PLS

PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ

LIVRE BLANC

DOCUMENT D'ANCRAGE
DU FORUM STRATÉGIQUE
EN SANTÉ PLS

DE LA VISION À L'ACTION COLLECTIVE

LA PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ : *L'HEURE EST AUX CHOIX*

12 CHOIX STRUCTURANTS POUR PASSER DE LA VISION À L'ACTION

MOT DE LA FONDATRICE

Il fut un temps où le Québec avait une longueur d'avance. Nous n'attendions pas pour agir. Dans la foulée de la commission Clair (2000), et malgré les ratés du virage ambulatoire, nous inventions et déployions de nouveaux modèles d'organisation et de gouvernance : groupes de médecine de famille, cliniques médicales spécialisées, cliniques de fertilité, résidences pour aînés, etc. Et c'est sur le plan technologique que notre avance était la plus nette : la première ligne s'est informatisée bien avant le reste du réseau, portée par un réel savoir-faire et un écosystème d'entreprises émergentes qui faisait de nos sciences de la vie un pôle attirant les capitaux du monde entier. La santé n'était pas une dépense à contenir : c'était un moteur économique.

Ces années-là, on pourrait les appeler nos *golden years* de la première ligne. Et si je commence par elles, ce n'est pas par nostalgie. C'est parce qu'elles prouvent une chose que nous avons trop tendance à oublier : quand on lui en donne les moyens, le réseau québécois sait innover, et vite.

Aujourd'hui, le constat est tout autre. Nous accusons un retard sur la majorité des provinces canadiennes, et rien, dans la trajectoire actuelle, ne laisse présager mieux pour demain. Le sentiment qui domine sur le terrain n'est pas la colère : c'est le découragement à défaut de dire le désespoir. Le réseau a, en grande partie, cessé de croire que les élus l'écoutent vraiment.

Ce découragement n'est pas un caprice. Il naît d'un écart : l'écart entre ce que le réseau est *capable* de faire et ce que le système lui *permet* de faire. Ce qui manque, ce ne sont pas les idées. Ce sont les conditions.

Il y a une autre vérité que je veux nommer d'entrée de jeu. Nous avons bâti, il y a plus de cinquante ans, une **assurance maladie.** Et nous la gérons encore comme telle : un système pensé pour traiter la maladie, hospitalocentrique, réactif. Mais nous ne sommes plus en 1970. Les défis d'aujourd'hui, vieillissement, maladies chroniques, prévention, données, citoyen acteur de sa santé, appellent à autre chose. Ils appellent une **assurance santé.** Passer de l'une à l'autre, ce n'est pas un slogan : c'est déplacer le centre de gravité du réseau, de la maladie vers la santé, de l'hôpital vers la communauté, du traitement vers la prévention. Et ce déplacement a un point d'appui : les soins primaires. Ils sont la fondation du système de santé. On les traite pourtant comme sa périphérie. Tout ce qui ne s'y règle pas se répercute, plus tard et plus cher, partout ailleurs.

J'ai créé PLS parce que je crois à ce regard-là. PLS c'est un espace où les conversations difficiles ont lieu, où les dirigeants, les cliniciens, l'industrie, les organismes communautaires, les élus et les patients réfléchissent ensemble et se mobilisent autour de solutions concrètes. Depuis près de dix ans, les mêmes constats reviennent, avec une clarté troublante. Ce livre blanc en est la synthèse.

Il ne réclame ni nouvelle commission, ni nouveau rapport, ni énième réforme. Il porte la voix de celles et ceux qui connaissent la réalité du terrain, et il pose une question simple aux décideurs : et si, plutôt que de réformer encore, on écoutait le terrain et on mettait en place les conditions qui lui permettent enfin d'agir et de livrer les résultats attendus ? Ce ne sont pas des principes. Ce sont douze choix concrets que le réseau réclame pour passer enfin **de la vision à l'action.**

Isabelle Girard

Fondatrice et productrice exécutive, PLS – Première ligne en santé

MISE EN CONTEXTE

CINQUANTE ANS DE RÉFORMES, SANS TRANSFORMATION

Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance maladie, en 1970, le réseau de la santé québécois a été étudié par des commissions, disséqué dans des rapports, bouleversé par des réformes. L'essai L'indomptable mammouth de Marie-Michèle Sioui et Pascal Mailhot le résume d'une formule devenue célèbre : un système **« qui se réforme sans jamais se transformer ».** À chaque cycle politique, on rebrasse les structures. On réorganise les organigrammes. Et le mammouth, lui, reste à peu près le même.

Ce diagnostic fait consensus, jusque chez ceux qui ont dirigé ces réformes. **La question n'est donc plus de savoir si le modèle doit changer, mais comment on cesse enfin de réorganiser pour véritablement transformer.**

UN POINT DE BASCULE BUDGÉTAIRE

Le contexte financier ne laisse plus le choix. Aujourd'hui, plus de quatre dollars sur dix dépensés par l'État québécois vont à la santé et aux services sociaux, 68,7 milliards cette année. Et la facture a explosé : entre 2018-2019 et 2024-2025, les dépenses de programmes en santé ont augmenté de près de 18 milliards, soit une croissance annuelle moyenne de 6,2 %.[1] Mais ce rythme n'est plus soutenable. L'injection d'argent ne suffit plus et la Commissaire à la santé et au bien-être en fait la démonstration la plus nette : entre 2015-2016 et 2023-2024, les dépenses de santé et de services sociaux ont crû plus vite que les revenus de l'État et que le PIB, pendant que la quantité de services rendus par habitant, elle, diminuait.[2] Autrement dit, **on a payé davantage pour recevoir moins. La solution est ailleurs.**

Et la pression, elle, ne fera qu'augmenter, et le plus dur est à venir. Avec une population vieillissante, un Québécois sur quatre aura 65 ans et plus dès 2031, le nombre des plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici une génération, et l'arrivée continue d'innovations médicales, pharmaceutiques et technologiques ne fera qu'ajouter à la demande. Pendant que les besoins grimpent, le bassin de personnes en âge de travailler, celles qui financent et font tourner le réseau, se resserre. C'est cette tenaille qui rend le moment décisif : **nous avons une vingtaine d'années pour transformer le système avant que le poids démographique ne devienne le plus lourd, et cette fenêtre se referme déjà.** La seule variable qui reste vraiment entre nos mains, c'est l'organisation et la livraison des soins et services. Et c'est précisément là que les soins primaires sont déterminants.

Un chiffre illustre l'ampleur du virage à faire : la santé publique représente aujourd'hui moins de 1,75 % du budget de la santé, contre plus de 5 % en Ontario et en Colombie-Britannique.[3] **Nous finançons abondamment la maladie. Nous finançons à peine la santé.** Et encore moins ce qui la détermine en amont. Car l'état de santé se joue en grande partie hors du réseau de soins : le logement, le revenu, l'éducation, l'alimentation, le lien social, ces déterminants sociaux pèsent bien plus lourd que les soins eux-mêmes. Un système qui les ignore soigne les conséquences sans jamais toucher aux causes.

---

[1] Gouvernement du Québec, Budget 2026-2027 (portefeuille Santé et Services sociaux : 68,7 G$). Entre 2018-2019 et 2024-2025, les dépenses de programmes en santé ont augmenté de 17,8 G$ (taux de croissance annuel moyen de 6,2 %). Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

[2] Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), Rapport de performance 2025-2026 : Rééquilibrer les priorités, 2026.

[3] Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), analyse du Budget 2025-2026 : la santé publique représente moins de 1,75 % du budget de la santé au Québec, contre plus de 5 % en Ontario et en Colombie-Britannique.

UNE DIRECTION QUI FAIT DÉJÀ CONSENSUS

Fait nouveau et capital : nous ne partons pas de zéro, et nous ne partons pas divisés. La **Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne,** dévoilée en mars 2026, fixe une direction que le réseau partage largement, des soins primaires ancrés dans la communauté, une affiliation à un milieu de soins plutôt qu'au seul médecin, une porte d'entrée simplifiée, une prise en charge interprofessionnelle. À cela s'ajoutent la Politique nationale de soutien à domicile et la Stratégie nationale de prévention, autant de jalons qui pointent dans la même direction.

Autrement dit : sur le diagnostic, consensus. Sur la destination, consensus. Les structures existent, les politiques sont adoptées, les orientations sont connues. Ce qui manque, ce ne sont ni les analyses ni les intentions. **Ce sont les conditions de leur réalisation.**

Ce diagnostic n'est pas seulement celui du terrain. Dans son Rapport de performance 2025-2026, la Commissaire à la santé et au bien-être arrive à la même conclusion : la direction d'ensemble des politiques publiques apparaît cohérente, mais, selon ses mots, « la capacité réelle de transformation du système dépendra de la lisibilité, du séquençage, des ressources d'implantation et de la capacité d'absorption du système ». Mener de front autant de chantiers dans un réseau déjà sous tension constitue un défi considérable. C'est précisément l'objet de ce livre blanc : non pas ajouter une politique de plus, mais **réunir les conditions qui permettront à celles déjà adoptées de produire des résultats.**

DES GESTIONNAIRES SANS MARGE DE MANOEUVRE

Car pendant qu'on adopte des politiques, **on demande aussi à nos gestionnaires de consacrer l'essentiel de leur énergie à reconstruire des structures. On les écoute peu.** Ils évoluent dans des environnements où leur marge de manoeuvre est presque inexistante, et où leurs priorités sont souvent dictées par des décisions politiques éloignées de la réalité du terrain. C'est l'aveu, répété par les hauts dirigeants réunis année après année à PLS.

Le gouvernement et les parties de l'opposition reconnaissent eux-mêmes que l'heure n'est plus à l'investissement mais aux résultats, et qu'il faut transformer en profondeur les façons de faire du réseau. Nous les prenons au mot en rappelant que transformer le terrain n'est pas la même chose que réorganiser les structures.

ET LA CONFIANCE DE LA POPULATION

Il y a enfin la population. À force de réformes sans résultats, les Québécois ont fini par perdre confiance en leur système et en ceux qui le dirigent. Ils ne savent plus comment il fonctionne, qui décide, ni même comment y accéder. Les décisions du réseau, du Ministère, de Santé Québec leur paraissent opaques, coûteuses et lointaines. On transforme la première ligne sans prendre le temps d'expliquer, d'informer, d'impliquer les Québécois. **Or aucune transformation ne tient si la population n'y croit pas et ne s'y retrouve pas.**

LA CLÉ DE VOÛTE

De là découle le principe qui traverse l'ensemble de ce livre blanc. **Le rôle du gouvernement n'est pas de gérer le réseau à la place des gestionnaires. Il est de créer les conditions de leur réussite.** C'est le rôle d'un conseil d'administration envers sa direction, d'une présidence envers son équipe : non pas exécuter à leur place, mais s'assurer qu'ils disposent de tout ce dont ils ont besoin pour réaliser leur mandat et livrer des résultats. Le réseau a tout ce qu'il faut pour livrer sauf les conditions pour le faire.

Les douze choix qui suivent sont formulés à ce niveau précis : celui où un élu a le pouvoir réel de décider. Non pas l'opérationnalisation, qui revient à Santé Québec et au réseau, mais la décision politique, les lois, les budgets, les mandats, les règles. C'est ce qui les rend crédibles, et leur réponse possible.

CE QUE LE RÉSEAU NOUS A DIT

Ce livre blanc ne formule pas des opinions. Il restitue une intelligence collective accumulée depuis près de dix ans, au fil des Tables des hauts dirigeants, des tables de cocréation, des ateliers et des plénières de PLS, qui ont réuni, édition après édition, plus de 10 000 dirigeants et acteurs du réseau. Cette parole vient de partout : du réseau public et parapublic, du milieu académique, de l'industrie, de l'innovation, des organismes communautaires et des regroupements de patients. Elle a été enrichie par des regards comparatifs : Royaume-Uni, Belgique, France, Allemagne, Danemark, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et bien au-delà.

De ces travaux émergent quelques constats récurrents, que le réseau répète d'une année à l'autre :

- L'accès n'est pas qu'un problème de rendez-vous. C'est un problème de modèle. On ne répondra pas à une demande croissante en ajoutant seulement des consultations, mais on n'y répondra pas non plus sans mesurer ni gérer les volumes. **Le modèle et le résultat vont ensemble.**
- La première ligne ne peut plus être l'affaire seulement des médecins. Elle est, par nature, **interprofessionnelle et communautaire.**
- Les citoyens veulent une **porte d'entrée, pas un organigramme.** Chaque nouvelle structure ajoute trop souvent une couche de complexité.
- Les meilleures solutions émergent du terrain et des territoires. **L'équité ne signifie pas l'uniformité.**
- Le problème n'est plus l'absence de données, mais leur **circulation et leur utilisation.** La donnée doit suivre le patient, pas l'organisation.
- Nous en savons déjà assez pour **commencer maintenant.** Personne ne réclame une nouvelle loi, commission ou réforme. On réclame les leviers pour mettre en oeuvre ce qui est déjà connu.

C'est sur cette base, et seulement sur elle, que reposent les douze choix qui suivent.

LES DOUZE CHOIX

AXE 1

FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

1 SORTIR DES SILOS BUDGÉTAIRES ET FINANCER LA PRÉVENTION, POUR DE VRAI

LE CONSTAT.

On finance abondamment la maladie et à peine la santé et c'est d'abord une question de structure budgétaire. Le panier de services assurés a grossi au fil du temps et des réformes, mais toujours en silos : investir dans un programme pour économiser dans un autre ne fonctionne pas, les sommes restent captives, et on ne fait qu'ajouter. Car c'est là le réflexe de fond : à mesure que la médecine progresse, que de nouvelles technologies, de nouveaux médicaments et de nouvelles pratiques apparaissent, le panier de services assurés s'élargit continuellement. On ajoute, on bonifie l'enveloppe, mais on ne transforme pas : **on empile les nouvelles couches sur les anciennes sans jamais revoir ce qui s'y trouve déjà.** C'est un déséquilibre qu'on ne peut plus se permettre d'ignorer. Pourtant la démonstration économique ne fait plus débat : une personne en santé coûte environ 544 $ par année au Québec, contre 4 822 $ pour une personne atteinte de plusieurs maladies chroniques, souvent évitables.[4]

C'est dire l'effet de levier qu'aurait une prise en charge en amont, mieux organisée et mieux financée : chaque dollar investi en prévention en rapporte en moyenne 14, et jusqu'à 27 pour les interventions déployées à l'échelle nationale.[5] **La prévention n'est pas une dépense; c'est l'investissement le plus rentable du réseau.** Or le plan d'action qui accompagne la nouvelle Stratégie nationale de prévention n'y consacre que 268,7 millions sur cinq ans, à peine 0,07 % du budget annuel de la santé, un montant additionnel et ciblé, qui s'ajoute aux dépenses récurrentes de santé publique (moins de 1,75 % du budget), mais ne suffit pas à combler l'écart, alors que les systèmes performants y investissent plus de 5 %.[6] Les experts sont unanimes : c'est trop peu, trop tard. À ce rythme, on n'évitera pas le mur : on le documentera.

---

[4] Coeur + AVC (Fondation des maladies du coeur et de l'AVC), Économie de coûts de soins de santé et revenus potentiels, 2021. Estimation du coût annuel moyen selon l'état de santé.

[5] R. Masters et coll., « Return on investment of public health interventions: a systematic review », Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 71, 2017, p. 827-834. Rendement médian de 14:1 (jusqu'à 27:1 pour les interventions nationales).

[6] Gouvernement du Québec, Budget de dépenses 2025-2026 : initiatives en prévention totalisant 268,7 M$ sur cinq ans, dont 15 M$ pour la Stratégie nationale intégrée de prévention en santé.

(SUITE) FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

1 SORTIR DES SILOS BUDGÉTAIRES ET FINANCER LA PRÉVENTION, POUR DE VRAI

LE CHOIX.

Sortir le financement de sa logique de silos pour qu'il suive la personne tout au long de sa trajectoire de vie et de santé et ça commence avec la première ligne. Le Québec a amorcé dès 2019 un premier virage en finançant l'hôpital par parcours de soins plutôt qu'au budget historique, mais sept ans plus tard, le chantier reste inachevé et confiné aux murs de l'établissement. La décision, maintenant, est d'étendre cette logique au-delà de l'hôpital **en dotant chaque territoire d'une enveloppe globale, gérée selon les besoins de sa population,** à l'intérieur de laquelle l'établissement peut allouer librement entre la prévention, la première ligne, les soins à domicile et l'hôpital, plutôt que de répartir des budgets cloisonnés par mission. Le détail de ce mécanisme est l'objet du choix sur la gouvernance territoriale; ce qu'il faut retenir ici, c'est qu'une telle enveloppe rend enfin possible d'investir en prévention sans demander la permission de déplacer une somme d'un silo à l'autre : le gestionnaire finance là où le rendement pour la santé est le plus élevé, assorti d'une cible de prévention dotée d'un véhicule financier réel et non d'une simple intention.

Et parce que la première ligne vit dans la communauté, ce financement doit pouvoir circuler entre les paliers qui agissent sur la santé, provincial, territorial, municipal, et au-delà des seules frontières du réseau, là où se jouent réellement les déterminants. Le tout en mesurant ce qui compte vraiment : non pas le volume d'actes, mais les résultats et la qualité pour la personne : est-elle mieux suivie, mieux orientée, en meilleure santé et a-t-elle un meilleur accès lorsqu'elle en exprime le besoin ? Sortir des silos, c'est aussi choisir ce qu'on finance, pas seulement comment. Puisque le panier de services assurés ne cesse de s'élargir, il revient au ministère de le réviser périodiquement selon la valeur réelle pour la santé, au lieu de le laisser grossir par accumulation. C'est un chantier délicat, qu'on n'a jamais osé entreprendre depuis la création de l'assurance maladie, et profondément éthique : décider ce qu'on couvre ensemble est un choix de société qui doit se faire avec les Québécois, pas au-dessus d'eux. **Financer ce qui apporte le plus à la santé, ce n'est pas rationner, c'est choisir.**

Au-delà de l'enveloppe elle-même, d'autres leviers peuvent alimenter la prévention : une fiscalité comportementale dont les revenus sont fléchés vers la prévention, à l'image des taxes sur les produits sucrés, et le financement de la littératie en santé, que l'OMS reconnaît comme l'une des formes les plus rentables de prévention. À cela s'ajoute un poste qu'on ne budgète jamais : le financement de la gestion du changement auprès de la population. Toute transformation majeure devrait porter une enveloppe dédiée à l'information et au marketing social nécessaires pour que les citoyens sachent utiliser le système qu'on est en train de changer. Orienter une personne vers la bonne ressource coûte une fraction d'une visite à l'urgence évitable.

AXE 1

(SUITE) FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

2 FINANCER LES SOINS PRIMAIRES À TRAVERS L'INTERDISCIPLINARITÉ

LE CONSTAT.

Gérer les soins primaires, aujourd'hui, c'est mobiliser ensemble toutes les expertises professionnelles, pas seulement gérer des rendez-vous et des listes d'attente. La capitation a été négociée, mais son implantation n'est pas encore sujette à un plan d'action et à un calendrier clair, on parle même d'une période d'implantation qui pourrait s'échelonner sur dix ans, soit deux cycles électoraux pour le réseau. Rappelons que la capitation ce n'est pas qu'un simple modèle de rémunération, mais bien un modèle de collaboration interdisciplinaire et de financement de la pratique multidisciplinaire pour répondre aux besoins d'une population, en santé et malade.[7] Dix ans, c'est comme arracher un diachylon millimètre par millimètre. Ce chantier mérite d'être accéléré. Est-ce possible? Bien sûr : d'autres juridictions canadiennes, comme la Colombie-Britannique, ont conçu et déployé un nouveau modèle en moins de deux ans, portées par une simple volonté collective.

Actuellement, **nos gestionnaires et nos organisations n'ont toujours aucun levier pour financer les modèles de collaboration interprofessionnelle** que la capitation est pourtant censée rendre possibles. Et comme l'entente avec les médecins de famille sera renouvelée en 2028, nous nous trouvons devant une situation à haut risque, un risque connu, pour l'avoir déjà vécu : que le financement et le déploiement de la capitation redeviennent une variable de négociations avec les différents syndicats, plutôt qu'un chantier d'organisation des soins mené pour lui-même. Or la première ligne est la réponse à plusieurs maux du réseau : les niveaux de soins alternatifs (NSA), l'engorgement des urgences, l'accès rapide à une équipe de soins. **La façon de financer les soins primaires ne peut pas rester suspendue à l'issue d'une négociation tarifaire.**

L'enjeu est d'autant plus pressant que le réseau vient d'élargir, par voie réglementaire, ce que peuvent faire nos pharmaciens, nos sage-femmes, nos psychologues, nos physiothérapeutes et nos autres professionnels. Or **un champ de pratique élargi qui n'est pas financé reste une intention sur papier** : élargir les pouvoirs oblige à revoir le modèle de financement pour que l'argent suive les soins réellement rendus, par qui que ce soit.

Ce mouvement ne relève plus de cas isolés, il devient une orientation de fond. Le rapport Gendron-Trudeau sur l'exercice du diagnostic, déposé à l'Office des professions en mai 2026, recommande de reconnaître l'activité de diagnostiquer à plusieurs professions, ergothérapeutes, physiothérapeutes, chiropraticiens et psychoéducateurs, non plus en fonction du titre, mais des compétences réellement démontrées[8]. Autrement dit, la responsabilité clinique se distribue déjà sur le terrain. Ce qui manque, ce n'est pas la reconnaissance des rôles, c'est un mode de financement qui les suive.

Il y a là un angle mort. **Notre régime finance les services médicaux, pas les services de santé.** Un médecin a beau juger que son patient aurait besoin d'un psychologue, d'un physiothérapeute, d'un podiatre ou d'un nutritionniste, il doit composer avec ce que celui-ci peut se payer. Il voit le besoin, sait vers qui orienter, mais reste limité, aussi prisonnier du système que le patient qu'il soigne. C'est ainsi que s'installe un système à deux vitesses, et que, faute de pouvoir s'appuyer sur le bon professionnel, on se rabat sur ce que le régime couvre : la consultation médicale, l'examen, le renvoi vers la deuxième ligne médicale. La surutilisation qui en découle a un prix, et il est lourd : une part importante des examens et des consultations spécialisées s'avère non pertinente, mobilisant des ressources rares au détriment de ceux qui en ont réellement besoin.[9] Combler cet écart ne veut pas dire tout faire porter à l'État : le Québec l'a déjà prouvé avec son assurance médicament, dont la contribution conjointe de l'État, des citoyens et des assureurs rend le service accessible à presque tous.

(SUITE) FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

2 FINANCER LES SOINS PRIMAIRES À TRAVERS L'INTERDISCIPLINARITÉ

LE CHOIX.

Découpler le déploiement de la capitation du calendrier des négociations médicales et syndicales et l'accélérer : en faire un chantier d'organisation des soins piloté pour lui-même, doté de son propre échéancier et de son propre cadre financier. Concrètement, cela veut dire **créer une enveloppe de financement interprofessionnel distincte de la rémunération médicale,** pour que les établissements puissent rémunérer le travail des infirmières, pharmaciens, travailleurs sociaux et autres professionnels que la capitation est censée mobiliser; et donner au gestionnaire la latitude de mobiliser, quand c'est le meilleur service au meilleur coût, des ressources et des partenaires locaux; publics, privés ou communautaires. Cela suppose enfin de distinguer une fois pour toutes ce qui relève du financement de l'organisation des soins et services de ce qui relève de la rémunération des professionnels et de réexaminer les cadres rigides qui les confondent encore aujourd'hui. C'est aussi amorcer le passage d'une logique de services médicaux vers une logique de services de santé, en mobilisant l'ensemble des professionnels et, là où c'est pertinent, la contribution des assureurs.

[7] La capitation est souvent réduite, à tort, à un simple mode de rémunération des médecins. Au sens propre, il s'agit d'un mode de financement par patient pris en charge, et non par acte : il finance une prise en charge populationnelle assurée par une équipe interprofessionnelle, plutôt qu'une suite de consultations individuelles. C'est en ce sens que la vision gouvernementale en fait « une portion importante [...] liée à la prise en charge de patients par le groupe » (document consultatif MSSS-FMOQ, 2025). Il faut la distinguer de l'enveloppe populationnelle territoriale (choix 08) : la capitation finance la prise en charge à l'échelle de la clinique, patient par patient, tandis que l'enveloppe finance la réponse aux besoins de toute la population d'un territoire. Les deux niveaux sont complémentaires.

[8] Office des professions du Québec, Rapport sur l'opportunité de reconnaître l'activité du diagnostic à certaines professions dans le domaine de la santé, coprésidé par Yvan Gendron et le Dr Jean-Bernard Trudeau, mai 2026. Disponible en ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/Autres/RAP_Dx_SantePhysique_mai2026.pdf

[9] Selon l'Institut canadien d'information sur la santé et la campagne Choisir avec soin, de 25 à 30 % des examens et traitements réalisés au Québec et au Canada sont jugés non nécessaires (ICIS; Choisir avec soin).

AXE 1

(SUITE) FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

3 LA CLINIQUE, UNE ORGANISATION À RECONNAÎTRE ET À FINANCER

LE CONSTAT.

La transformation de la première ligne est engagée : nouvelle politique, virage numérique, et bientôt la capitation, qui en constitue l'une des pièces maîtresses. Financer une équipe pour qu'elle réponde de la santé d'une population, plutôt que de rémunérer des actes accomplis un à un, ce n'est pas ajuster un tarif : **c'est confier à une organisation la responsabilité de coordonner, de planifier, d'investir et d'accompagner ses équipes.** Un tel modèle ne s'implante pas dans l'abstrait; il lui faut un ancrage. En première ligne, cet ancrage porte un nom, la clinique, et c'est précisément le maillon que notre architecture de financement n'a jamais reconnu pour ce qu'il est.

Encore faut-il rappeler d'où viennent nos cliniques. Elles sont nées du terrain, fondées par des médecins qui ont inventé la pratique communautaire au Québec et investi dans l'équipement et les technologies à leurs propres risques, jamais avec l'aide de l'État. Cet élan, l'État a fini par le reconnaître : il a voulu des médecins dans la communauté, les a encouragés à sortir des hôpitaux, puis a soutenu cette pratique, par le « frais de cabinet », une majoration de la rémunération en cabinet censée couvrir les frais d'administration,[10] et par l'ajout du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF/GMF-R/GMF-U) ensuite. Mais chaque fois, **l'argent est allé au médecin, jamais à la clinique.** On a reconnu la pratique communautaire sans jamais reconnaître l'organisation qui la rend possible.

Et ce noeud, loin de se dénouer, se resserre. À mesure que la médecine se complexifie, que l'interdisciplinarité se déploie et que le virage numérique s'accélère, **les responsabilités de la clinique ne cessent de croître; les moyens de les assumer, jamais.** L'interdisciplinarité en donne l'exemple le plus concret : le personnel de soutien professionnel en GMF ne relève pas de la clinique, mais de l'établissement. La clinique doit donc organiser une équipe sans en être l'employeur, et sans les leviers qui vont avec. Un départ non remplacé, un délai de dotation, un roulement qu'elle ne contrôle pas, du personnel qui arrive sans connaître la réalité d'une clinique : autant d'aléas qu'elle subit et dont elle absorbe seule la conséquence sur l'accès. Faute d'être financée comme une organisation, la clinique n'a aucune marge pour investir : nombre d'entre elles, constituées en sociétés de dépenses, ferment chaque exercice à l'équilibre, sans rien pouvoir consacrer à la modernisation des locaux, des pratiques ou à la qualité du service pour les patients. Seuls les réseaux de cliniques, par l'effet du volume, parviennent à se gouverner comme de véritables organisations.

Et faute d'une instance qui porte l'intérêt des cliniques et des groupes, l'offre demeure inégale d'un territoire à l'autre, certains secteurs basculant dans la découverture. Nul n'en est responsable : c'est l'héritage d'un modèle pensé pour une autre époque, qui n'a simplement jamais nommé l'organisation comme telle.

Or le Québec a déjà démontré qu'une autre voie est praticable : il l'emprunte ailleurs en santé. En radiologie, l'exploitation d'un laboratoire d'imagerie est soumise à un permis délivré par Santé Québec sur recommandation du Laboratoire de santé publique du Québec, qui en vérifie la conformité et les installations; et une composante de rémunération, le R7, revient à la clinique pour financer la gestion de la pratique et l'entretien des équipements. Dans les centres médicaux spécialisés, l'encadrement va plus loin encore : permis, agrément et contrat de services lient la clinique au réseau. Dans les deux cas, la gouvernance médicale est protégée par une règle d'actionnariat majoritaire votant détenu par les médecins, condition même de l'autorisation. Deux modèles différents, un même principe : l'organisation est reconnue et financée pour ce qu'elle porte, sans que les médecins en perdent le contrôle. Le modèle est là, encadré et éprouvé; il reste à le transposer à la première ligne. À l'heure où s'élabore le plan d'action de la Politique de première ligne, le moment est venu d'en reprendre le fil.

(SUITE) FINANCER LA SANTÉ, PAS LA MALADIE

SORTIR DE LA LOGIQUE D'INJECTION ET DÉPLACER LE CENTRE DE GRAVITÉ VERS L'AMONT.

3 LA CLINIQUE, UNE ORGANISATION À RECONNAÎTRE ET À FINANCER

LE CHOIX.

Reconnaître la clinique de soins primaires comme une organisation à part entière et financer ce qu'elle assume véritablement; la gestion, l'administration, les ressources humaines, l'informatique, l'innovation, et non les seuls soins qui s'y dispensent. Le dispositif existe déjà ailleurs en santé; il s'agit de l'adapter à la clinique de proximité : un permis qui la reconnaît et protège la gouvernance médicale par un contrôle majoritairement médical, et un contrat de services qui délimite l'offre attendue d'un territoire, en fixe les standards de qualité, et lui associe un financement à la hauteur de ce qu'elle porte réellement.

Ce n'est pas un débat de structures, mais la condition pour que la capitation tienne ses promesses. **Car le vrai problème de la première ligne n'est pas la qualité des soins, elle est au rendez-vous, mais l'accès** : répondre au téléphone, offrir un rendez-vous, gérer le changement, former le personnel, organiser le travail et les soins. Or rien de cela n'est valorisé ni financé, et la clinique, à qui l'on confie la responsabilité de l'accès, n'a presque aucun levier pour l'organiser : elle coordonne une multitude de praticiens indépendants, chacun maître de sa pratique, sans réelle prise sur l'offre qu'ils rendent. Reconnaître et financer la clinique comme une organisation, c'est lui donner enfin les moyens d'agir là où tout se joue vraiment, sur l'accès et le service à la population.

[10]Sur le frais de cabinet : l'allocation de 30 % versée aux médecins exerçant en GMF pour en soutenir l'administration est confirmée par le gouvernement du Québec (foire aux questions, projet de loi nº 106 / Loi 2). L'Institut du Québec précise que ce taux ne repose pas sur une analyse des coûts d'exploitation des cliniques, mais correspond à la majoration de rémunération accordée pour la pratique en cabinet par rapport aux actes posés en établissement (La rémunération des médecins : une approche économique, 2019). Le financement et le soutien professionnel demeurent versés au groupe de médecins en vertu du Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF (MSSS, avril 2026, publication nº 25-924-37W).

AXE 2

ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

4 UNE PORTE D'ENTRÉE, PAS UN ORGANIGRAMME

LE CONSTAT.

Les citoyens ne distinguent pas les responsabilités d'un GMF, d'un CLSC, d'un guichet d'accès ou d'un établissement. Ils veulent simplement savoir où aller et, trop souvent, ils ne le savent plus. Les mêmes services sont offerts à de multiples points de chute, inégalement répartis. Résultat : l'offre se chevauche, la navigation devient un casse-tête, et le contact humain s'est perdu en chemin. À cela s'ajoutent des outils d'information et d'autosoins fragmentés et peu développés, multipliés sans cohérence avec les besoins du terrain. La Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pose exactement le même constat : l'offre est fragmentée et aucune porte d'entrée n'assure aujourd'hui, pour l'ensemble de la population, un premier contact stable et une navigation continue.

La récente Politique de première ligne fait des CLSC une porte d'entrée pour la première ligne, et cette orientation fait consensus auprès du réseau. Mais l'enjeu se jouera dans la planification et l'exécution : **une porte d'entrée annoncée n'est pas une porte d'entrée vécue.** Et une réforme qu'on n'explique pas est une réforme qui échoue : les Québécois doivent comprendre où aller, à qui s'adresser et pourquoi les choses changent. Le problème, au fond, n'est pas que la population comprenne mal : c'est que **le réseau est devenu illisible.** La réponse n'est pas de demander au citoyen de s'adapter à un système complexe, mais de bâtir des organisations qui se rendent compréhensibles : éduquer et accompagner la population.

(SUITE) ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

4 UNE PORTE D'ENTRÉE, PAS UN ORGANIGRAMME

LE CHOIX.

Cette politique donne le cap, il lui manque un plan pour atterrir, et ce plan relève du ministère. Sa première pièce concrète : **une cartographie publique de l'offre,** confiée à Santé Québec et établie par territoire, qui dise enfin qui fait quoi et où, là où le soutien à domicile et les soins primaires restent éclatés entre CLSC, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et prestataires privés. Car une porte d'entrée ne vaut que si elle ouvre sur une suite : une prise en charge continue, et non une nouvelle file à recommencer à chaque étape.

Il s'agit ensuite de rendre effective l'affiliation déjà prévue : chaque personne rattachée à un territoire de CLSC puis à un milieu de soins de proximité, avec une personne répondante imputable qui ait réellement le mandat et les moyens de coordonner sa trajectoire et de l'orienter, comme cela se fait dans de multiples provinces canadiennes, pour que ce ne soit plus au patient de faire la liaison entre les intervenants de son propre dossier, et que le contact humain perdu en chemin soit rétabli. Le tout soutenu par **une seule porte d'entrée numérique, la plateforme Votre Santé, déployée partout** en complément du 811 plutôt que région par région sans échéance, et en incluant toutes les organisations de soins primaires (cliniques médicales, cliniques IPS, pharmacies communautaires, CLSC, points de services locaux (PSL), etc.). Uniforme dans l'outil et l'imputabilité, souple dans l'offre de terrain, déployé sur tout le territoire dans un échéancier qui n'attendra pas la fin du mandat, et accompagné d'une stratégie d'information de la population adaptée à chaque milieu.

AXE 2

ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

5 FAIRE DE L'ÉCOSYSTÈME ET DU COMMUNAUTAIRE DES PARTENAIRES À PART ENTIÈRE

LE CONSTAT.

Contrairement à d'autres provinces, **le réseau québécois reste fermé envers son propre écosystème.** Par crainte du lobby, il se prive des échanges et de l'expertise qui lui seraient pourtant utiles : ailleurs, des donneurs d'ordre publics ouvrent leurs besoins au marché en amont, par des mécanismes comme la vitrine inversée, par des échanges réguliers avec les partenaires, pour mieux s'ajuster et faire émerger de meilleures solutions; le réseau de la santé au Québec, lui, préfère le silence et décider au nom des Québécois. L'industrie de l'innovation, non les firmes de consultation, mais les entreprises qui conçoivent et déploient les produits dans des cadres structurés de recherche, est réduite au statut de fournisseur ou de lobbyiste, alors qu'elle détient une connaissance fine des modèles d'ici et d'ailleurs. Les grandes organisations et les regroupements de patients peinent à obtenir des corridors d'accès. Et faute de dialogue en amont, le réseau modifie ses façons de faire sans jamais mesurer l'effet de ses décisions sur ceux qui les portent au quotidien et sur les bénéficiaires.

Au fond, **c'est la notion même de partenaire qui est absente** : on parle de citoyen partenaire, de patient partenaire, d'entreprise partenaire, mais aucun corridor d'accès ni cadre de collaboration formel ne leur est ouvert. Et la première ligne « vit en communauté » : pourtant, les associations de patients, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale sont les premiers dont on coupe les budgets, à rebours de tous les systèmes performants de l'OCDE, où le communautaire joue un rôle structurant.

(SUITE) ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

5 FAIRE DE L'ÉCOSYSTÈME ET DU COMMUNAUTAIRE DES PARTENAIRES À PART ENTIÈRE

LE CHOIX.

Ouvrir la porte, sans renoncer au contrôle. D'abord, instaurer un mécanisme permanent de consultation de l'écosystème en amont des appels d'offres, sur le modèle de la vitrine inversée : le donneur d'ordre public expose ses besoins et écoute le marché, plutôt que de figer seul un cahier de charges qu'il n'a pas toujours l'expertise de bâtir. Le tout encadré par une règle simple qui distingue la contribution d'expertise du lobbyisme. Ensuite, faire passer le financement du communautaire et de l'économie sociale **du mode « par projet » au mode « à la mission »**, prévisible et pluriannuel, et reconnaître ces acteurs comme des composantes à part entière de la première ligne.

S'ouvrir à l'écosystème ne veut pas dire lui céder le volant. Pour collaborer sans se faire dicter ni les coûts ni les solutions, **l'État doit développer sa propre expertise d'encadrement** : savoir définir ce qu'il veut, baliser les étapes, suivre les livrables et garder la maîtrise du calendrier et du budget. C'est l'inverse du réflexe actuel, qui consiste tantôt à tout décider seul, tantôt à tout déléguer en perdant le contrôle. Encadrer, ce n'est pas se substituer à l'expertise du terrain; c'est créer les conditions pour en tirer le meilleur, sans dérapage de coûts. Car la perfection n'existe pour personne, ni dans le réseau ni dans les entreprises. Ce qui les fait travailler ensemble, c'est la confiance, et la confiance se bâtit, au Québec, avec des règles claires et une véritable capacité d'encadrement, pas avec de la méfiance.

AXE 2

ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

6 LA SANTÉ DES FEMMES : ON SAIT QUOI FAIRE, AGISSONS MAINTENANT

LE CONSTAT.

La santé des femmes accuse un retard documenté, au Québec comme dans le reste du Canada, et ce retard se mesure. À l'échelle mondiale, les femmes passent environ 25 % plus de temps que les hommes en mauvaise santé[11]. Au pays, à peine 7 % de la recherche en santé porte sur des enjeux propres aux femmes, ce qui place le Canada parmi les plus en retard sur cette question[12].

Ce retard a un coût, économique autant qu'humain. Les seuls symptômes mal pris en charge de la ménopause coûtent environ 3,5 milliards de dollars par an à l'économie canadienne, dont 237 millions en perte de productivité pour les employeurs[13]. L'endométriose, elle, représente une facture estimée à 1,8 milliard par an et peut faire perdre jusqu'à dix heures de productivité par semaine aux femmes qui en souffrent[14]. Derrière ces chiffres : de l'absentéisme, du présentéisme, des carrières interrompues, des départs hâtifs à la retraite. La santé des femmes n'est donc pas un enjeu de sensibilité : c'est **un enjeu de soins et de performance, pour plus de la moitié de la population.**

Il y a pourtant une autre dimension, rarement nommée : les femmes ne sont pas seulement les principales utilisatrices du système de santé, elles en sont aussi la colonne vertébrale. Au Québec, elles représentent plus de 80 % de la main-d'oeuvre en santé et services sociaux[15]. Infirmières, préposées, travailleuses sociales, médecins, techniciennes, coordonnatrices : ce sont elles qui font tourner le réseau. Et ce sont elles dont la santé reste un angle mort. **Prendre soin de la santé des femmes, c'est donc aussi prendre soin de la capacité du réseau à fonctionner.**

Or, lorsqu'on parle de santé des femmes, l'essentiel ne se joue pas à l'hôpital, mais en première ligne. L'exemple le plus frappant, et le plus difficile à accepter, est celui des maladies cardiovasculaires. Première cause de mortalité chez les femmes au Canada, ces maladies restent pourtant largement sous-diagnostiquées en première ligne, parce que leurs symptômes chez les femmes diffèrent de ceux des hommes et que les protocoles cliniques ont été calibrés, pendant des décennies, sur un profil masculin. Les femmes attendent plus longtemps pour une douleur thoracique. Elles sont plus souvent orientées vers une cause anxieuse ou digestive. Et quand le diagnostic arrive, il arrive trop tard. Ce n'est pas une question de volonté des cliniciens : c'est une lacune structurelle de formation, de protocoles et de données. L'INESSS a produit des outils cliniques et recommande des leviers concrets pour corriger cet angle mort en première ligne. **La science est faite. Les recommandations sont écrites. Ce qui manque, c'est la décision de les financer et de les déployer.**

(SUITE) ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

6 LA SANTÉ DES FEMMES : ON SAIT QUOI FAIRE, AGISSONS MAINTENANT

LE CHOIX.

Faire de la santé des femmes une priorité assumée de la première ligne, et en faire le test de cohérence de tout ce livre blanc : si l'on ne sait pas créer les conditions de soins pour la moitié de la population, on ne saura les créer pour personne. Concrètement, cela signifie financer et déployer ce que l'INESSS recommande déjà plutôt que de le laisser dormir, adapter les protocoles cliniques de première ligne aux réalités biologiques des femmes, et faire entrer la santé des femmes dans les données et les cibles du réseau, y compris en ventilant systématiquement les résultats par sexe, afin de cesser de piloter un système où la moitié des patients restent un angle mort. Le Québec n'a pas à tout inventer : un mouvement pancanadien est déjà en marche, porté notamment par le projet de loi fédéral S-243 visant un cadre national de santé des femmes, dont la première ligne et la prévention sont au coeur. Reste à s'y arrimer, et à en faire un choix plutôt qu'un rattrapage.

[11] Forum économique mondial et McKinsey Health Institute, Closing the Women's Health Gap, 2024.

[12] Deloitte et IWK Foundation, The Case for Advancing Women's Health in Canada, novembre 2025.

[13] Fondation canadienne de la ménopause, Ménopause et vie professionnelle au Canada, octobre 2023 (analyse économique réalisée par Deloitte Canada). Le coût aux employeurs est évalué à 237 M$ par an.

[14] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) : coût estimé à 1,8 milliard de dollars par an pour l'économie canadienne et perte pouvant atteindre dix heures de productivité par semaine.

[15] Statistique Canada, Enquête sur la population active; profil sectoriel « Soins de santé et assistance sociale », Québec (Guichet-Emplois, gouvernement du Canada).

AXE 2

ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

7 LA PLACE DU CITOYEN : DÉCIDER AVEC LUI, PAS SEULEMENT POUR LUI

LE CONSTAT.

On parle beaucoup du citoyen, rarement avec lui. On dit aux Québécois qu'on fait les bons choix pour eux, mais on les fait sans eux. À tous les niveaux, du palier gouvernemental où s'arbitrent les grandes orientations jusqu'à la gouvernance opérationnelle de la première ligne où s'organisent concrètement les services, le citoyen est très peu impliqué, rarement consulté, presque jamais appelé à valider ce qu'on conçoit en son nom. On lui impose des transformations, on réorganise son réseau, on redessine ses trajectoires, et on s'étonne ensuite qu'il n'y adhère pas. Pourtant, **personne ne connaît mieux que lui ce qui fonctionne ou non dans son parcours.**

Le paradoxe, c'est que le Québec est une référence en la matière. Né ici au début des années 2010, le « modèle de Montréal » a fait du patient un partenaire reconnu, porteur d'une expertise née de l'expérience, et il est aujourd'hui repris à l'international. Des travaux québécois l'ont même porté jusqu'à la première ligne, pour intégrer les patients à l'amélioration des services.[16] Mais ce que nous portons dans les facultés, la recherche et quelques programmes-phares, nous l'appliquons à peine là où ça compte le plus : dans les décisions, politiques comme opérationnelles, qui façonnent l'offre de soins et les priorités d'un territoire.

Cet écart se double d'un second renoncement : **on tient le citoyen à l'écart des décisions, et on le prive aussi des moyens d'agir par lui-même**. Depuis des années, on retarde l'éducation à la santé. Le Québec n'a toujours pas de véritable carrefour de ressources, une bibliothèque santé qui rassemblerait l'information fiable, les outils d'autosoins et d'autogestion auxquels chaque citoyen pourrait se référer, comme d'autres systèmes l'ont fait. Un citoyen qu'on n'éduque pas et qu'on n'écoute pas ne peut pas devenir l'acteur de sa santé qu'on prétend vouloir. L'exemple le plus parlant est aussi le plus récent : faute de budget, on va restreindre cette année la vaccination influenza et COVID aux personnes les plus vulnérables, si bien que dans une même résidence pour aînés, une partie des résidents sera protégée et l'autre non. Une décision qui touche directement la santé de milliers d'aînés se prend loin d'eux, sans qu'ils aient leur mot à dire, et ce sont eux qui la vivront.

[16] Le « modèle de Montréal », né à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal au début des années 2010, structure l'engagement des patients selon différents niveaux (information, consultation, collaboration, co-construction) et différents domaines (soins, formation, recherche, gouvernance). Il est porté notamment par le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP). Des programmes comme CoMPAS, à l'INESSS, en ont déjà décliné l'application à l'amélioration des services de première ligne.

(SUITE) ORGANISER AUTOUR DU CITOYEN

UNE PREMIÈRE LIGNE LISIBLE ET ACCESSIBLE, DU POINT DE VUE DE LA PERSONNE.

7 LA PLACE DU CITOYEN : DÉCIDER AVEC LUI, PAS SEULEMENT POUR LUI

LE CHOIX.

Donner au citoyen deux choses qu'on lui refuse aujourd'hui : **une place à la table où se décident les soins, et les moyens d'agir sur sa propre santé.**

D'abord, le reconnaître comme partenaire à toutes les échelles du réseau : non pas une consultation ponctuelle, mais une présence reconnue et financée du citoyen et du patient partenaire là où se décident les orientations, où se conçoivent les services, où se planifie l'offre d'un territoire et où se mesurent les résultats, du palier gouvernemental jusqu'au terrain. Le Québec n'a pas à inventer la méthode, il l'a déjà donnée au monde; il lui reste à l'appliquer chez lui. À une condition : que cette voix reste indépendante et à l'abri de toute instrumentalisation par des intérêts commerciaux, sans quoi le partenariat perd son sens.

Ensuite, lui donner enfin les outils d'agir : déployer une bibliothèque santé, un carrefour public de ressources d'éducation, d'autosoins et d'autogestion, accessible à tous, **et faire de l'éducation à la santé une priorité qu'on cesse de reporter.** Outiller le citoyen, c'est lui permettre de prévenir, de comprendre et de poser les bons gestes avant d'avoir besoin du réseau.

AXE 3

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

8 GOUVERNANCE DE PROXIMITÉ ET LATITUDE TERRITORIALE

LE CONSTAT.

Les besoins de Montréal-Nord, de la Côte-Nord, de l'Abitibi ou de la Gaspésie ne sont pas les mêmes. L**es hauts dirigeants réclament une marge de manoeuvre réelle pour adapter les modèles aux réalités locales** : déplacer des budgets, réaligner l'offre selon les besoins, plutôt que de rester contraints par des allocations rigides. La santé, par ailleurs, n'est pas qu'une question de santé : les municipalités, le milieu scolaire, l'habitation, le transport agissent sur les déterminants. Mais aucun modèle ni aucune latitude ne permet aujourd'hui d'orchestrer cette réalité intersectorielle. On enjoint de collaborer sans donner les moyens de le faire.

À cette rigidité s'en ajoute une autre, plus profonde encore : **notre système se négocie en silos.** Chaque profession, chaque catégorie d'emploi fait l'objet de ses propres ententes, renégociées en continu et séparément, ce qui contraint l'État à transformer à la pièce ce qui devrait l'être de façon intégrée. On ne peut pas faire évoluer un réseau de façon cohérente quand on est forcé de le négocier morceau par morceau. Cette segmentation, qui touche autant les conventions de travail que les ententes médicales et les cadres administratifs, fige les pratiques et freine toute réorganisation du travail au plus près des besoins et oblige les gestionnaires à continuellement recommencer, réorganiser avec très peu d'impacts sur l'offre et l'accès aux soins et services.

Il y a une autre incohérence, au coeur du financement lui-même. Le Québec a inscrit dans la loi, depuis plus de vingt ans, **la responsabilité populationnelle : l'obligation, pour chaque territoire, de répondre aux besoins de santé de sa population.**[17] Mais on continue de financer ce territoire en silos étanches, le soutien à domicile, le soutien aux aînés, la première ligne, la santé publique, chacun dans son enveloppe, alors que les besoins, eux, ne se présentent pas en silos. Un gestionnaire qui voit clairement qu'un dollar déplacé du curatif vers le domicile servirait mieux sa population n'a tout simplement pas le droit de le faire. On lui confie la responsabilité d'un territoire sans lui confier les moyens financiers de l'assumer.

[17]La responsabilité populationnelle, inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux depuis 2005, fait à chaque territoire l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé de sa population, en agissant aussi sur les déterminants en amont. La Loi sur la gouvernance (2023) la prolonge en confiant aux instances territoriales l'organisation des services par réseau local.

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

8 GOUVERNANCE DE PROXIMITÉ ET LATITUDE TERRITORIALE

LE CHOIX.

Accorder aux gestionnaires territoriaux une autonomie de gestion réelle, encadrée par des objectifs communs et des cibles de résultats plutôt que par des prescriptions de méthode : le rôle de l'État est de fixer le cap et de créer les conditions, non de décider à la place de ceux qui livrent. Encore faut-il s'entendre sur ce qu'est un résultat : ce que la personne obtient vraiment au bout de son parcours, une réponse à son besoin, dans un temps raisonnable et avec la qualité attendue. Santé Québec doit pour sa part se garder de reproduire le réflexe central de tout uniformiser, surtout lorsqu'on parle de l'organisation des soins primaires. Cette autonomie doit s'accompagner d'une gouvernance de proximité dotée des leviers et de l'imputabilité nécessaires pour piloter l'intersectoriel, incluant un rôle reconnu pour les municipalités. Et ce qui fonctionne aujourd'hui, ou dans une région, n'est jamais une finalité : figer une bonne idée, c'est la condamner à devenir le silo de demain.

Cette autonomie doit aussi porter sur le financement lui-même. **Plutôt que de financer chaque mission isolément, il s'agit de doter le territoire d'une enveloppe populationnelle,** calculée selon les besoins réels de sa population, que l'établissement peut répartir entre la première ligne, le domicile, le soutien aux aînés, la santé publique et les autres services, là où elle produit le plus de valeur. Cela suppose d'assumer une chose qu'on n'ose pas toujours dire : **financer selon les besoins, c'est financer différemment d'un territoire à l'autre.** Une région vieillissante, une région éloignée, un quartier défavorisé n'ont pas les mêmes besoins qu'ailleurs, et leur donner la même enveloppe au nom de l'équité, c'est précisément creuser l'écart. **L'équité, ce n'est pas l'uniformité.**

Reste à savoir ce que cette enveloppe finance, et selon quel critère. Aujourd'hui, on suit le volume de chaque service, mais pas l'intégration du parcours, ni notre capacité à répondre à une demande qui varie selon la région, la saison, le besoin, ni ce que chaque acteur apporte réellement à la santé : GMF, pharmacie, CLSC, point de service local, professionnels, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, soutien à domicile, résidences pour personnes âgées, ressources intermédiaires, etc. Comparer leur impact, ce n'est pas couper, c'est éclairer le choix. **Car ce qui doit guider le financement, c'est le résultat pour la personne,** pas l'étiquette de qui rend le service : un partenaire externe, entreprise, organisme communautaire ou coopérative, est parfois la meilleure option pour la population, plus accessible, moins coûteux, plus simple pour le patient. Cela suppose de défaire une équation qui va de soi au Québec depuis cinquante ans : financer publiquement, ce serait financer en établissement. Or f**inancer publiquement, c'est financer un service accessible à tous, sans frais pour la personne, encadré et redevable, peu importe où il est rendu.** Un soin donné à domicile, en pharmacie, en ligne ou dans un organisme communautaire ne cesse pas d'être public parce qu'il ne se donne pas dans un immeuble du réseau. Mais ce déplacement n'a de sens que s'il s'accompagne d'une véritable régulation des services : l'État doit dire quels services doivent être offerts, à quel standard de qualité, dans quels délais et à quel coût, et le vérifier. C'est cette régulation, et non l'adresse du prestataire, qui garantit le caractère public d'un service. Tant qu'on régule des installations plutôt que des services, on continuera de payer pour des lieux au lieu de payer pour des résultats.

Cela exige de raisonner dans le bon ordre, ce que nous faisons rarement : **projeter d'abord les besoins de la population, en déduire les services requis, et décider seulement ensuite des infrastructures nécessaires pour les rendre.** Aujourd'hui, nous partons de nos installations et ajustons les services à ce qu'elles permettent. C'est pourquoi il faut une véritable architecture de services par territoire, qui dise quels services doivent être offerts et à quelle hauteur, plutôt que de se contenter d'aligner des heures d'ouverture. C'est précisément ce que le Plan d'action de la Politique de première ligne, en cours d'élaboration, devrait porter, et qu'il est encore temps d'influencer. L'État garde alors un rôle clair : identifier les territoires en découverture et délivrer les permis nécessaires pour y faire naître des cliniques adaptées aux besoins de la communauté, plutôt que de laisser l'offre se déployer au hasard de l'initiative.

Rien de tout cela ne tiendra sans **une négociation plus intégrée et moins cloisonnée** : comme l'ont rappelé les dirigeants du réseau, les fédérations, instances représentatives et partenaires ont un rôle à jouer dans la transformation à condition d'être réunis autour d'une même table plutôt que dispersés dans des négociations parallèles, un exercice que la Suède a mené avec succès. L'objectif d'une telle table n'est pas d'ajouter un palier ni d'imposer l'unanimité, mais d'aligner les décisions et de débloquer ce qui, aujourd'hui, reste suspendu faute d'un lieu où trancher.

AXE 3

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

9 PLANIFIER LA GESTION DU CHANGEMENT, PAS SEULEMENT LA TRANSFORMATION

LE CONSTAT.

On décide la transformation, mais on oublie presque toujours d'en financer la condition première : le changement, pour ceux qui doivent le vivre. Chaque transformation du réseau, un nouveau mode de rémunération comme la capitation, un plan d'action en prévention, un modèle de pratique interprofessionnel, une nouvelle plateforme numérique, demande aux équipes de terrain et aux cliniciens de changer leurs façons de faire et de s'adapter à celles-ci. Or on se contente d'adopter la mesure, de déployer l'outil, d'annoncer le modèle et on présume que le terrain suivra, à charge de travail constante et en livrant toujours plus. Le Dossier santé numérique l'illustre crûment : son estimation initiale avait tout simplement omis le coût de la formation et de l'accompagnement, forçant un arrêt, une nouvelle analyse des besoins et une révision du calendrier, mais aussi du budget. Et pour la première fois ou presque, on a osé réduire temporairement la charge clinique pour laisser le personnel s'approprier le changement, une bouffée d'air pourtant nécessaire, aussitôt dénoncée sur la place publique comme une « coupure de services ».

L'innovation, en santé, n'est pas que technologique : elle est d'abord dans les processus et les modèles de pratique. Déployer un outil d'intelligence artificielle, ce n'est pas installer un logiciel de plus : c'est modifier la façon dont un clinicien pose un diagnostic, rédige ou décide et, sans accompagnement, l'outil le plus performant sera contourné, boudé et abandonné. Ce n'est pas une fatalité : il existe une discipline pour cela, la science de l'implantation, qui rappelle une réalité que le réseau connaît trop bien : sans accompagnement structuré, l'adoption d'une innovation peut prendre de quinze à vingt ans[18]. C'est exactement le temps qu'on n'a plus. La Commissaire à la santé et au bien-être nomme la même limite : les leviers normatifs et structurels, lois, réorganisations, cadres, ont été fortement sollicités, mais les leviers d'accompagnement, d'appropriation et de rétroaction restent peu visibles.

Il y a un dernier angle mort, plus large encore : **on planifie le changement du réseau, jamais celui de la population.** Or transformer le réseau ne sert à rien si les habitudes de consommation, elles, restent calquées sur le système d'hier, à commencer par le réflexe de l'urgence. Faire évoluer ces comportements est un changement à conduire, au même titre que ceux qu'on demande au terrain, mais celui-là, on ne le planifie ni ne le finance jamais. À dire vrai, on ne sait même pas qui en est le véritable responsable.

[18] Le délai d'environ 17 ans entre la production d'une connaissance et son adoption dans la pratique courante est un repère classique de la science de l'implantation (Balas et Boren), largement repris dans la littérature sur le transfert des connaissances en santé.

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

9 PLANIFIER LA GESTION DU CHANGEMENT, PAS SEULEMENT LA TRANSFORMATION

LE CHOIX.

Faire de la gestion du changement une composante obligatoire et financée de toute transformation, réglementaire, financière, organisationnelle ou technologique, au même titre que la mesure elle-même : **inscrire dès la conception et le budget le temps de formation, l'accompagnement** et, lorsque c'est nécessaire, l'allègement temporaire de la charge. Et l'assumer publiquement! Réduire provisoirement l'activité pour réussir un changement n'est pas une coupure de services, c'est ce qui en garantit la réussite. Il faut aussi planifier le rythme du changement à hauteur de ce que le terrain peut absorber, et lever l'un de ses plus grands freins : la peur de perdre son emploi et/ou ses privilèges. C'est une condition concrète pour que la transformation devienne possible plutôt que redoutée. Cela suppose aussi de développer l'expertise interne du réseau en gestion du changement et en implantation, plutôt que de la sous-traiter par défaut : les firmes externes doivent venir en appui au déploiement, non en structurer la conception à la place de ceux qui devront le faire vivre. Trop souvent, le savoir-faire repart avec le mandat, et le réseau recommence à zéro au chantier suivant. Enfin, **la gestion du changement ne s'arrête plus aux murs du réseau : elle doit inclure la population.** Cesser de traiter la communication comme un exercice d'annonce et l'assumer comme du marketing social : expliquer les changements, dire où entrer dans le système, faire évoluer les habitudes de consommation, et le faire en continu plutôt qu'au moment d'un point de presse. Aujourd'hui, ce travail est d'abord numérique, et il exige des compétences que le réseau n'a pas : diversifier les profils des équipes administratives, en marketing, en communication, en littératie de santé, et y consacrer de vrais budgets. Un système qu'on ne sait pas expliquer est un système qu'on ne saura pas transformer.

AXE 4

FAIRE DE LA SANTÉ UN MOTEUR D'INNOVATION ET DE VALEUR

RENOUER AVEC LES ANNÉES OÙ LE QUÉBEC CRÉAIT DE LA VALEUR EN SANTÉ.

LA SANTÉ COMME MOTEUR ÉCONOMIQUE : LE LEVIER SANTÉ QUÉBEC

Au bon tempo, la santé peut redevenir un moteur économique pour le Québec, non en privatisant les soins, mais en mobilisant notre savoir-faire pour créer les solutions dont notre réseau a besoin, et que d'autres, ailleurs au Canada et dans le monde, voudront ensuite adopter. Santé Québec nous en donne le levier. Comme société d'État, elle peut changer notre manière même de développer la technologie en santé. Aujourd'hui, le réflexe est de tout vouloir posséder : le code, les plateformes, le risque. Demain, nous pourrions bâtir avec les entreprises d'ici : l'État finance et codéveloppe, et garde en retour une part de ce qui est créé. Une solution née ici et vendue ailleurs deviendrait une source de revenus pour le Québec, pas seulement une facture de plus, comme le fait Hydro-Québec avec l'électricité. C'est ce changement de regard qui compte : cesser de voir l'innovation en santé comme une dépense, et la traiter comme un investissement. Qui rapporte d'abord aux patients. Et ensuite à toute l'économie québécoise.

10 L'INTEROPÉRABILITÉ AVANT LES PRODUITS

LE CONSTAT.

On débat aujourd'hui du choix des produits qui seront utilisés par le système de santé, le dossier de santé numérique EPIC ou quatre dossiers, lesquels, quel fournisseur, alors que ce n'est pas la question du moment. La vraie décision, préalable à tout et au bon fonctionnement du réseau de soins primaires, c'est de **finaliser le chantier national de standardisation et d'interopérabilité des données** et pas seulement pour le projet du dossier santé numérique (DSN), mais bien pour le réseau et les partenaires de la première ligne.

Le Québec est devenu champion du « travail à l'envers » : **on choisit les outils avant d'avoir défini la langue commune,** ce qui multiplie les rattrapages technologiques, pensés, une fois de plus, d'abord par et pour l'hôpital. La donnée reste cloisonnée : elle ne circule pas vers la première ligne et demeure inaccessible à une bonne partie des professionnels. Le patient, lui, n'a qu'un accès restreint à ses propres données et très peu d'emprise sur la suite. Pourtant, les soins primaires sont déjà numériquement forts : informatisés dès le début des années 2000, DMÉ, DSQ, prise de rendez-vous en ligne, prescripteurs et formulaires électroniques, parce que ces projets ont été portés par le terrain. Ils ont démontré leur résilience et leur capacité de déploiement; ce qui les freine, c'est le manque de planification, de coordination et de financement. Sans un accès plein aux données, c'est tout le parcours du patient qui se brise dès le premier maillon. La pharmacie communautaire en est l'illustration : maillon quotidien du parcours en soins primaires, elle demeure largement hors du champ de ce qu'on mesure, comme si une partie du parcours réel du patient n'existait pas dans les données.

Il existe pourtant quantité de solutions sécuritaires, éprouvées par les cliniciens, qui pourraient être déployées en soins primaires. Mais les enjeux d'interopérabilité demeurent : encore en 2026, quand on parle de soins primaires, c'est **plus de 70 % de l'information clinique qui ne circule jamais d'un prestataire à l'autre.** L'intelligence artificielle, dont la force première est précisément de traiter des données non structurées, rend ce chantier encore plus urgent : l'aide à la décision clinique, l'analyse d'imagerie ou la rédaction assistée ne valent

10 L'INTEROPÉRABILITÉ AVANT LES PRODUITS

que si les données sont standardisées et circulent. Sans langue commune, les outils les plus prometteurs restent inexploitables : on aura les moteurs, mais pas les routes.

Et il y a un angle mort plus profond encore : **standardiser le format de la donnée ne suffit pas si personne n'est responsable des normes cliniques,** c'est-à-dire de ce qu'on documente et selon quels standards de pratique. On peut faire circuler une donnée techniquement conforme, mais cliniquement incohérente d'un endroit à l'autre. Prenons un exemple concret : la multiplication des formulaires, déclinés par région et par direction, dont la moindre modification franchit trop de paliers — une lourdeur que Santé Québec dit elle-même vouloir réduire. Ailleurs, une seule instance couvre toute la chaîne. En France, par exemple, l'Agence du numérique en santé encadre aussi bien le contenu clinique que le format technique. Le Québec, lui, certifie la conformité technique des produits, mais n'a confié à personne la responsabilité des normes cliniques.

Et ce chantier n'est pas qu'une affaire québécoise. Le Canada s'est doté d'une volonté commune d'interopérabilité, portée par Inforoute Santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui a publié en mars 2026 la seconde itération de ses normes pancanadiennes de données (CACDI), et par un nouveau cadre légal fédéral, le projet de loi S-5 (Loi sur les soins connectés pour les Canadiens) réintroduit en février 2026. Fait notable : cette feuille de route pancanadienne cible en priorité les données de soins primaires. Le Québec a tout intérêt à arrimer et à accélérer son propre chantier s'il veut pouvoir faire atterrir ses politiques.

LE CHOIX.

Accélérer, financer et rendre obligatoire le chantier national de standardisation et d'interopérabilité. C'est la colonne vertébrale numérique du système de santé : sans elle, chaque nouvel outil s'ajoute sans jamais tenir avec les autres. Cette fois, rien n'est à inventer : les chantiers existent, les partenaires sont déjà à la table et la volonté est là. Ce qui manque, c'est la décision. Il faut désigner une instance clairement responsable, de la gouvernance de projet, des normes cliniques comme du format technique. Il faut aussi accélérer la planification et la rendre transparente : les professionnels doivent être informés en amont, pour adapter leur pratique et préparer le changement avec leurs équipes, plutôt que de subir un déploiement décidé sans eux. Et il faut financer ce chantier selon une planification qui lui est propre, indépendante des négociations de conventions, qui retardent et ralentissent constamment le déploiement des technologies. Surtout, il faut **mettre la première ligne et le patient au coeur de la conception, et non en bout de chaîne : une donnée qui circule avec lui, accessible à tous les professionnels qui le soignent dans la communauté** comme au citoyen lui-même.

AXE 4

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

11 SYNCHRONISER LE TEMPO ET GARANTIR LA PRÉVISIBILITÉ

LE CONSTAT.

Le gouvernement et ses partenaires ne fonctionnent pas au même rythme que le terrain. Le cycle de vente nécessaire au déploiement d'une solution ou d'une nouvelle trajectoire de soins s'étire au minimum sur 18 à 24 mois, et il n'est pas rare qu'un projet mette trois, quatre ou cinq ans à voir le jour, même lorsque le consensus est acquis. Et la lenteur ne s'arrête pas à la décision : une fois le projet accordé, son déploiement prend lui-même des mois, voire des années, palier par palier, région par région, si bien qu'une solution peut être pensée, choisie, puis livrée dans un réseau qui a déjà changé.

Les délais s'accumulent pour mille raisons, certaines légitimes, beaucoup évitables. **Mais le vrai problème n'est pas la lenteur : c'est l'incohérence.** Les orientations, les priorités et les négociations

contractuelles ne sont pas alignées sur les besoins croissants des cliniciens, des patients et des citoyens. Les GMF, pharmacies, CLSC, services préhospitaliers et hôpitaux n'ont pas accès aux mêmes données et peinent à suivre le parcours du patient. La capacité existe, les solutions aussi, mais personne ne se parle, et surtout, personne n'a officiellement priorisé l'intégration des technologies en soins primaires. Les priorités se fixent de façon aléatoire, au gré des personnes en poste, des mois qui passent et des aléas politiques, sans qu'on ne mesure jamais l'impact sur les cliniciens et les patients, pris en otage dans ce manque de synchronisation. Le tout **sans feuille de route.**

Et il y a pire que la lenteur : le redémarrage. Certains projets déjà engagés, déjà financés, déjà attendus par le terrain sont remis à zéro au gré d'une réorientation ou d'une volonté d'économie, l'orchestrateur de rendez-vous en est l'exemple le plus récent. On cherche à épargner sur une ligne budgétaire, mais on efface du même coup des années de travail, des sommes investies, des efforts d'adaptation et de déploiement, des acquis pour les patients et, surtout, la trajectoire qu'on avait promise aux cliniciens et à leurs équipes. La vraie question n'est jamais posée : économiser, oui, mais à quel prix pour ceux qui soignent?

Le temps, lui, nous est compté. L'intelligence artificielle le montre crûment : elle évolue en mois, pas en années. Quand un cycle d'adoption en prend trois à cinq, l'outil retenu est déjà dépassé avant d'être déployé, et le réseau accumule un retard qui se creuse de lui-même, au moment précis où ces technologies pourraient soulager le terrain. Au bout de la chaîne, c'est toujours le terrain qui écope : pendant qu'un appel d'offres s'étire ou s'annule, c'est l'infirmière qui continue avec l'outil d'hier, le médecin qui ressaisit ce qui existe déjà ailleurs, et le patient qui attend un soins ou un services qu'on lui promet depuis des mois, à défaut de dire, des années.

11 SYNCHRONISER LE TEMPO ET GARANTIR LA PRÉVISIBILITÉ

LE CHOIX.

Doter les soins primaires d'une planification technologique et stratégique biennale, impliquant toutes les parties prenantes, qui dise clairement quels projets sont priorisés, dans quel ordre et selon quel échéancier et qui engage l'État autant que ses partenaires. Cette planification ne doit pas dépendre du calendrier des négociations contractuelles ni des changements de personnes en poste : elle doit les précéder et leur survivre.

L'adosser à un engagement formel sur les délais, appelons-le **une charte de prévisibilité, qui fixe des délais maximaux d'analyse, de décision et de déploiement dans les processus d'approvisionnement en santé,** là où un cycle s'étire aujourd'hui sur 18 à 24 mois, souvent davantage. Y inscrire une obligation de réponse aux entreprises, un encadrement de l'annulation des appels d'offres lorsque des frais ont déjà été engagés, et une voie accélérée et prévisible pour les innovations ayant fait consensus sur le terrain. Car la lenteur n'est pas toujours subie, elle est parfois planifiée : on se donne trois, quatre, cinq ans pour des chantiers qui ne peuvent plus attendre. Une charte de prévisibilité doit aussi protéger contre cette facilité. Se donner des années pour agir, c'est déjà accepter d'arriver en retard.

Il ne s'agit pas d'ajouter un intermédiaire de plus entre le terrain et la décision, mais de donner un cap et un calendrier qui tiennent. C'est aussi une question de confiance : celle des entreprises, qui ont besoin de règles stables pour investir, et celle des cliniciens, qui ont besoin de savoir que les promesses faites seront tenues. Sans prévisibilité et sans ligne d'arrivée fixée d'avance, aucune planification ne résiste au premier changement de cap.

AXE 4

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

12 PASSER DU PROJET PILOTE À LA MISE À L'ÉCHELLE

LE CONSTAT.

Le Québec excelle dans l'art du projet pilote et beaucoup moins dans celui de la mise à l'échelle. On multiplie les projets vitrines et les expérimentations, mais leur déploiement à grande échelle n'est presque jamais planifié dès le départ. Les chiffres sont éloquents : **entre 60 et 80 % des innovations du réseau de la santé et des services sociaux ne franchissent jamais le stade du projet pilote**[19]. Les chercheurs parlent même, pour décrire le Québec, du « pays des projets pilotes perpétuels ».

Et quand un projet fait ses preuves, le réflexe n'est pas de le déployer, mais de le requestionner, de lancer une nouvelle étude, un nouveau comité, une nouvelle phase. À force de chercher la solution parfaite avant d'agir, un trait bien québécois, on condamne de bonnes idées à rester éternellement à l'essai, et de magnifiques entrepreneurs à mettre la clé sous la porte.

Pourquoi un pilote concluant reste-t-il bloqué? Parce que, une fois la démonstration faite, personne n'en porte officiellement la suite. **Le financement couvre l'expérimentation, rarement le déploiement.** Les budgets sont annuels, alors qu'une mise à l'échelle se planifie sur plusieurs années. À cela s'ajoute la multiplication des paliers de décision : entre le terrain et l'arbitrage final, les niveaux intermédiaires se sont multipliés, et chacun peut rouvrir, recalibrer ou suspendre ce qui avait déjà été décidé. Et chaque changement de garde, de ministre, de sous-ministre, de direction, dans un réseau en réorganisation permanente où les titulaires changent sans cesse, remet en question ce que le précédent avait validé. On recommence l'analyse plutôt que de passer à l'action.

Cette incapacité à déployer frappe particulièrement la première ligne, là où les bonnes idées naissent souvent du terrain, d'une clinique, d'une pharmacie, d'un groupe de professionnels, mais peinent à franchir les murs de leur établissement d'origine. **Une innovation qui fonctionne dans une région devrait pouvoir bénéficier aux autres;** trop souvent, elle reste prisonnière du projet qui l'a vue naître.

Chaque pilote qui ne monte jamais en puissance, c'est de l'argent public investi sans retour, une équipe de terrain qui s'est mobilisée pour rien, et un signal décourageant envoyé à tous ceux qui voudraient innover après elle. **Un projet vitrine n'a de sens que s'il sert à essayer, ajuster et monter en puissance;** sans trajectoire de déploiement, il n'est qu'une vitrine de plus. Un pilote qui échoue n'est pas une perte s'il produit un savoir partagé : encore faut-il accepter de nommer ce qui n'a pas fonctionné et d'en tirer une leçon commune avec ceux qui l'ont porté, plutôt que d'effacer et de recommencer ailleurs.

---

[19] Unité de soutien SSA Québec, Stratégies de mise à l'échelle d'innovations en santé et services sociaux (Pôle santé, HEC Montréal), citant Santé Ontario (2024) ainsi que Counte et Meurer (2001). Le même guide invite à sortir « du pays des projets pilotes perpétuels » (Bégin et coll., 2009).

DONNER AUX GESTIONNAIRES LES MOYENS D'AGIR

LA MARGE DE MANOEUVRE ET L'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT COMME CONDITIONS DE LA TRANSFORMATION.

12 PASSER DU PROJET PILOTE À LA MISE À L'ÉCHELLE

LE CHOIX.

Faire de la mise à l'échelle une étape prévue, financée et outillée, et non un espoir laissé au hasard des arbitrages. Cela commence en amont : **conditionner le financement d'un pilote à l'existence d'un plan de déploiement** déposé dès le départ, avec critères de succès chiffrés, jalons, échéancier et, surtout, enveloppe de déploiement réservée d'avance. Un pilote sans budget de suite ne devrait tout simplement pas être lancé. À ce plan doit s'attacher une décision automatique au terme de l'expérimentation : si les cibles fixées au départ sont atteintes, le déploiement s'enclenche sans nouvelle étude ni nouveau comité, car la barre à franchir se fixe au début, elle ne se réinvente pas à l'arrivée.

Encore faut-il que quelqu'un en porte la suite : **chaque innovation doit avoir un responsable du passage à l'échelle,** une personne ou une équipe imputable du déploiement et pas seulement de l'essai, faute de quoi un pilote concluant reste orphelin. Ce déploiement doit être financé sur un horizon pluriannuel, à l'abri des cycles budgétaires annuels qui tuent les projets de longue haleine, et s'accompagner d'un mécanisme permettant à une solution éprouvée dans une région d'être adoptée par les autres sans tout recommencer à zéro. Il faut accepter, enfin, le droit à l'ajustement : une mise à l'échelle se corrige en cours de route, et exiger la perfection avant d'élargir, c'est garantir qu'on n'élargira jamais. Bref, faire de la mise à l'échelle de ce qui fonctionne une responsabilité assumée, dotée d'un responsable, d'un budget et d'un déclencheur clair.

LA COMMANDE

Ce livre blanc met la table. Il ne se referme pas sur un constat : il ouvre sur une commande.

Le Forum stratégique PLS réunira celles et ceux qui font vivre la première ligne au quotidien : cliniciens, gestionnaires, patients partenaires, partenaires de l'écosystème et formations politiques. L'objectif n'est pas de désigner des coupables ni de relancer un énième débat, mais d'écouter le terrain et de transformer ces douze choix en engagements partagés. Car un choix assumé en entraîne un autre, et c'est ainsi, que le mouvement s'enclenche.

Les formations politiques du Québec y auront une place de premier plan : invitées à se participer aux discussions, elles contribueront, nous l'espérons, à donner à ce mouvement la traction dont il a besoin pour durer.

Nous ne demandons pas une nouvelle réforme. Nous ne demandons pas une nouvelle structure. Nous demandons au prochain gouvernement de mettre en place les conditions qui permettront enfin de transformer les soins primaires et la première ligne, pour les patients qui attendent, pour les professionnels qui s'épuisent, et pour un réseau qui a tout ce qu'il faut pour réussir.

CE QU'ON NE DÉCIDE PAS MAINTENANT, ON LE PAIERA BIEN PLUS CHER DEMAIN.

L'HEURE EST AUX CHOIX. PAS À UNE NOUVELLE RÉFORME.

PLS