



Le recueil d'avis d'experts: analyse transversale.

PAUL MORIN, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, 3 FÉVRIER 2026

Démarche d'analyse et d'écriture

- Complémentarité des expertises (Morin, Fortin).
- Lecture de l'ensemble des avis au fur et mesure de leur réception.
- Processus itératif d'échanges et d'écriture entre les co-responsables afin d'identifier les enjeux clés.

Démarche d'analyse et d'écriture



- Production de diverses versions de travail:
 - Allez retour entre nos productions respectives;
 - Rencontres de travail avec des professionnelles des deux Instituts de première ligne.
- Production de la version finale.

Les constats clés

Un modèle québécois autrefois exemplaire:

- Le Québec brille par son modèle intégré de la santé et du bien-être.
- La Politique de santé et du bien-être (1992), comme point culminant de l'engagement de l'État québécois envers une approche globale et inclusive.
- Celle-ci incarne une vision ambitieuse et transversale visant à améliorer la qualité de vie des populations.

Un modèle québécois autrefois exemplaire:

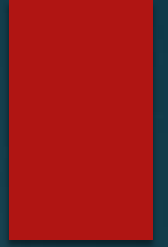
- ▶ L'État québécois a la responsabilité ultime de la scission progressive du modèle de première ligne en deux pôles distincts: santé et services sociaux (avis Martin et coll.).
- ▶ Ceux-ci se rejoignent cependant dans leur incapacité à répondre adéquatement aux besoins de la population en ce qui concerne l'accès, la qualité, la continuité et l'équité; ceci conduit parfois même à une reproduction des iniquités de santé.

Les constats clés

Une première ligne en perte de repères:

- La centralisation du réseau, la bureaucratisation et la gestion en silo désincarne progressivement la première ligne.
- Les GMF manquent d'ancrage territorial et la scission entre santé et services sociaux s'accroît, affaiblissant la réponse aux besoins des populations.

Une première ligne en perte de repères



- ▶ Plusieurs avis ont porté sur l'absence de réponses adéquates aux difficultés vécues par des individus, des groupes et des communautés, souvent vulnérables ou marginalisés:
- ▶ les personnes âgées, les communautés culturelles, les hommes, les personnes des Premières Nations et Inuit, les membres de la communauté 2+LGBTQIA, les personnes neurodivergentes et les jeunes sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

Une première ligne en perte de repères

- ▶ Plusieurs avis attirent l'attention sur les inégalités sociospatiales:
- ▶ « Les ressources favorables ou défavorables à la santé sont distribuées de manière inégale et inéquitable entre les quartiers et les communautés » (avis Shareck et coll.).
- ▶ Les interventions auprès des populations (santé mentale, obésité, itinérance, toxicomanie, protection de l'enfance, migration forcée, surmédicalisation, signes vitaux du mode de vie, facteurs de risque comportementaux) sont de plus en plus complexes.
- ▶ Ces interventions requièrent des innovations cliniques et des modes spécifiques de prestations.

Une première ligne en perte de repères

- ▶ Les trajectoires de soins, moyen actuellement privilégié pour l'intégration des services, ne semblent pas en mesure de répondre aux enjeux détaillés dans les avis d'expertes et d'experts.
- ▶ Faible contribution des TS à des trajectoires de soins mieux intégrées et mieux coordonnées entre les GMF et les services sociaux généraux. (avis Couturier et coll.).

Une première ligne en perte de repères

- ▶ La décision partagée, élément essentiel du partenariat de soins demeure sujette à de grandes variations dans les établissements et autres lieux de soins et de services, malgré des assises solides (avis Légaré et coll.).

Les constats clés

Une gouvernance en recul démocratique:

- La réforme (2015) abolit les réseaux d'établissements, réduisant les CLSC à de simples installations.
- La participation citoyenne s'efface et les réseaux locaux de services deviennent des réseaux territoriaux incapables de coordonner les acteurs locaux.

Une gouvernance en recul démocratique

- ▶ À leur origine, les CLSC, comme unités de services, devaient favoriser une étroite participation de la population à l'expression des besoins du milieu et à l'organisation des soins.
- ▶ Les personnes ne devaient pas être considérées comme des consommatrices passives et des assistées, mais bien comme des ressources appelées à jouer un rôle positif et dynamique dans l'implantation, le fonctionnement, l'évolution et la gestion de leurs centres, tout en développant leur capacité d'autogestion de leur santé.

Une gouvernance en recul démocratique

- ▶ Depuis la réforme structurelle de 2015 et l'abolition de l'*Initiative de partage des connaissances en développement des communautés*, les RLS sont devenus dévitalisés (avis Couturier et coll.)
- ▶ Incapables d'être de véritables plateformes territoriales de coordination intégrant toutes les contributions et les prestations de toutes les parties prenantes d'un RLS comme lieu privilégié de l'exercice partagé de la responsabilité populationnelle et permettant le développement de projets collectifs.

Les constats clés

Un financement déséquilibré

- Le budget alloué à la première ligne est insuffisant pour alléger la pression sur les urgences. La rémunération à l'acte domine largement et limite l'accès aux soins primaires.
- La privatisation croissante des soins soulève des enjeux de transparence, d'équité et de qualité.

Un financement déséquilibré

- ▶ Au regard de l'allocation des ressources financières aux services de santé et aux services sociaux, les avis d'expertes et d'experts ont mis en évidence plusieurs enjeux :
- ▶ 1. La première ligne représente 8 à 10 % du budget total du système de santé et de services sociaux.

Un financement déséquilibré

- ▶ 2. Les allocations aux établissements favorisent les structures hospitalières au détriment de la première ligne puisque leur attribution.
- ▶ « n'est pas réfléchie en fonction des besoins de l'ensemble du continuum des services, ni des besoins territoriaux, et encore moins de la performance des services » (avis Maillet et coll.).

Un financement déséquilibré

- ▶ 3. Le mode de rémunération à l'acte de la pratique médicale, largement dominant dans le système de soins (70 %), provoque des effets pervers et requiert des changements misant sur la rémunération mixte privilégiant notamment la capitation dans une transformation de modèles d'organisation :
- ▶ « L'augmentation des dépenses en première ligne a principalement bénéficié aux GMF et à la rémunération des médecins, sans améliorer l'accès aux soins primaires » (avis Laberge et coll.).

Un financement déséquilibré

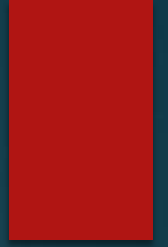
- ▶ 4. Le programme de financement et de soutien des GMF facilite le déplacement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé; 73,8 % des GMF, dont 60 % sont des sociétés par actions, fonctionnent comme des entreprises privées avec une absence d'audits réguliers sans véritable transparence des dépenses, des indicateurs d'efficacité limités et des difficultés marquées pour le contrôle de la qualité des actes (avis Laberge et coll.).
- ▶ Cette opacité entrave l'efficacité des ressources publiques et soulève des préoccupations de qualité, d'équité et de sécurité des soins dispensés (avis Jacques et coll.).

Les constats clés

Le CLSC: un pilier communautaire dévitalisé

- : Autrefois porte d'entrée du système, le CLSC est aujourd'hui désincarné et éloigné des réalités locales.
- Sa mission communautaire s'est diluée, affaiblissant la capacité d'agir de la première ligne et la compréhension des besoins spécifiques des territoires.

Le CLSC: un pilier communautaire dévitalisé



- ▶ La dilution progressive du CLSC comme infrastructure d'ancrage dans la communauté locale a eu comme conséquence notable la perte de l'expertise citoyenne auparavant présente au sein du Conseil d'administration ou à d'autres niveaux.
- ▶ Les avis d'expertes et d'experts ont ainsi relevé que cet éloignement de l'expertise locale nuit à la compréhension des situations vécues dans les communautés d'appartenance ou d'intérêts.

Le CLSC: un pilier communautaire dévitalisé

- ▶ Installations dispersées sur le territoire et relevant de vastes établissements multifonctionnels et hospitalo-centriques:
- ▶ « Dans ce contexte, la capacité d'agir de la première ligne se trouve amputée par la dilution progressive de l'ancrage dans la communauté, qui permet une lecture locale et contextualisée des besoins, enjeux et pistes de solution, là même où se trouvent les conditions d'amélioration de la santé et du bien-être » (avis Martin et coll.).
- ▶ Nous sommes ainsi très éloignés de l'idée originelle d'un réseau de CLSC comme outil de développement social au service des populations locales.

Les constats clés

Données et innovation:

- Le manque d'accès aux données cliniques et de gestion freine l'innovation et la planification. Les infrastructures de recherche peinent à jouer leur rôle stratégique, et la fracturation de l'information entre les niveaux du système nuit à la continuité des soins.

Données et innovation

- ▶ Plusieurs avis soulèvent des inquiétudes concernant la disponibilité et l'accès aux données cliniques et de gestion nécessaire pour la première ligne, et ce, tant pour le personnel intervenant, les gestionnaires et les équipes de recherches que pour la population.
- ▶ La livraison d'un système assurant la continuité informationnelle tarde ainsi à se concrétiser. Ces données sont pourtant essentielles afin de guider les décisions autant cliniques que managériales et de planification.
- ▶ La fracturation de l'information entre les différents niveaux du système de santé et la non-interopérabilité des systèmes d'information sont notamment très bien documentées (avis Maillet et coll.).

Données et innovation

- ▶ Plusieurs avis soulignent aussi l'importance du suivi et de l'évaluation du système de santé, des projets, des expérimentations et de la recherche terrain pour la première ligne. Ces avis mettent en évidence l'existence d'un noyau exceptionnel d'expertises et d'équipes de recherche.
- ▶ Les Centres affiliés universitaires et les Instituts de recherche de première ligne ont de grandes difficultés à jouer un rôle clé quant à l'évolution des connaissances en première ligne et leur transposition dans les pratiques cliniques.

Données et innovation

- ▶ Finalement, nombre d'avis s'interrogent sur la qualité de la gestion des informations et sur son incidence sur la qualité des soins.
- ▶ L'exemple des difficultés de transmission de l'information entre les hôpitaux et la première ligne en regard des personnes âgées de 75 ans et plus, le groupe d'âge le plus important au plan des journées d'hospitalisation, est bien documenté (avis Couture et coll.).
- ▶ La technologie actuelle est un obstacle à la transmission d'informations; la transition numérique unique ne sera une véritable solution que si certains éléments sont en place (avis Gagnon et coll., avis Strumpf et coll.).



Pistes de réflexion

Approche communautaire

Colloque Fédération des CLSC (1987)

- ▶ « A l'époque des premières implantations de CLSC au Québec (1972-1976), nous utilisons le vocabulaire de participation, prise en charge, autonomie, développement communautaire, support mutuel, entraide.
- ▶ Avec l'expérience, nous nous sommes raffinés et avons découvert une expression passe-partout fort commode : l'approche communautaire. »
 - ▶ Pierre Lalande, d-g, CLSC Val St-Francois en Estrie

Approche communautaire

- ▶ « L'approche communautaire est basée sur la croyance que les communautés disposent du potentiel pour améliorer leur sort et pour répondre à la plupart des besoins de leurs membres sur les plans de la santé et du social. En conséquence, elle vise à se rapprocher de la communauté et des forces vives du milieu. Nous allons donc chercher les ressources :
- ▶ des personnes mêmes aux prises avec la situation;
- ▶ de leur entourage – il faut les supporter au besoin;
- ▶ de la communauté – il faut les mettre en place au besoin. »

Fonder les services de proximité sur l'approche communautaire renouvelée

Évolution contexte et connaissances = renouvellement

Approche
communautaire
originale



Capital social

comme déterminant social de la santé



Développement des communautés

comme reconnaissance de leur potentiel



Responsabilité populationnelle

comme stratégie d'intervention collective



Partenariat avec les usagers, les proches et les acteurs du réseau

- Degré de cohésion sociale dans une communauté
- Source de coordination et coopération entre les parties



Approche
communautaire
renouvelée

Merci!