



Qui sommes-nous ?

Le Collectif première ligne est un regroupement volontaire d'experts composé de cliniciens, chercheurs, gestionnaires et patients partenaires dont la mission est de démocratiser les conversations en cours sur la réorganisation des services de première ligne de façon transparente en s'assurant qu'elles sont fondées sur les données probantes et les valeurs de la société québécoise. Le Collectif de première ligne considère que la mise en place de Santé Québec et la négociation de nouvelles ententes avec la profession médicale créent un sentiment d'urgence et une opportunité d'échanger sur la place de la première ligne au Québec.

Notre **Vrai nord**: les standards NosSoins comme résultats ultimes

Nous utilisons les **6 standards NosSoins** identifiés par les citoyens comme référence définissant les résultats ultimes souhaités des [soins et services de première ligne](#) [1].

- 1 | Affiliation à un professionnel de soins primaires qui collabore avec d'autres professionnels au sein d'une équipe.
- 2 | Continuité auprès de cette équipe et son accès en temps opportun.
- 3 | Équipe de soins primaires en contact avec les ressources communautaires et sociales.
- 4 | Accès à son dossier médical en ligne partageable avec les autres professionnels qui donnent les services.
- 5 | Soins adaptés aux besoins et culturellement sécuritaires.
- 6 | Imputabilité du système de soins primaires envers les communautés qu'il dessert.

Nous sommes conscients qu'une transition est nécessaire afin d'implanter les changements de gouvernance et de pratique permettant d'atteindre ces standards. Nous ne pourrions jamais y arriver sans augmenter les ressources dédiées à la première ligne. Voici les incontournables qui se sont dégagés des réflexions.

Des **incontournables** pour réussir les transformations des services de première ligne au Québec

- ✓ Réaffirmer que Santé Québec assume la **responsabilité populationnelle de l'organisation des services de première ligne, y créer une direction de la première ligne imputable qui se décline de façon hiérarchique dans les différentes régions du Québec, et déterminer un budget protégé pour la première ligne.**

Les instances régionales ont la responsabilité, entre autres, d'évaluer les besoins locaux et les ressources disponibles afin d'assurer une offre de services adaptée à la population du territoire. Il faut aussi assurer une intégration des services de santé et des services sociaux de première ligne et agir sur les enjeux d'offres de services comme les fermetures de milieux cliniques.

- ✓ **Créer à l'intérieur de Santé Québec des tables de concertation intersectorielles des services de proximité aux niveaux des RLS/CLSC afin de guider l'adaptation de l'offre de services aux enjeux du territoire.**

Cette table devrait réunir des représentants des organismes communautaires, de la municipalité, des professionnels de première ligne, des citoyens, du Département territorial de médecine de famille (DTMF), du Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), etc.) et des services spécialisés responsables des Centres de répartition des demandes de services (CRDS).

✓ **Définir de façon concertée des mesures de résultats des services de première ligne et encourager la flexibilité et l'autonomie dans la gestion des organisations et des équipes de première ligne vers l'atteinte des résultats convenus.**

Il n'existe pas de modèle idéal d'organisation du travail et de trajectoires des services en première ligne. Il faut permettre aux régions et aux équipes d'ajuster leurs fonctionnements de travail en lien avec les besoins locaux et les ressources humaines disponibles. Les standards NosSoins sont un bon départ pour identifier des mesures de résultats.

✓ **Créer une infrastructure de données de la première ligne et assurer un accès en temps réel aux équipes pour l'atteinte des résultats et le soutien de la gouvernance.**

Il faut prioriser entre autres des données sur l'expérience des services de première ligne des usagers (PREM/PROM) et la collaboration interprofessionnelle.

✓ **Assurer l'affiliation à un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) de première ligne dans le cadre d'une inscription à une équipe qui accepte la responsabilité d'agir comme source régulière de soins de première ligne dans le contexte d'une entente avec l'instance territorial (RLS ou CLSC) qui assume la responsabilité populationnelle du territoire.**

La vision est d'assurer l'inscription à une équipe dans la région géographique des usagers, tout en respectant la capacité des équipes et le libre choix des usagers. La migration vers une inscription à une équipe plutôt qu'à un professionnel devrait se faire de façon naturelle et progressive en respectant le statut actuel d'inscription des citoyens et en commençant avec les personnes vulnérables non inscrites selon la situation dans chaque région.

Le terme « inscription collective » devrait être abandonné, car il réfère au procédé mis en place de façon transitoire au Québec qui n'engage pas les équipes à assumer le rôle de source régulière de soins de première ligne.

✓ **Revoir les modalités de contractualisation entre l'État et les équipes qui acceptent la responsabilité d'une population inscrite, notamment le contrat GMF ou tout autre contrat (cabinets médicaux ou d'infirmières praticiennes spécialisées).**

Ces contrats devraient, entre autres, aligner les intérêts et définir les responsabilités des deux parties signataires, le milieu clinique et l'État, vers l'atteinte de mesures de résultats et définir une gouvernance du milieu clinique.

✓ **Capitaliser sur l'élargissement des champs de pratique des professionnels de la santé pour augmenter la capacité des équipes existantes et l'accès aux différents professionnels sur le territoire.**

Les données probantes suggèrent que l'augmentation du ratio infirmières/médecins au sein de l'équipe [3] est associée à une capacité plus élevée et que le noyau de base d'une équipe de première ligne comprend des médecins de famille, IPS, des infirmières, des travailleurs sociaux et des pharmaciens [4]. Il faut considérer faire des ententes de financement avec les professionnels et les ressources sur le territoire pour répondre aux besoins des usagers inscrits et des équipes qui acceptent d'en prendre la responsabilité (ex. physiothérapeutes, psychologues).

✓ **Investir dans le développement des capacités et la gestion du changement pour développer des nouvelles pratiques collaboratives et managériales.**

Les programmes de formation post-secondaires ainsi que le système professionnel sont essentiels pour le développement de ces nouvelles compétences. Ces pratiques sont évolutives.

« Les soins en équipe nécessitent un changement de culture. Il peut s'agir de structurer une clinique pour qu'elle serve l'ensemble de la communauté plutôt que des patients individuels. Cela nécessite de s'entendre sur les programmes et les politiques de la clinique en tant que groupe. Et cela passe par la mise en place de protocoles pour que les patients puissent voir d'autres professionnels de santé sans toujours passer par un médecin. »

Kiran (2023) [2].

✓ **Mener une campagne d'information auprès des citoyens sur le rôle des membres de l'équipe et des professionnels sur le territoire afin de faciliter leur autonomie dans la navigation du système.**

Le succès du passage à ce mode d'organisation des services de première ligne ne sera possible qu'en faisant des citoyens et des usagers des partenaires de changement.

Les conditions de succès identifiées

1 Préserver la continuité relationnelle dans le contexte des transformations vers une inscription à une équipe

L'inscription à une équipe plutôt qu'à un professionnel comporte deux risques :

- Le premier risque est la fragmentation dans la coordination des soins qui résulterait de la perte du leadership clinique explicite associé à l'inscription à un professionnel désigné. Ce risque touche particulièrement les usagers médicalement et socialement vulnérables, pour lesquels le bris de continuité relationnelle peut mener à une augmentation de visites à l'urgence et des hospitalisations évitables.
- Le deuxième risque est la dévalorisation de la continuité relationnelle. La construction d'une relation de confiance au fil de temps est hautement valorisée autant par les usagers que par les prestataires de soins primaires. Cette relation de confiance contribue à l'efficacité diagnostique et thérapeutique et à la personnalisation des soins.

Pour maintenir la continuité relationnelle et coordination de soins dans le contexte des transformations en cours, il faudra porter une attention délibérée aux éléments suivants :

- Affilier chaque usager inscrit à un médecin de famille ou IPS responsable au sein de l'équipe pour favoriser le développement d'une relation thérapeutique dans la continuité et identifier un leadership clinique dans le parcours de soins de l'utilisateur. L'affiliation peut changer dans le temps à l'intérieur de l'équipe, en considérant le profil et le libre choix des usagers.
- Rendre visible pour les usagers le rôle du professionnel responsable et le fonctionnement de l'équipe.
- Soutenir les capacités des usagers à participer activement à leurs soins et à devenir les agents de leur continuité de soins et de leur santé.
- Réfléchir les enjeux de gestion et de rémunération des médecins en cohérence avec la responsabilité partagée au sein de l'équipe.

2 Collaboration interprofessionnelle et gouvernance d'une clinique de première ligne

- Reconnaître que le travail en équipe est l'une des formes les plus exigeantes de collaboration interprofessionnelle, car il nécessite le développement d'une identité d'équipe, d'un sens de responsabilité partagée face à une population inscrite définie et une interdépendance élevée entre ses membres.
- Mobiliser la collaboration interprofessionnelle pour repenser l'organisation du travail de l'équipe de première ligne en fonction des besoins de l'ensemble de la population inscrite et non en fonction des types de maladies: il n'appartient pas à chaque profession seule de redéfinir ses rôles.
- Dédier des ressources humaines dans chaque milieu clinique pour soutenir les transformations des pratiques cliniques et organisationnelles et l'amélioration continue de la qualité.
- Reconnaître que la modalité actuelle d'intégration de professionnels non-médecins aux milieux cliniques en cabinets (GMF) créent des tensions entre les logiques des services privés et du système public et contribue à compromettre la stabilité des équipes cliniques, leur capacité de partager la responsabilité des usagers inscrits à l'équipe et le développement d'un sentiment d'appartenance.
- Reconnaître que la rémunération médicale à l'acte est une barrière à la collaboration interprofessionnelle et que des modèles mixtes basés sur la taille de la population inscrite sont plus porteurs.

3 Gouvernance territoriale et collaboration intersectorielle

- Regrouper les services de première ligne sous la juridiction d'un vice-président à Santé Québec et nommer un administrateur responsable des services de première ligne à Santé Québec.
- Décentraliser la gestion au niveau local soit par RLS ou CLSC selon la taille de la population et du territoire et désigner clairement une personne ayant le pouvoir et l'autonomie de gérer tous les services et programmes relatifs aux services de première ligne.
- Rétablir le rôle du CLSC en tant qu'unité responsable des services de première ligne d'une population définie, notamment, pour s'assurer de l'inscription de la population à une équipe du territoire, assumer la coordination et la fluidité des services pour les usagers de son territoire et appuyer les cliniciens et autres professionnels dans la gestion de leur offre de services (gouvernance clinique).
- Déterminer le financement territorial des services de première ligne sur la base des besoins de la population déterminés localement. Les budgets devraient être répartis en conséquence sous la supervision des dirigeants locaux qui ont le pouvoir d'engager le financement en réponse aux besoins locaux.
- Développer une formation en leadership au niveau local, CLSC ou RLS afin d'assurer un groupe de gestionnaires compétents qui comprennent le rôle de leadership qu'ils doivent jouer au niveau local pour soutenir entre autres les changements de culture qui soutiennent le sentiment d'appartenance et d'identité au territoire.
- Instaurer une culture d'inclusion et de soutien, et non une culture du blâme, pour permettre au personnel de réintégrer le système de soins de santé.
- Créer un espace de discussion pour les gestionnaires voués à l'éducation et au développement d'une culture managériale qui appuierait la discussion et l'apprentissage entre les gestionnaires des soins de santé.

Équipe du collectif première ligne

Mylaine Breton, Marie-Dominique Beaulieu, David Levine, Jeannie Haggerty, Catherine Lamoureux-Lamarche, Véronique Deslauriers, Elise Boulanger, Nebojsa Kovacina, Nadia Sourial, Nancy Côté, Géraldine Layani, Félix Le-Pha-Ho, Véronique Lowry, Serge Dulude, Dylan Bonnan, Isabelle Brault, Ariane Murray, Frédéric Gilbert, Lise Lamothe, Danièle Roberge, Lisa Bellemare, Paul Wankah, Élisabeth Côté-Boileau, Raphaëlle Bordeleau, Sonia Lussier, Pamela Fernainy, Ann Rothman, Céline Godard, Marcel Labelle.

Références

- 1 | NosSoins. Les soins primaires ont besoin de NosSoins : Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires. Toronto, Canada: MAP Centre for Urban Health Solutions; 2024.
- 2 | Kiran T. La Dre Tara Kiran explique comment les soins en équipe représentent une source de joie pour les cliniciens, et un meilleur accès pour les patients. Association Médicale Canadienne; 2023.
- 3 | Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, Duhoux A, Jean E. Analytical typology of multiprofessional primary care models. *BMC Family Practice*. 2018;19(1):44.
- 4 | Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*. 2019;123(6):550-63.
- 5 | Breton M, Denis J-L, Lamothe L. Incorporating Public Health More Closely Into Local Governance of Health Care Delivery: Lessons From the Québec Experience. *Canadian Journal of Public Health*. 2010;101(4):314-7.
- 6 | Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Lamothe L, Denis J-L. Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: challenges in combining population and organization perspectives. *Healthcare Policy*. 2009;4(3):e159.
- 7 | Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité: Cadre de référence. Québec, Canada: MSSS; 2023.
- 8 | National Academies of Sciences E, and Medicine. Implementing high-quality primary care: rebuilding the foundation of health care. Washington, DC: the National Academies Press; 2021.
- 9 | World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/328065>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 10 | Institute of Medicine Committee on the Future of Primary C. In: Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editors. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 1996 by the National Academy of Sciences.; 1996.
- 11 | Aggarwal M, Glazier RH. Toward a universal definition of provider-patient attachment in primary care. *Can Fam Physician*. 2024;70(10):634-41.

Définitions pour une compréhension commune

Responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle est attribuée à une ou des organisations qui ont le mandat d'améliorer la santé et le bien-être d'une population définie sur une base géographique [5]. Par exemple, lors de la création des Centres de santé et des services sociaux, ils se sont vus attribuer une responsabilité populationnelle. Ils avaient le mandat de développer une offre de services adaptée aux besoins de la population. Ils étaient responsables de susciter et d'animer localement les collaborations intersectorielles, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. Breton et al. 2009 [6].

Services de proximité

Réfère à un groupe plus large que les seuls services de première ligne donnés dans la communauté. «Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des différents partenaires publics, privés et communautaires intra et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population.» Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023) [7].

Services de première ligne (soins primaires)

Au Québec, le terme utilisé par le gouvernement est services de première ligne. «Les soins primaires de qualité sont la fourniture de soins de santé complets, intégrés, accessibles et équitables par des équipes interprofessionnelles chargées de répondre à la majorité des besoins d'un individu en matière de santé et de bien-être dans tous les contextes et grâce à des relations durables avec les patients, les familles et les communautés.» National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021 [8].

Les services de première ligne répondent aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. OMS & UNICEF, 2018 [9].

Source régulière de services de première ligne et collaboration interprofessionnelle

«Une source régulière de services de première ligne est un milieu clinique offrant la prestation de services de santé intégrés et accessibles, par des prestataires qui travaillent en équipe et qui sont responsables de répondre à la grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, d'établir un partenariat durable avec les usagers et d'exercer dans le contexte de la famille et de la communauté». Définition adaptée de l'Institut de Médecine, 1996 [10].

Affiliation à un professionnel de première ligne

L'affiliation à un professionnel de santé peut être formelle ou informelle. L'affiliation peut se réaliser dans un processus administratif comme l'inscription ou dans une autre approche moins formelle au sein d'une équipe. Les objectifs de l'affiliation à un professionnel qui est le principal responsable des soins sont de fournir des soins longitudinaux et d'établir une relation thérapeutique. Définition adaptée de Aggarwal and Glazier (2024)[11].

Inscription à un professionnel ou inscription à une équipe de professionnels

L'inscription est un mécanisme administratif qui confirme et documente l'affiliation formelle entre un patient et un professionnel (majoritairement un médecin de famille/IPS) ou à un groupe de médecins de famille et d'IPS dans lequel un professionnel principal est responsable de fournir des soins longitudinaux et continus au patient via une variété de modalités (en personne ou virtuelle), grâce à l'accès aux informations sur la santé du patient. Définition adaptée de Aggarwal and Glazier (2024) [11].