



CIRANO

Allier savoir et décision

QUELS SERONT LES SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE DU FUTUR ?

Compte-rendu du 40^e Colloque
Jean-Yves Rivard



RAPHAËLLE BORDELEAU

MATHILDE MONTPETIT

JADE JOST

RÉGIS BLAIS

DELPHINE BOSSON-RIEUTORT

GÉRALDINE LAYANI

NADIA SOURIAL

CS

2024s-01

CAHIER SCIENTIFIQUE

Les **cahiers de la série scientifique** visent à rendre accessibles les résultats des recherches effectuées par des chercheurs membres du CIRANO afin de susciter échanges et commentaires. Ces cahiers sont rédigés dans le style des publications scientifiques et n'engagent que leurs auteurs.

The purpose of the Working Papers is to disseminate the results of research conducted by CIRANO research members in order to solicit exchanges and comments. These reports are written in the style of scientific publications. The ideas and opinions expressed in these documents are solely those of the authors.

Le **CIRANO** est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Février 2024. Raphaëlle Bordeleau, Mathilde Montpetit, Jade Jost, Régis Blais, Delphine Bosson-Rieutort, Géraldine Layani, Nadia Sourial. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

Quels seront les soins de santé de première ligne du futur ?

Compte-rendu du 40e Colloque Jean-Yves Rivard

Raphaëlle Bordeleau^{†}, Mathilde Montpetit^{*†}, Jade Jost[†], Régis Blais[†], Delphine Bosson-Rieutort[†], Géraldine Layani[‡], Nadia Sourial[†]*

Résumé/Abstract

Nous présentons dans ce compte-rendu une synthèse du 40^e Colloque Jean-Yves Rivard, organisé par le Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, qui s'est tenu le 1^{er} juin 2023 et qui portait sur les soins primaires. Le colloque était constitué de quatre panels réunissant des chercheurs, décideurs, professionnels de la santé et représentants de patients, ainsi que d'une conférence de clôture présentée par un expert en analyse des systèmes de santé. Les thèmes abordés ont été l'optimisation du rôle du médecin de famille, la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé, les modèles novateurs d'ici et d'ailleurs, et le modèle idéal de soins primaires pour les patients inscrits et orphelins et les perspectives sur la première ligne en santé. Les messages clés du colloque ont mis en évidence la nécessité de travailler en équipe et de revoir le modèle d'inscription et d'affiliation des patients à un médecin de famille. D'autres recommandations ont également été émises, telles qu'étendre la collaboration entre les CLSC et les GMF, envisager différents modèles de soins complémentaires en fonction des besoins des patients, renforcer les systèmes de communication entre établissements et entre professionnels et donner plus de pouvoir aux patients à toutes les étapes de leur trajectoire de soins.

This report provides a summary of the 40th Jean-Yves Rivard Symposium, organized by the Department of Health Management, Evaluation and Policy of the University of Montreal School of Public Health. The symposium, held on June 1, 2023, focused on pressing issues in primary healthcare and consisted of four panels bringing together researchers, decision-makers, healthcare professionals, and patient representatives, along with a closing lecture by an expert in healthcare system analysis. The themes addressed the optimization of the role of family physicians, the contribution of all healthcare professionals, innovative models from both local and international perspectives, and the ideal model for primary care for registered and orphan patients as well as future perspectives on primary healthcare. The key messages of the symposium highlighted the necessity of teamwork and rethinking patient affiliation models with a family physician. Other recommendations were also put forth, including expanding the collaboration between CLSCs and GMFs, exploring different models of complementary care based on patient needs, strengthening communication systems between healthcare facilities and professionals, and empowering patients at every stage of their care trajectory.

* Ces auteurs ont contribué à parts égales à ce travail.

† Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

‡ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Mots-clés/Keywords : Santé, soins primaires, première ligne / Health, primary healthcare

Pour citer ce document / To quote this document

Bordeleau, R.* , Montpetit, M.* , Jost, J., Blais, R., Bosson-Rieutort, D., Layani, G., & Sourial, N. (2024). Quels seront les soins de santé de première ligne du futur ? Compte-rendu du 40e Colloque Jean-Yves Rivard (2024s-01, Cahiers scientifiques, CIRANO.)

<https://doi.org/10.54932/OOCL1335>

INTRODUCTION

Les réformes de notre système de soins au cours des dernières décennies ont visé une transition importante d'un système hospitalo-centrique vers un modèle centré sur la première ligne et plus récemment sur une approche interprofessionnelle en soins primaires. Néanmoins, des défis majeurs demeurent quant à l'organisation de la première ligne, principal pilier de notre système de santé, entraînant des conséquences importantes pour la santé de la population et le système de santé, notamment en ce qui concerne l'accès, la continuité et la coordination des soins ainsi que l'utilisation des services de santé. C'est dans ce contexte qu'a eu lieu la 40^e édition du colloque Jean-Yves Rivard (CJYR), qui a rassemblé des cliniciens, décideurs, gestionnaires, patients et chercheurs afin d'encourager la pensée innovante et l'analyse des enjeux actuels en première ligne, en alignement avec la refondation proposée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Le CJYR est un événement scientifique organisé annuellement depuis 1979 par le Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). Au fil des éditions, ce colloque est devenu un rendez-vous incontournable où se rencontrent professeurs, chercheurs, gestionnaires, décideurs et étudiants pour échanger des idées et élaborer des pistes de solutions aux problèmes du système de santé. La 40^e édition, ayant eu lieu en juin 2023, comportait quatre panels qui se sont réunis pour échanger autour de l'optimisation du rôle du médecin de famille, la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé, les modèles novateurs d'ici et d'ailleurs, et le modèle idéal de soins primaires pour les patients inscrits et orphelins. Le colloque s'est terminé avec une conférence qui a présenté des perspectives sur la première ligne en santé. L'objectif du présent rapport est d'abord de présenter un bref historique des réformes en lien avec les soins de première ligne dans le système de santé québécois, puis de synthétiser les échanges et les idées issus des différents panels et de la conférence de clôture de la 40^e édition du colloque Jean-Yves Rivard.

Bref historique des réformes du système de santé en lien avec les soins de première ligne au Québec

Les réformes du système de santé québécois qui se sont succédé depuis les années 1970 ont entraîné une évolution importante de la première ligne au Québec. En 1970, la commission Castonguay-Neveu a mené à la réforme des affaires sociales et à la création de l'assurance maladie, des centres locaux de services communautaires (CLSC), des départements de santé communautaire ainsi que des conseils régionaux de santé et de services sociaux. À cette époque où les médecins travaillaient encore en clinique solo ou en groupe, on désirait favoriser l'accès aux soins de santé pour les quartiers défavorisés qui étaient dépourvus de services. Une vingtaine d'années plus tard, la commission Rochon a amené une nouvelle piste d'améliorations possibles, soit celle du virage ambulatoire en concentrant les efforts vers la décentralisation des services. L'objectif était alors de minimiser le recours aux hospitalisations en favorisant les services de proximité, mais ces efforts ont été entravés par le contexte économique de l'époque. Bien que cette promesse soit restée inachevée, la réforme Rochon a permis un renforcement de la santé publique grâce à la création

de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Au début des années 2000, la commission Clair a souligné le rôle primordial de la médecine de famille dans les services de santé et a souhaité renforcer l'approche interprofessionnelle dans un contexte sociodémographique marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Le concept d'inscription des patients à un médecin de famille a été mis de l'avant afin de favoriser l'accès et la continuité des soins. Les groupes de médecine de famille (GMF) ont ainsi été créés en 2002 en regroupant plusieurs professionnels de la santé, tels que médecins de famille et infirmières, auxquels se sont ajoutés d'autres professionnels de santé comme les travailleurs sociaux, infirmières praticiennes spécialisées (IPS), pharmaciens, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, etc. En date d'aujourd'hui, il existe près de 400 GMF où pratique la majorité des médecins de famille au Québec.

PANEL 1 : *Comment optimiser le rôle du médecin de famille dans le système de soins ?*

Le rôle central du médecin de famille dans le système de santé québécois, en particulier en première ligne, est indéniable. Malgré l'objectif initial d'assurer un accès équitable aux soins de santé, le système actuel fait face à des défis majeurs qui compromettent son efficacité globale. Face à ces défis, une réflexion s'impose pour renforcer le rôle du médecin de famille et améliorer les soins de première ligne. Le premier panel a entrepris une analyse holistique de ces enjeux, explorant des solutions concrètes afin de garantir des soins de qualité et d'accroître l'accessibilité aux services de santé pour l'ensemble de la population.

Les enjeux soulevés

Plusieurs enjeux ont été abordés quant à l'optimisation du rôle des médecins de famille, surtout dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre. Un panéliste a insisté sur le fait que le recrutement et la rétention des médecins de famille constituent un défi majeur et il a été mentionné que la nouvelle génération de médecins affiche des attentes différentes de la précédente en matière de carrière et de mode de vie. Ils privilégient un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, une flexibilité des horaires de travail ainsi que la possibilité d'exercer dans des domaines qui les passionnent.

Par ailleurs, les panélistes ont souligné l'importance du déficit critique en ressources humaines, tant au sein du corps médical que parmi les autres acteurs de la santé et les postes de soutien. Cette pénurie de personnel constitue une problématique cruciale, qui générerait une surcharge de travail significative pour les médecins, compromettant de manière significative leur aptitude à dispenser des soins de qualité. Un consensus s'est dégagé dans le panel quant à la nécessité de redéfinir le rôle polyvalent des médecins de famille, mettant en évidence l'importance cruciale de déléguer certaines tâches administratives et de gestion. De manière percutante, un panéliste a soulevé une question fondamentale : « Est-ce qu'on veut payer un médecin à taper sur son ordi ou on veut investir dans l'administration pour enlever cette tâche des responsabilités des médecins ? » Cette interrogation, émanant d'une intervention marquante lors du panel, incite à une réflexion profonde

sur la manière dont les ressources sont allouées pour assurer une efficacité optimale du système de santé.

Enfin, une convergence d'opinions parmi plusieurs panélistes s'est exprimée pour remettre en question la pertinence de l'inscription des patients à un médecin de famille. Actuellement, ce processus ne garantit pas toujours un accès aux soins et peut parfois contribuer à une mauvaise utilisation des ressources disponibles. À cet égard, comme l'a souligné un des panélistes, « Il faut aussi casser le paradigme de l'inscription qui n'était au départ qu'une notion de facturation », mettant en évidence la nécessité de repenser non seulement le processus d'inscription, mais également les principes et croyances fondamentales qui guident cette pratique.

Ainsi, repenser le rôle du médecin de famille devient impératif pour répondre aux attentes des nouvelles générations de praticiens, améliorer l'efficacité des soins de santé et optimiser l'utilisation des ressources médicales.

Les solutions proposées

Suite à la mise en évidence des défis liés à l'optimisation du rôle des médecins de famille, les panélistes ont formulé des solutions novatrices pour renforcer ces ressources essentielles aux soins de santé. Tout d'abord, les panélistes ont insisté sur l'importance d'attirer davantage d'étudiants vers la médecine de famille pour garantir un avenir florissant. Des incitations financières, des programmes de formation spécialisés et des occasions de développement professionnel ont été évoqués comme des leviers essentiels pour accroître l'attrait de cette spécialité auprès des aspirants médecins.

Parallèlement, ils ont souligné la nécessité de restaurer un sentiment de sens et d'épanouissement professionnel chez les médecins. Proposer un environnement de travail stimulant, offrir des possibilités de développement professionnel, assurer un soutien émotionnel et psychologique, ainsi que reconnaître et valoriser le travail accompli, ont été avancés comme des éléments clés pour atteindre cet objectif.

Une compréhension approfondie des préférences de la nouvelle génération de professionnels de la santé a également été mise de l'avant. Les panélistes ont suggéré d'adapter les conditions de travail en conséquence, créant ainsi un environnement propice à l'attraction et à la fidélisation des médecins de famille, contribuant à surmonter la pénurie de professionnels de la santé et à assurer une meilleure couverture médicale pour les patients.

De plus, l'un des intervenants a pertinemment affirmé que « il faut soutenir les médecins à faire le travail pour lequel ils sont les mieux formés, ce qui est dans la relation avec les patients et non dans les tâches administratives ». Cette déclaration résonne avec force dans le contexte actuel, soulignant l'impératif pressant de reconsidérer la nature des responsabilités dévolues aux médecins de famille. Une telle réévaluation, centrée sur l'optimisation simultanée de l'efficacité et de l'efficience, ouvre la voie à une utilisation judicieuse des professionnels de la santé, les mobilisant précisément au moment opportun et pour des interventions pertinentes. En complément, l'accroissement du soutien administratif et l'utilisation de technologies ont également été identifiés

comme des moyens de soulager la charge de travail des médecins, libérant ainsi du temps pour une pratique médicale plus concentrée, efficiente et productive.

À l'égard de la réorganisation du travail, les panélistes ont également préconisé de revoir la pertinence de l'inscription des patients à un médecin de famille, suggérant un système de triage des besoins de santé pour orienter les patients vers le service approprié en fonction de leur situation. Ils ont cité le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) en exemple, soulignant la possibilité d'offrir des services accessibles et de qualité sans être attiré à un médecin de famille spécifique. Comme l'a mentionné un des intervenants, « Depuis l'arrivée du GAP, on offre un meilleur service aux patients orphelins », soulignant l'amélioration notable dans la prestation des soins pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille attiré. Cette observation renforce l'idée qu'un système de triage des besoins de santé peut contribuer à une meilleure accessibilité et qualité des services de santé.

L'impact de l'intervention percutante d'un panéliste résonne encore : « Rappelez-vous qu'il y a 8 personnes pour faire travailler 1 chirurgien », mettant en évidence la complexité et l'importance de la collaboration au sein d'une équipe médicale interdisciplinaire. Cette perspective a trouvé un écho dans les discussions ultérieures des panélistes, qui ont souligné que la création des GMF a provoqué une transformation significative des pratiques médicales vers une approche interdisciplinaire. Ils ont préconisé de recentrer le rôle du médecin sur le diagnostic et l'élaboration d'un plan de traitement, intégrant tous les autres professionnels de la santé au cœur du partenariat de soins. Il a été souligné qu'il est crucial que tant le corps médical que la population comprennent que la première ligne ne peut reposer uniquement sur les médecins de famille. Ainsi, en révisant le rôle des médecins de famille et en favorisant une collaboration interdisciplinaire, le système de santé pourrait évoluer vers une pratique plus efficace et équilibrée, embrassant pleinement la nécessité d'une coopération étroite au sein de l'équipe médicale.

Enfin, dans la perspective de garantir des soins de première ligne efficaces, les panélistes ont souligné la nécessité d'une pratique interdisciplinaire, tout en pointant du doigt les implications potentiellement négatives de la rémunération à l'acte des médecins. Ils ont rappelé l'importance de repenser les incitatifs destinés aux médecins, suggérant de passer à un système de rémunération par capitation afin de promouvoir le travail interprofessionnel. En recentrant le médecin de famille sur des tâches liées à son expertise, cette approche viserait à encourager la délégation de certaines responsabilités et à promouvoir une pratique médicale axée sur le patient.

Recommandations générales

D'autres pistes de réflexion ont été avancées lors de ce panel, se détachant du rôle spécifique du médecin de famille pour aborder des aspects plus globaux de l'organisation des soins de première ligne.

Les panélistes ont évoqué la pertinence de mettre en place un système d'évaluation continu pour les professionnels de la santé, basé sur la qualité, la pertinence et l'efficacité des interventions. Cela contribuerait à une culture d'apprentissage au sein des équipes médicales, motivant les

médecins à rechercher en permanence l'amélioration des soins tout en répondant efficacement aux besoins des patients.

Dans la même optique d'amélioration de la pratique médicale en première ligne, les intervenants ont suggéré la création d'un comité d'experts chargé d'analyser la complexité des processus administratifs et cliniques. Parallèlement, l'idée de mettre en place un comité de réflexion publique, similaire à la commission Clair, a été avancée afin d'évaluer la qualité et l'accessibilité des services de première ligne. Cette approche favoriserait la transparence et la participation du public dans l'identification des meilleures pratiques et des améliorations nécessaires. Ces propositions globales visent à traiter la complexité du système de santé dans son ensemble, plutôt que de manière fragmentée.

Les panélistes ont également abordé l'informatisation des dossiers médicaux et l'accès aux données comme des éléments clés pour faciliter la circulation de l'information entre les acteurs de la santé et assurer une prise en charge plus efficace des patients. Ils ont suggéré l'instauration de protocoles de soins uniformisés pour favoriser une approche cohérente et concertée entre les professionnels de la santé.

En conclusion, l'analyse approfondie de ce panel souligne clairement que l'optimisation du rôle du médecin de famille requiert des solutions globales, allant au-delà d'interventions ponctuelles. Comme l'a souligné un intervenant, « On ne peut pas régler avec une seule intervention ici et là, il faut la regarder dans toute sa complexité ». Ainsi, la valorisation du travail d'équipe, l'amélioration de l'accès aux soins, et l'accent mis sur la qualité des services dispensés émergent comme des axes majeurs pour relever les défis actuels du système de soins de première ligne au Québec. En unissant les efforts, il devient envisageable de créer un environnement médical plus efficient, répondant aux attentes des professionnels de la santé et assurant une meilleure santé pour l'ensemble de la population.

PANEL 2 : Comment optimiser la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé afin de répondre aux besoins des patients en première ligne ?

Les médecins sont appelés à renforcer leur collaboration avec divers professionnels de la santé, tels que les IPS, les infirmières, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, et d'autres acteurs clés. Malgré l'existence de conditions propices à la collaboration au sein des structures de santé, celle-ci ne semble pas être pleinement exploitée. L'objectif de ce panel était d'explorer les avenues possibles pour optimiser la contribution individuelle des professionnels dans le cadre du travail interdisciplinaire, de mesurer la performance de la collaboration interprofessionnelle orientée vers l'expérience des patients, de définir le rôle de la cogestion pour optimiser l'organisation des équipes, et d'examiner les fonctions des pairs-aidants et des patients partenaires afin d'améliorer la compréhension des services offerts.

Les enjeux soulevés

Les discussions ont mis en lumière plusieurs enjeux cruciaux liés à la promotion d'une pratique interdisciplinaire en santé. Premièrement, la structure décentralisée des GMF a été identifiée comme un facteur contraignant l'interdisciplinarité, avec des cliniciens parfois privés du soutien indispensable à leur développement. Cette situation expliquerait une méconnaissance des tâches spécifiques de chaque profession, accompagnée d'un manque de documentation et de communication. Selon les panélistes, ces lacunes sont liées à une sous-utilisation des membres de l'équipe, mettant ainsi en lumière la nécessité de développer des stratégies visant à maximiser la contribution de tous les professionnels de la santé pour répondre efficacement aux besoins de la population.

De plus, un panéliste a attiré l'attention sur l'impact néfaste de la méconnaissance du travail réel des professionnels, mettant en lumière le risque de dévalorisation de leur contribution au sein de l'équipe de soins. Un panéliste a renforcé cette perspective en affirmant : « On ne peut pas collaborer à notre plein potentiel si on ne connaît pas notre propre rôle comme professionnel et les chevauchements qu'il y a entre les rôles. », insistant ainsi sur l'importance de comprendre pleinement son rôle professionnel pour collaborer efficacement. Un membre du panel a complété en mentionnant que de nombreux cliniciens reçoivent une formation pour travailler dans une dynamique de collaboration interprofessionnelle, mais que la réalité est souvent bien différente. Il a également souligné que ce ne sont pas tous les professionnels qui ont l'occasion d'expérimenter pleinement cette collaboration. Un autre enjeu essentiel réside dans la nécessité de créer un espace de compréhension mutuelle au sein de l'équipe interdisciplinaire, tout en reconnaissant la place du patient dans cette dynamique. Les professionnels de la santé ont exprimé le besoin d'un soutien spécifique au développement de compétences interprofessionnelles, allant au-delà des connaissances techniques.

En outre, les participants ont dénoncé l'invisibilité du travail interpersonnel dans les indicateurs de performance en santé, soulignant un défi majeur dans l'évaluation et la reconnaissance de la collaboration. La question de la rémunération à l'acte a également été abordée, avec l'argument selon lequel elle ne favorise pas le travail interprofessionnel et peut même pénaliser les médecins. Les panélistes ont souligné d'autres aspects essentiels tels que l'amélioration de la communication et des relations interprofessionnelles, le renforcement de l'éducation et la promotion de la confiance au sein du corps professionnel pour favoriser une collaboration plus efficace.

Les solutions proposées

Les propositions des panélistes pour renforcer la collaboration interdisciplinaire en santé mettent en avant plusieurs solutions complémentaires. En premier lieu, ils insistent sur la nécessité de développer une connaissance approfondie des rôles de chaque membre de l'équipe de santé, préconisant une planification améliorée des soins et la coordination des services par le biais d'exercices de clarification des rôles et des responsabilités. Également, la reconnaissance et la valorisation des compétences spécifiques de chaque profession de la santé sont recommandées, soulignant l'importance d'une compréhension claire des rôles individuels et collectifs pour favoriser une collaboration optimale. Selon un panéliste, cette approche contribuerait

significativement au renforcement du système de soins de première ligne en créant une dynamique d'équipe bien coordonnée, répondant ainsi à la demande croissante de soins en première ligne.

Deuxièmement, les échanges sur les chevauchements des rôles sont recommandés pour établir un continuum de soins intégratifs et améliorer la planification. Les panélistes soulignent que la collaboration interprofessionnelle efficace est plus facile à développer lorsque les professionnels travaillent en présentiel et en proximité. Cependant, cette démarche nécessite l'allocation de ressources physiques et de temps pour faciliter les échanges au sein des équipes de travail.

Troisièmement, la proposition d'un soutien au développement professionnel émerge comme une solution clé selon les panélistes, pour renforcer les compétences de l'équipe, favorisant ainsi une collaboration plus efficace. Certains panélistes rapportent que l'optimisation de la contribution des professionnels de la santé peut être atteinte en mettant en place des trajectoires de soins qui apportent une valeur ajoutée tant pour les patients que pour les professionnels. Ces trajectoires de soins, basées sur une vision interdisciplinaire, donneraient du sens à l'implication du patient et établiraient des objectifs. En outre, les panélistes suggèrent de partager les données pertinentes avec les patients pour les impliquer activement dans leurs propres soins. L'échange d'informations de santé permettrait aux patients de collaborer plus efficacement avec les professionnels.

Enfin, des changements organisationnels, y compris une modification du mode de rémunération des médecins, sont recommandés pour favoriser la collaboration et le partage des tâches. Un modèle mixte de rémunération, combinant le paiement par capitation à des primes à la performance, est proposé dans le but d'inciter les omnipraticiens à fournir des soins de qualité tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle. En mettant en place ces solutions, les panélistes estiment qu'il est possible de créer un environnement propice à une collaboration interdisciplinaire plus efficace, optimisant ainsi la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé et répondant mieux aux besoins des patients en première ligne.

En conclusion, le panel a permis de souligner l'importance de renforcer la collaboration interdisciplinaire en santé, notamment en raison des défis tels que la méconnaissance des rôles et la sous-utilisation des compétences. La reconnaissance des compétences spécifiques de chaque professionnel émerge comme un élément crucial pour parvenir à une collaboration optimale. Les solutions préconisées englobent l'optimisation de la communication, l'encouragement de l'engagement des patients, un soutien renforcé au développement professionnel, l'instauration de trajectoires de soins valorisant le travail interdisciplinaire, et la promotion du partage d'information. L'évaluation transparente de la collaboration, associée à des ajustements organisationnels, dont une révision du modèle de rémunération des médecins, est perçue par les panélistes comme un levier majeur pour instaurer un environnement propice à une collaboration plus efficace, répondant ainsi de manière exhaustive aux besoins des patients en première ligne.

PANEL 3 : *Quels sont les modèles innovateurs d'ici et d'ailleurs?*

L'évolution des services de première ligne au Québec a permis la création de multiples modèles au fil du temps. Tout d'abord, les médecins de famille pratiquaient dans des cliniques

médicales en solo puis les CLSC ont fait leur apparition. En réponse aux CLSC, les polycliniques ont ensuite vu le jour avant la création des GMF et des groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U). L'offre de service s'est davantage diversifiée avec le développement des cliniques réseaux et des cliniques d'IPS. On peut ainsi constater que le Québec est à la recherche d'un modèle qui répondrait aux besoins actuels et futurs de la population. Ce panel avait pour but d'analyser les modèles existant dans la province ainsi que ceux utilisés outremer afin de déterminer leur potentiel de mise à l'échelle ou leur applicabilité en contexte québécois.

Modèles innovateurs d'ici

Les panélistes se sont d'abord intéressés au modèle des CLSC. Tel qu'exprimé par un membre du panel, les soins à domicile qui y sont offerts constituent « le secteur d'activité en santé où on a le plus de gains à faire tant sur le plan humain que sur l'efficacité du réseau ». Le panéliste a poursuivi en ajoutant que pour améliorer le modèle des CLSC, l'intégration d'un plus grand nombre de médecins dans les soins à domicile était nécessaire et permettrait, au moins en partie, de répondre à la crise présente dans les urgences de la province, au vieillissement de la population ainsi qu'à l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques. Ce virage est nécessaire, car, comme l'a mentionné le panéliste, « en ce moment, on a des déserts médicaux où il y a des médecins dans les GMF, mais cette clientèle-là à domicile est comme dans l'angle mort, mais elle est toujours à l'hôpital finalement ». Les panélistes se sont alors questionnés sur la capacité des hôpitaux à prendre en charge ces cas et à assurer une trajectoire de soins optimale pour les patients. Un avantage important du modèle de soins offerts par les CLSC évoqué par les panélistes est qu'il est généralisable. En effet, un panéliste a fait la promotion de ce modèle en mentionnant qu'il se retrouvait actuellement sur tout le territoire québécois, ne nécessitait pas d'inscription, utilisait une approche populationnelle et était constitué d'équipes multidisciplinaires bien que des médecins devront y être intégrés pour assurer le suivi des patients en soins à domicile. De plus, les CLSC jouent des rôles importants en termes de prévention, d'éducation et de suivi des maladies chroniques, des avenues à privilégier dans un contexte sociodémographique caractérisé par le vieillissement de la population. Le panéliste a ajouté que la crise actuelle du système de santé québécois s'expliquait par le fait que « nous laissons de côté un modèle qui fonctionne bien, les CLSC et soins à domicile, qui a besoin d'un petit coup de peinture pour le mettre au goût du jour et lui permettre de prendre la place qu'il devrait prendre dans un système de santé qui est trop hospitalo-centré ».

Toujours selon les panélistes, le modèle des GMF et des GMF-U permettrait, quant à lui, d'obtenir une multitude de services dans le même établissement et, contrairement aux CLSC, compte des médecins dans ses équipes depuis leur création. Toutefois, tel que mentionné par plusieurs panélistes, la plus grande problématique rencontrée dans les GMF et GMF-U s'avère être le manque d'accessibilité aux services puisque l'inscription des patients à un médecin de famille est nécessaire. En effet, un panéliste a affirmé que « la plus grosse problématique [des GMF-U] c'est pas la qualité des soins, c'est, tant qu'à moi, l'accès ». Pour pallier cette problématique, un panéliste a expliqué que les intervenants pivots, présents dans les CLSC et certains GMF, sont également nécessaires dans plus de GMF pour assurer une communication efficace et une fluidité entre les différents soins et services offerts. Les panélistes ont alors conseillé que des efforts de

prévention devront aussi être menés, que ce soit dans les CSLC, les GMF ou à l'extérieur de ces organisations, afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Le troisième modèle innovateur présent au Québec est celui des cliniques de prévention et de promotion de la santé, faisant partie des CISSS et CIUSSS, qui s'adressent aux patients orphelins. Un panéliste a décrit ce modèle qui permet d'effectuer des bilans de santé afin de déceler des problématiques présentes ou potentielles et permettent de faire de la prévention selon les meilleures pratiques auprès de populations vulnérables. Le panéliste a expliqué que l'utilisation pertinente des professionnels de la santé selon leurs rôles et responsabilités respectifs ainsi que la hiérarchisation des soins ont une importance particulière dans ce modèle et permettent d'optimiser l'usage des ressources limitées. En effet, selon un panéliste, il est plus avantageux d'envoyer les patients aux bons professionnels et d'utiliser ceux-ci selon leurs champs de pratique respectifs plutôt que d'inscrire les patients directement aux médecins de famille. Un membre du panel assure que ce modèle serait généralisable si les budgets alloués à la prévention et à la promotion de la santé étaient plus importants et si des efforts étaient mis pour changer la culture, tant chez les patients que chez les professionnels de la santé, afin de s'éloigner des modèles de soins curatifs et d'inscription des patients aux médecins de famille. Ce changement de culture a été décrit par le panéliste comme étant « complet, qui n'est pas juste un changement de culture au niveau des professionnels et du réseau de la santé, mais qui est un changement de culture aussi au niveau des usagers, parce qu'on est habitué à un client, un médecin ».

Afin d'améliorer les soins et services offerts par les établissements de première ligne au Québec, un processus visant l'amélioration continue de la qualité de la première ligne a été mis en place sous le nom de Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services (CoMPAS+). Tel que décrit par un panéliste, ce programme « se veut développant une gouvernance clinique intégrée pour vraiment aider la première ligne et tout le processus de soins », incluant la deuxième et troisième ligne. L'objectif principal est l'amélioration de la valeur des soins et services de proximité associés à la gestion des maladies chroniques au Québec et comprend quatre piliers fondamentaux, soit le partenariat avec le patient, les démarches collaboratives, la pratique réflexive et l'accompagnement des équipes en amélioration continue de la qualité. Concrètement, plus d'une vingtaine de projets ont été menés au Québec et ont montré les bénéfices générés par ce collectif, que ce soit pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques, la fluidité du parcours entre la première et la deuxième ligne, l'utilisation des pharmaciens dans les GMF ou la collaboration entre professionnels. Ceux-ci ont d'ailleurs témoigné d'une meilleure compréhension des rôles et responsabilités des différents membres de leur équipe et les patients se sont dit très satisfaits de la qualité des soins reçus. Le panéliste explique que CoMPAS+ est présentement déployé dans plusieurs régions du Québec et pourrait être généralisé à l'échelle de la province et même exporté dans d'autres pays.

Finalement, selon les panélistes, afin d'innover davantage, la participation des patients devrait être priorisée. Celle-ci permettrait non seulement d'engager les patients dans leur trajectoire de soins, mais aussi de connaître les attentes des citoyens envers les systèmes de santé. Tel que mentionné par un panéliste, les patients-partenaires peuvent contribuer à l'amélioration des systèmes en initiant des projets tels que le projet Soutien, transformation, accès, terrain (STAT). Ce projet,

mené dans plus d'une vingtaine d'urgences au Québec, a permis l'informatisation de tâches répétitives qui n'apportaient aucune valeur à l'expérience patient et a ainsi répondu au manque de ressources dans les établissements de santé. De plus, plusieurs panélistes ont souligné que la participation des patients à la gouvernance peut être optimisée par leur implication dans des comités de gestion et d'amélioration continue. Dans le même ordre d'idées, un panéliste affirme « j'ai hâte de voir une boîte Patient-partenaire dans la structure gouvernementale puis là on va démontrer le sérieux d'un patient partenaire, pas dans des textes de lois comme tel ». Cependant, les patients-partenaires ne sont actuellement pas rémunérés pour leur contribution, ce qui devrait être revu afin de les encourager à s'impliquer davantage.

Modèles innovateurs d'ailleurs

À l'étranger, un modèle innovateur particulièrement intéressant existe en France, soit les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au sein même des établissements de santé offrant des soins de première ligne. Un panéliste invité a décrit ces groupes de professionnels de la santé d'un même territoire qui identifient des problématiques de santé présentes chez les habitants du territoire et travaillent ensemble afin d'améliorer la santé de cette population. Ces projets, validés par les autorités, peuvent cibler des actions de prévention, de promotion, de dépistage, d'amélioration d'accès aux soins de santé, etc. Le panéliste a rapporté qu'un financement est octroyé pour privilégier certaines problématiques estimées préoccupantes sur le territoire et d'autres fonds sont alloués afin de rémunérer le temps dédié aux réunions ou repas d'équipes interdisciplinaires. Les avantages de ces programmes sont décrits par le panéliste comme étant l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des hospitalisations, bien que ces effets ne soient pas financièrement mesurables. Le panéliste a considéré que les CPTS seraient généralisables au Québec, à condition d'assurer un financement adéquat des programmes, une division et délégation des tâches optimales entre les professionnels de la santé ainsi qu'un système d'information partagé par tous.

En conclusion, l'analyse des différents modèles de soins de première ligne au Québec ainsi qu'outremer a permis d'évaluer leur applicabilité et généralisabilité à l'ensemble de la province. Les CLSC, GMF, GMF-U et les cliniques de prévention et promotion de la santé constituent des modèles de services de première ligne présentant des avantages et des enjeux différents les uns des autres. Des initiatives, telles que le programme CoMPAS+ ou le projet STAT présentés par les panélistes, tentent de proposer des outils d'amélioration de la qualité dans l'offre des services de santé primaires. Enfin, la présentation des CPTS présents en France permet de comparer les modèles existants au Québec et à l'international. Les discussions des panélistes concernant l'ensemble de ces modèles de soins primaires ont mené à des échanges fructueux sur les éléments essentiels à retenir de chacun d'eux et sur leurs défis et limites qui pourraient être examinés par des projets innovateurs d'amélioration de la qualité.

PANEL 4 : *Quel devrait être le modèle idéal de soins primaires pour les patients inscrits ainsi qu'orphelins?*

Au Québec, au début de l'année 2023, plus d'un million de patients étaient dits « orphelins », c'est-à-dire qu'aucun médecin de famille ne leur était attribué. Les médecins travaillent de plus en plus en équipe, mais les soins et services de santé sont encore centrés sur le médecin qui se retrouve souvent à être le premier point de contact entre les patients et les autres professionnels de la santé. Ce dernier panel s'est intéressé alors au développement d'un modèle idéal de soins primaires qui assurerait la continuité ainsi que l'accessibilité à des soins de santé de qualité pour les patients inscrits ainsi que ceux dits orphelins.

Dans ce dernier panel, le modèle d'inscription des patients à un médecin de famille est revenu comme un concept central auquel on doit s'attarder. Selon les propos d'un panéliste, nous avons présentement quatre types de patients au Québec, soit les patients inscrits à un médecin de famille, les patients inscrits collectivement à un GMF, les patients orphelins en attente sur le GAP ainsi que les patients orphelins non-inscrits. Les panélistes ont évoqué que l'importance dans l'inscription des patients en première ligne réside dans la relation entre le professionnel de la santé, qu'il soit médecin ou autre, et le patient. Selon eux, pour répondre à ces besoins, les GMF demeurent des modèles intéressants puisqu'ils permettent, en théorie, une plus grande accessibilité à des soins intégrés de première ligne que les autres établissements de santé. Toutefois, les panélistes ont convenu que plusieurs enjeux restent à résoudre. D'abord, bien que les GMF soient financés publiquement, les médecins qui y travaillent demeurent des prestataires privés. Conséquemment, les panélistes ont soulevé le défi d'assurer l'imputabilité et la responsabilité populationnelle envers le public. Les panélistes ont alors soutenu qu'il serait plutôt souhaitable d'œuvrer au sein d'une organisation qui a une responsabilité populationnelle envers un territoire donné, semblable aux écoles primaires de quartier. De plus, les incitatifs financiers offerts aux médecins qui acceptent de prendre en charge des patients inscrits au GAP ne permettraient pas de diminuer les listes d'attente puisque les médecins sont déjà surchargés. Un panéliste a alors mentionné un effet pervers des GAP qui fait surface lorsque les médecins, peu motivés à prendre en charge des patients vulnérables, se tournent vers les patients ayant une santé généralement satisfaisante. En effet, selon les recherches d'une des panélistes, les listes d'attente des patients en bonne santé se seraient vidées plus rapidement que les listes d'attente des patients atteints de maladies chroniques. Une panéliste ajoute qu'il est quatre fois plus payant de voir un patient inscrit au GAP qu'un patient régulier, ce qui a un effet négatif sur l'accessibilité et la continuité des soins offerts aux patients inscrits. Pour tous les panélistes, une réflexion est aussi nécessaire par rapport à la rémunération des médecins en première ligne. Alors que certains panélistes admettaient qu'un changement de rémunération n'améliorerait ni l'accès ni la continuité des soins primaires, d'autres affirmaient plutôt qu'un système de rémunération mixte serait plus avantageux qu'un système unique à l'acte.

De manière plus générale, les panélistes ont proposé un modèle idéal de prise en charge des patients, que ce soit une maison de santé, un GMF ou un CLSC, résumé de la manière suivante par un panéliste : « travaillons plutôt à un niveau organisationnel où on va avoir une équipe multidisciplinaire compétente avec différents professionnels qui vont être capables de répondre aux besoins des patients en étant affiliés finalement à une organisation de soins plutôt qu'à un médecin ». Selon eux, l'utilisation des professionnels de la santé en collaboration avec les médecins devrait être au centre du modèle idéal des soins de première ligne. Le recours aux

médecins serait pertinent dans la prise en charge de cas complexes, mais, d'un point de vue économique, les infirmières sont parfois plus rentables que les médecins et offrent des soins complémentaires. Un exemple repris par plusieurs panélistes est celui du suivi de patients diabétiques assuré par des infirmières, pharmaciens et nutritionnistes plutôt que par des médecins. Plus spécifiquement, les panélistes ont donné l'exemple des cliniques d'IPS qui pourraient être dédiées à la prise en charge des patients classés P4 ou P5 lorsqu'ils se retrouvent dans les urgences ou des patients orphelins en attente sur la liste du GAP. Bien que ces différentes avenues possibles permettraient d'atteindre des objectifs différents de ceux des GMF, il faudrait s'assurer de ne pas saturer ces cliniques comme dans le cas des GMF, ce qui aurait pour conséquence de limiter à nouveau l'accessibilité aux soins de santé primaire. Finalement, un autre enjeu important dans la prise en charge des patients en première ligne, abordé par les panélistes, est le réseautage avec les organismes présents dans les communautés. En plus des cliniques d'IPS, les CLSC, pharmacies communautaires, cliniques de physiothérapie et autres devraient être inclus dans les services de proximité et ainsi créer une imputabilité collective. Les panélistes ont toutefois identifié certains défis actuels, tels que le manque d'outils de communication entre les organismes communautaires et les centres de santé ainsi que le travail en silo encore présent dans l'offre des soins et services primaires.

En plus d'utiliser davantage les autres professionnels de la santé ainsi que les autres organismes communautaires, les panélistes affirmaient que le modèle idéal de soins de première ligne devrait aussi inclure la participation des patients dans différents secteurs des soins et services de santé. Les patients eux-mêmes devraient être plus autonomes et responsables de leur trajectoire de santé, puisque, tel qu'illustré par les propos d'un panéliste, « la première maison de santé est chez soi ». Les bénéfices de l'utilisation de patients accompagnateurs ont auparavant été démontrés en accélérant la guérison des patients accompagnés et en réduisant le recours aux services des professionnels de la santé. Un exemple a été évoqué dans ce panel, soit celui de la Société canadienne du cancer du sein qui a mis à la disposition des patients une ligne téléphonique opérée par des patients ayant reçu des diagnostics similaires auparavant. Les appels de 60 minutes avec des patients accompagnateurs ont su diminuer les inquiétudes des nouveaux patients de 40% sans avoir recours à des professionnels de la santé coûteux. Les panélistes ont toutefois réitéré l'importance de demeurer vigilant lors de l'implication des patients dans les soins de santé afin d'éviter de substituer le patient aux professionnels de la santé. Il faudrait alors clarifier les rôles et responsabilités de chacun et ainsi éviter que des tâches devant être assumées par des professionnels soient déléguées aux patients partenaires. Une citation d'une des panélistes a résumé le consensus parmi les invités : « Il n'y a pas juste les professionnels pour répondre aux besoins de santé globaux des personnes. ».

D'un point de vue administratif, les panélistes se sont également entendus qu'un modèle idéal requiert une technologie améliorée pour communiquer et coordonner l'information au sein de l'équipe et entre les différents établissements. Selon plusieurs panélistes, le réseau de santé actuel manque de fluidité. Pour y remédier, les dossiers médicaux des patients devront être plus largement informatisés. De cette façon, les patients pourraient détenir eux-mêmes leur dossier médical de manière électronique tout en assurant la sécurité de leurs données de santé tel que proposé par un panéliste. La technologie pourrait aussi être utile en première ligne pour prendre en charge des

patients à risque d'isolement ou dans des situations de vulnérabilité. Par exemple, un panéliste a décrit un projet pilote visant à accompagner les patients recevant des traitements de chimiothérapie à domicile. Cette initiative a permis de développer une plateforme de suivi des symptômes et ainsi donner accès à une banque d'informations et de ressources pour chacun des symptômes rencontrés au cours de la trajectoire de soins. Cette plateforme permettait aussi de communiquer avec l'équipe clinique (par exemple si les symptômes sont anormaux) et, selon le témoignage de la panéliste, a permis d'augmenter la survie de neuf mois chez les patients. L'informatisation des dossiers médicaux faciliterait également l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts en permettant le suivi de différents indicateurs dans les établissements de santé. Des ressources humaines devraient évidemment être ajoutées afin d'assurer une surveillance de ces indicateurs et la mise en place de pratiques susceptibles de les améliorer.

CONFÉRENCE : *Perspectives sur la première ligne en santé*

Un conférencier, choisi pour ses compétences et son expérience, a été invité à partager ses connaissances et à fournir des conseils en vue d'une amélioration significative de l'organisation des services de première ligne.

Afin de relever les défis complexes auxquels sont confrontées les organisations de santé, le conférencier a conseillé aux décideurs d'adopter une approche proactive axée sur la création plutôt que la simple prédiction de l'avenir. Dans cette optique, la stratégie de la première ligne devrait prendre en considération quatre idées essentielles qui pourraient servir de base à un programme de recherche en matière de soins de santé, selon le conférencier.

Premièrement, il serait essentiel de favoriser une approche intégrée des soins primaires, secondaires et tertiaires, en reconnaissant leur interdépendance et en les considérant comme des systèmes coordonnés au sein d'un écosystème émergent. Cette approche unifiée, éloignée des contradictions inhérentes aux systèmes fragmentés, met l'accent sur la coordination et l'intégration des services de santé. En outre, il faudrait promouvoir l'affiliation des spécialistes aux pratiques de soins primaires, puis étudier le rôle central du patient en tant qu'intégrateur des services de santé, dans le but d'améliorer la coordination des soins de santé et l'accès aux spécialistes. En parallèle, une évaluation continue des technologies de l'information et de leur intégration est recommandée, soulignant l'importance de rester à l'avant-garde des avancées technologiques pour améliorer la coordination des soins de santé et faciliter l'accès aux spécialistes.

Deuxièmement, l'importance d'une utilisation judicieuse des modèles développés par l'intelligence artificielle (IA), en les intégrant dans les modèles de soins de santé existants a été soulignée. Cela impliquerait d'étudier les facteurs influençant l'adoption des algorithmes prédictifs dans la pratique, d'utiliser la modélisation pour mieux comprendre la population et de favoriser les parcours de soins personnalisés pour les patients.

Troisièmement, la planification stratégique devrait se concentrer sur l'universalité personnalisée, en encourageant la décision partagée, les autosoins et la cogestion. Cela nécessiterait l'évaluation de modèles alternatifs de prestation de soins primaires, l'anticipation des besoins des prochaines

générations et d'étudier et prendre en compte les préférences des cliniciens en termes d'organisation des soins.

Quatrièmement, le conférencier souligne l'importance de mesurer les résultats des soins en utilisant des indicateurs basés sur l'utilisation croissante des dossiers médicaux informatisés. Les nouvelles technologies numériques devraient servir à documenter non seulement les soins qui ont été fournis aux patients, mais aussi comment ces soins ont été dispensés et avec quels résultats, afin de construire une vision plus complète de l'organisation, du fonctionnement et de la dynamique de la première ligne de soins.

Conclusion

Les échanges entre panélistes ont permis de présenter différentes perspectives et avenues prometteuses pour le futur de la première ligne au Québec. Les messages clés de la 40^e édition du colloque JYR ont certainement été la nécessité de travailler en équipe et de revoir le modèle d'inscription et d'affiliation des patients à un médecin de famille. Ces affiliations doivent plutôt être faites en fonction des besoins de la population afin d'offrir les bons soins, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel. Le médecin de famille doit remplacer son rôle de chef d'orchestre par celui de membre de l'équipe et ainsi être consulté que lorsque son expertise est nécessaire. Plusieurs autres points importants ont été abordés par les panélistes et méritent qu'on s'y attarde lors de l'analyse du système de santé et des perspectives futures. Pour ce qui est des modèles déjà existants dans le système de santé québécois, nous aurions avantage à appliquer celui des CLSC plus largement afin de mettre à profit son approche populationnelle. Il y aurait également des gains à faire en assurant une meilleure collaboration et communication entre les CLSC et les GMF bien que leurs missions soient différentes. Ces missions sont complémentaires et les coordonner permettrait d'offrir à la population des soins et services plus globaux. Cette collaboration ajouterait de la valeur aux soins et services offerts, mais nécessite une volonté collective pour être en mesure de mettre à profit l'expertise de chacun des professionnels ainsi que des différentes équipes. Quant à la communication, une amélioration est essentielle pour éviter de fragmenter l'offre de soins et de services. Cette communication doit être présente au niveau professionnel, mais également au niveau des plateformes numériques qui devront être développées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et d'autonomiser les patients à toutes les étapes de leur trajectoire de soins. Les services virtuels ou les hôpitaux à la maison sont de bons exemples de progrès technologiques qui permettent d'améliorer l'offre de services des établissements de santé québécois, mais des progrès doivent aussi être faits dans l'offre de soins primaires. Tel que mentionné à plusieurs reprises par les panélistes, il n'existe pas un modèle idéal unique de soins de première ligne, mais plutôt une combinaison de modèles qui doivent être adaptés aux besoins de la population québécoise. Ces perspectives quant à l'organisation des soins et services de santé favoriseront une meilleure équité d'accès pour la population à l'échelle de la province.