plus souvent évoqués<sup>111</sup>. Les soins de santé primaires désignent une approche de la santé et du bien-être mobilisant toute la société et qui englobe les soins primaires et les fonctions essentielles de la santé publique, les politiques et actions multisectorielles ainsi que l'autonomisation des personnes et des communautés<sup>112,113</sup>. Les soins primaires, quant à eux, réfèrent aux soins et services de promotion, de protection, de prévention, de guérison, de réadaptation et de soins palliatifs. Ils incluent les services vers lesquels les personnes se tournent souvent en premier pour répondre à leurs besoins de santé, sans s'y limiter<sup>114</sup>.
- Les services de proximité, mis de l'avant dans le cadre de référence Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité<sup>115</sup> et dans le récent Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées<sup>116</sup>, sont des services sociaux et de santé développés à l'intérieur d'un territoire ciblé. Ils découlent de l'intervention de différents partenaires publics, privés et communautaires du secteur de la santé et des services sociaux ou intersectoriels et sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), en plus de maintenir un lien de confiance avec la population. Ils incluent les soins et services généraux, spécifiques et spécialisés ainsi que les services de santé publique dans la communauté.
- La *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux* (LGSSSS) fait référence aux services communautaires locaux pour décrire les « services de santé et 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* ».

Dans le cadre de la présente politique, la définition adoptée pour les soins et services de première ligne met l'accent sur les soins primaires, tout en les inscrivant dans une approche globale de soins de santé primaires, intégrant l'importance des déterminants sociaux de la santé et de la participation des communautés. À l'instar des services de proximité, les services de première ligne sont enracinés dans un territoire et reposent sur la mobilisation et la coordination de l'ensemble des partenaires locaux afin d'offrir des soins et services adaptés aux réalités locales. Ils sont dispensés dans la communauté, soit dans des points de services, dans les milieux de vie ou à domicile. Ils s'inscrivent également en cohérence avec les services communautaires locaux tels que définis dans la LGSSSS, sans toutefois se limiter aux services dispensés par Santé Québec.

# Références

- 1 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.
- 2 Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf)
- 3 Starfield, B., Shi, L., et Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*, 83(3):457-502. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/>
- 4 Hanson, K., Briki, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., Sadanandan, R., Stenberg, K., Vega Morales, J., Wang, H., et Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10, e715-72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
- 5 Côté, N., Freeman, A., et Beaulieu, M.-D. (2025). *La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 6 Commissaire à la santé et au bien-être. *État de santé de la population*. Grands Repères – Évaluer le système et soutenir sa transformation. Consulté en juillet 2025. <https://grandsreperes.com/grands-reperes/etat-de-sante-de-la-population>.
- 7 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/plan-changements-sante>.
- 8 Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux. (2025). Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 9 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 10 Menear, M., Poitras, M-E., Saindon, A-A., Anthonisen, GA., Gibson, L. (2025). Rapport de synthèse pour la démarche de consultation réalisée auprès de la communauté scientifique sur la nouvelle politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne – document de travail. Collaboration VITAM – Centre de recherche en santé durable, Réseau-1 Québec et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. 148p.
- 11 Starfield, B., Shi, L., et Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*, 83(3):457-502. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690145/>.
- 12 Aggarwal, M., Hutchison, B., Abdelhalim, R., et Baker, G. R. (2023). Building high-performing primary care systems: After a decade of policy change, is Canada "walking the talk?" *The Milbank Quarterly*, 101(4), 1139-1190. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674>.
- 13 Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Tyagi S, van der Kleij RMJJ, Chavannes NH, et Car J (2021). Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities. *Prim Health Care Res Dev*, 22:e68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34753531/>.

- 14 Nundy S, Cooper LA, et Mate KS (2022). The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA*. 327(6):521-522. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2788483>.
- 15 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 16 Strumpf, E. (2025). Accès aux soins de première ligne : un défi pérenne. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 17 Grenier, J., Aubry, F., et Kouao Adou-Bla, R.M. (2025). *Barrières aux soins de première ligne : un impact important sur la santé physique et mentale des citoyens*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 18 Institut canadien d'information sur la santé. (2025). Enquête du Fonds du Commonwealth, 2023. <https://www.cihi.ca/fr/enquete-du-fonds-du-commonwealth-2023>.
- 19 Côté, N., Freeman, A., Beaulieu, M-D. (2025). *La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 20 Côté, N., Frikha Y., et Freeman, A. (2025). *Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'utilisateur*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 21 Aggarwal, M. (2022). *Interprofessional primary care teams: A literature review of potential international best practices*. College of Family Physicians of Canada. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-Evidence-Scan-EN-Sep-9-2022-final.pdf>.
- 22 Heba Shahaed et al., Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment.
- 23 Nowak, D.A., Sheikhan, N.Y., Naidu, S.C., Kuluski, K., Upshur, R.E.G. (2021). Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Can Fam Physician*. 67(9):679-688. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521712/>.
- 24 Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., Buijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 13:e010. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3653278/>.
- 25 Khatri, R.B., Wolka, E., Nigatu, F., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A, et Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: a scoping review. *BMC Prim. Care* 24, 236. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>.
- 26 Baughman D., Nasir, R., Ngo, L., Bazemore, A. (2023). Defining comprehensiveness in primary care: a scoping review. *J Prim Health Care*. 15(3):253-261. <https://www.publish.csiro.au/hc/Fulltext/HC23067#R5>.
- 27 Institut national de santé publique du Québec. Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé ? Institut national de santé publique du Québec. Consulté en juillet 2025. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/realiser-projet-en-lien-responsabilite-populationnelle/mettre-en-oeuvre-suivre-projet-l-adapter/quels-sont-facteurs-influençant-degré-littératie-en-santé>.
- 28 Institut de la statistique du Québec. (2015). Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXIe siècle : rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/competences-litteratie-numeratie-et-resolution-problemes-dans-environnements-technologiques-clefs-pour-relever-defis-21e-siecle>.
- 29 Académie de la transformation numérique (2024). Portrait numérique des foyers québécois (2023). Université Laval. <https://transformation-numerique.ulaval.ca/enquetes-et-mesures/netendances/portrait-numerique-des-foyers-quebecois-2023/>.

- 30 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019). Mécanismes d'accès aux services de proximité – État des connaissances. Rapport rédigé par Isabelle Boisvert et Paula L. Bush. Québec, Qc : INESSS; 55p.
- 31 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/>.
- 32 Institut national de santé publique du Québec. Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées, rapport de recherche [En ligne]. Montréal : INSPQ; 2009. 34 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014\\_conditionsaccessservsantecommunrurales.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccessservsantecommunrurales.pdf).
- 33 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/>.
- 34 Teggart, K., Neil-Sztramko, S.E., Nadarajah, A., Wang, A., Moore, C., Carter, N., Adams, J., Jain, K., Petrie, P., Alshaikhahmed, A., Yugendranag, S., et Ganann, R. (2023). Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 23, 450. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-023-09424-5>.
- 35 Levesque, J.-F., Haggerty, J. L., Hogg, W., Burge, F., Wong, S. T., Katz, A., Grimard, D., Weenink, J.-W., et Pineault, R. (2015). Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada: Results from a Deliberative Synthesis across Five Provinces. *Healthcare Policy*, 11(2), 44-57. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4729282/>.
- 36 Aggarwal, M. (2022). *Interprofessional primary care teams: A literature review of potential international best practices*. College of Family Physicians of Canada.
- 37 McPake, B., Dayal, P., Zimmermann, J., et Williams, G. A. (2024) - How can countries respond to the health and care workforce crisis? Insights from international evidence. *International Journal of Health Planning and Management*, 39(3), 879-887. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38278780/>.
- 38 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>.
- 39 Berkese, A., Boivin, A., Descôteaux, A., Dumez, V., L'Espérance, A., Karazivan, P., Pomey, M.-P., Skiredj, K., et Wong, C. (2022). Ensemble, je vais mieux. Livre blanc sur le partenariat avec les patients et le public. Principes de déploiement des fondements du modèle de Montréal. Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public. 34p. <https://ceppp.ca/wp-content/uploads/2022/09/livre-blanc-ceppp-octobre-2022.pdf>.
- 40 Boivin, A., Flora, L., Dumez, V., L'Espérance, A., Berkese, A., et Gauvin, F.-P. (2017). Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du « modèle de Montréal ». Chapitre dans "La participation du public". Éditeurs : Christian Hervé et Michelle Stanton Jean. Éditions Dalloz.
- 41 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>.
- 42 Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés (2024). L'univers du soutien par les pairs. <https://www.chairepartenariat.ca/wp-content/uploads/2024/07/Univers-Soutien-Par-Les-Pairs.pdf>.
- 43 Boivin, A., Flora, L., Dumez, V., L'Espérance, A., Berkese, A., et Gauvin, F.-P. (2017). Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du « modèle de Montréal ». Chapitre dans "La participation du public". Éditeurs : Christian Hervé et Michelle Stanton Jean. Éditions Dalloz.
- 44 Maillet, L., N. Touati et J. Preval (2015). Gouvernance des services de proximité au Québec : constats émergents et défis persistants. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 45 Roux-Levy, P.-H., Ben Jelili, E., Castonguay, J., et Denis, J.L. (2025). La contribution de l'approche de santé populationnelle au développement d'un système de santé et de services sociaux axé sur la valeur : perspective stratégique du Commissaire à la santé et au bien-être, Commissaire à la santé et au bien-être, 103 p. [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport\\_sante\\_populationnelle/CSBE-Rapport\\_responsabilite\\_populationnelle.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnelle/CSBE-Rapport_responsabilite_populationnelle.pdf).
- 46 Tan, S., Farmer, J., Roerig, M., & Allin, S. (2023). Primary Care Governance and Financing: Models and approaches. Toronto: North American Observatory on Health Systems and Policies. Rapid Review (No. 37).

- 47 Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire (référence à venir une fois le document publié – 2026)
- 48 Commissaire à la santé et au bien-être. (2025). LGSSSS : Rôles et responsabilités partagées entre Santé Québec, le MSSS et les établissements. Gouvernement du Québec. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/lgssss-roles-responsabilites-partagees.html>.
- 49 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Système de santé et de services sociaux en bref*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebecois-de-sante-et-de-services-sociaux>.
- 50 Beaulieu, M., Robichaud, J. (2025). *Les expériences professionnelles et la santé au travail de membres du personnel infirmier de première ligne au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 51 Côté, N., Freeman, A. et Beaulieu, M.-D. (2025). *La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 52 Echevin, D. (2025). Anatomie de l'offre médicale en première ligne : contraintes et paradoxes. Effectifs, charge de travail et efficacité des investissements au Québec (1996-2024). ApexMachina. <https://www.apexmachina.com/static/publications/Anatomie%20de%20l%20offre%20me%CC%81dicale.pdf>.
- 53 Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). *Bien vieillir chez soi : portrait des soins et services de soutien à domicile au Québec* (Tome 4 – Orientations et recommandations). Gouvernement du Québec.
- 54 Sirois, C., Calfat, A.C. et Bonnan, D. (2025). *La pharmacie, une profession au rôle central dans les soins de première ligne au Québec – Évolution, état des lieux et perspectives*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 55 Brazeau, A.-S., Bémour, C., Lemieux, S., et Marciel, V. (À paraître, 2025). *Les diététistes-nutritionnistes en soins de première ligne : un atout sous-exploité*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 56 Vachon, B., C. Briand, C. Cameron, M.-J Durand, N. Giguère, Q. N. Hong, J. Labourot, E., Marois, M. Menear, Roberge, F. et Trottier, M. (2025). *Troubles mentaux courants et retour au travail : un défi de collaboration et de coordination pour les soins de première ligne au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 57 Côté, N., Frikha Y., et Freeman, A. (2025). *Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'utilisateur*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 58 Hanson, K., Briki, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., Sadanandan, R., Stenberg, K., Vega Morales, J., Wang, H., et Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10, e715–72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).
- 59 Strumpf, E., Faraj, S., et Verter, V. (2013). *Making decisions about activity-based financing in health care: Payment mechanisms and policy goals*. Report submitted to the Expert Panel on Activity-Based Financing in Quebec.
- 60 Aggarwal, M., et Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- 61 Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., et Vadeboncoeur, A. (2015). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Université de Montréal. Cochercheurs : Mylaine Breton, Arnaud Duhoux, Catherine Hudon, Alain Vadeboncoeur. Partenaires de l'Action concertée : Le Commissaire à la Santé et au bien-être, le Fonds de recherche du Québec – Société et culture et le Fonds de recherche du Québec – Santé.

- 62 McDaid, D., et Park, A.-L. (2016). *Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare, and labour sectors*. Health Evidence Network synthesis report, 48. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. <http://eprints.lse.ac.uk/67725/>.
- 63 MAP Centre for Urban Health Solutions. (2024). *Les soins primaires ont besoin de NosSoins : Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires*. Unity Health Toronto.
- 64 SOM. (2025). La situation du réseau public et la place du privé dans le système de santé – Constats sommaires du sondage auprès de la population et des médecins. <https://cms.cmq.org/files/documents/Nouvelles-2025/pres-sondage-syst-sante-20250317.pdf>.
- 65 Grenier, J., Aubry, F., et Kouao Adou-Bla, R.M. (2025). *Barrières aux soins de première ligne : un impact important sur la santé physique et mentale des citoyens*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 66 Laberge, M. et B. Tonde (2025a) *Le modèle de financement de la première ligne au Québec : frein ou levier pour l'accessibilité et la qualité des soins ?* Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 67 Jacques, O. et A. Rondeau (2025) *Les causes et conséquences de la place prépondérante du privé en santé au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 68 Grenier, J., F. Aubry et R. M. Kouao Adou-Bla (2025) *Barrières aux soins de première ligne : un impact important sur la santé physique et mentale des citoyens*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 69 Campbell DJT et al. (2021). Public versus private primary care: a systematic review and meta-analysis of quality, access and equity. *CMAJ Open*, 9(3), E831-E841.
- 70 Loignon, C., J. Ouellet, S. Dupéré, M. Shareck, I., P. Apparicio, J. Pineault, N. R. Espinoza Suarez, S. Amagnamoua et I. Wilson (2025) *Gentrification des soins : un potentiel obstacle à l'équité des soins et services de première ligne*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 71 Morin, P. (2025) *La réponse aux besoins de la communauté locale : un grand corps malade*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 72 Collège des médecins du Québec. (2025). Mémoire Projet de loi n°83 – Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. <https://cms.cmq.org/files/documents/memoires/mem-pl83-20250211.pdf>.
- 73 SOM. (2025). La situation du réseau public et la place du privé dans le système de santé – Constats sommaires du sondage auprès de la population et des médecins. <https://cms.cmq.org/files/documents/Nouvelles-2025/pres-sondage-syst-sante-20250317.pdf>.
- 74 Aggarwal, M. (2022). *Interprofessional primary care teams: A literature review of potential international best practices*. College of Family Physicians of Canada. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-Evidence-Scan-EN-Sep-9-2022-final.pdf>.
- 75 Zhang, Y., Stokes, J., Anselmi, L. Bower, P., et Xu, J. (2025). Can integrated care interventions strengthen primary care and improve outcomes for patients with chronic diseases? A systematic review and meta-analysis. *Health Res Policy Sys* 23, 5. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01260-1>.
- 76 Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., et Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC health services research*, 23(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>.
- 77 Laberge, M., et B. Tonde (2025b). *Les effets pervers de la rémunération des médecins de famille au Québec*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).

- 78 Côté, N., Frikha Y., et Freeman, A. (2025). *Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'usager*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 79 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 80 Barbosa da Silva, J., Espinal, M., Garcia-Saiso, S., Fitzgerald, J., Marti, M., Bascolo, E., Haddad, A. E., et D'Agostino, M. (2024). A digital transformation for primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(1), 2-2A. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290726>.
- 81 Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Digital transformation handbook for primary health care: Optimizing person-centred point of service systems*. <https://iris.who.int/handle/10665/379452>.
- 82 Barbosa da Silva, J., Espinal, M., Garcia-Saiso, S., Fitzgerald, J., Marti, M., Bascolo, E., Haddad, A. E., & D'Agostino, M. (2024). A digital transformation for primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(1), 2-2A. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290726>.
- 83 Khalaj, F., Yameogo, A.R., Ponte, M.-V., Da, S.M.A.R., Lambert, A., Gagnon, M.-P., et Sasseville, M. (2025). *L'implantation des technologies en première ligne : tirer parti des apprentissages pour atteindre le sextuple objectif* (p. 274). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 84 Latulippe K, Hamel C, et Giroux D. (2017). Social Health Inequalities and eHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies. *J Med Internet Res*, 19(4):e136. <https://www.jmir.org/2017/4/e136>.
- 85 Aggarwal, M. (2025). *Construire des systèmes de soins primaires performants au Québec : recommandations pour l'avenir*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 86 Ponte, M.-V., Naye, F., F-Giguère, M., Khalaj, F., Da, S. M.A.R., Yameogo, A. R., Ouellet, S., Lambert, A., Sasseville, M., et Gagnon, M.-P. (2025). *L'IA en première ligne : comment saisir le potentiel tout en préservant l'humain* (p. 262). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 87 Collège des médecins du Québec. (2025). Et si l'intelligence artificielle rendait les soins plus humains? <https://www.cmq.org/fr/informer-sante/infocmq/pratique-medicale/ia-soins-humains>
- 88 Friedman, C.P. (2022). What is unique about learning health systems? *Learn Health Sys*, 6: e10328. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lrh2.10328>.
- 89 Reid, R. J., Walter P. Wodchis, Kerry Kuluski, Nakia K. Lee-Foon, John N. Lavis, Laura C. Rosella, et Laura Desveaux. (2024). Actioning the Learning Health System: An applied framework for integrating research into health systems, *SSM - Health Systems*, 2, 100010. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2024.100010>.
- 90 Unité de soutien SSA. *Système de santé apprenant*. <https://ssa.quebec.ca/lunite/systeme-de-sante-apprenant/>.
- 91 Aggarwal, M., et Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- 92 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 93 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.
- 94 Laberge, M., Than, V., Tanguay, F., & Roch, G. (2022). The implementation of quality improvement facilitators in primary care settings in Quebec: A case study. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2142931/v1>.
- 95 Kotecha J, Han H, Green M, Russell G, Martin MI, Birtwhistle R. The role of the practice facilitators in Ontario primary healthcare quality improvement. *BMC Fam Pract*. 2015 Dec;16(1):93.

- 96 Menear, M., et Poitras, M.-E. (2025). *La recherche en appui à une première ligne forte, moderne et apprenante*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts, pages 223-227. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 97 Ministère de la Santé et des Services sociaux(2013). Cadre de référence pour a désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Énoncé des orientations ministérielles et critères. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000284/?&date=ASC>.
- 98 Breton, M., Deslauriers, V., Lamoureux-Lamarche, C., Smithman, M.A., Saubé, C., Beauséjour, M., Laberge, M., Motulsky, A., et Pomey, M.-P. (2024). Organizational innovations related to Primary Care Access Points (GAP) for unattached patients in Quebec: a multi-case qualitative study. *BMC Primary Care*. 25;363. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02614-y>.
- 99 Doré, C., et Badji, M.-S. (2025). *L'intervention de proximité comme pratique novatrice dans l'offre de services institutionnels pour réduire les inégalités sociales de santé*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 100 Côté, N., Langlois, L., et Freeman, A. (2025). L'innovation sociale au service d'une première ligne plus intégrée, équitable et inclusive. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 101 Strumpf, E. et R. Gagnon(2025). L'évaluation des technologies, programmes et réformes de la santé – la clé afin d'améliorer le système de soins de première ligne. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Les soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 102 Légaré, F., Tinoco Mar, B. A., Gonçalves, D., Mochcovitch, V., et Quentin Assan, O. (2025). *Mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux dans les soins et services de première ligne : état de situation et défis*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 103 Menear, M., Poitras, M-E., Saindon, A-A., Anthonisen, GA., Gibson, L. (2025). Rapport de synthèse pour la démarche de consultation réalisée auprès de la communauté scientifique sur la nouvelle politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne – document de travail. Collaboration VITAM – Centre de recherche en santé durable, Réseau-1 Québec et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. 148p.
- 104 Légaré, F., Tinoco Mar, B. A., Gonçalves, D., Mochcovitch, V., et Quentin Assan, O. (2025). *Mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux dans les soins et services de première ligne : état de situation et défis*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 105 Menear, M., Poitras, M-E., Saindon, A-A., Anthonisen, GA., Gibson, L. (2025). Rapport de synthèse pour la démarche de consultation réalisée auprès de la communauté scientifique sur la nouvelle politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne – document de travail. Collaboration VITAM – Centre de recherche en santé durable, Réseau-1 Québec et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. 148p.
- 106 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.
- 107 Légaré, F., Tinoco Mar, B. A., Gonçalves, D., Mochcovitch, V., et Quentin Assan, O. (2025). *Mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux dans les soins et services de première ligne : état de situation et défis*. Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. [https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil\\_IUPLSSS\\_2025.pdf](https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf).
- 108 Bohmer, R. M. (2010). Managing the new primary care: the new skills that will be needed. *Health Affairs*, 29(5), 1010-1014. Cité par Denis, J.-L., & Téhinian, S. (2023). *Modèles d'organisation de la première ligne au Canada et à l'international : Revue rapide pour la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec – Rapport préliminaire*. École de santé publique de l'Université de Montréal.
- 109 Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

- 110 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.
- 111 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 112 Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Primary health care*. Organisation mondiale de la Santé. [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1).
- 113 Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M-D., Bouffard-Dumais, C., Boies, S., Lamoureux-Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., et Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08\\_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf).
- 114 Organisation mondiale de la santé. (2019). *Review of 40 years of primary health care implementation at country level*. Organisation mondiale de la Santé. [https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731_4).
- 115 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003586/>.
- 116 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2024). *Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003681/>.

