

NosSoins | OurCare

Panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec :

*Point de vue des citoyens sur l'avenir
des soins de première ligne au
Canada*

Rapport final
novembre 2023

Visitez le site web NosSoins : [OurCare.ca](https://www.ourcare.ca)

Explorez les données de NosSoins : data.ourcare.ca

Pour en savoir plus sur les processus délibératifs : masslbp.com

Financé par :

Avec le financement de



Santé Canada Health Canada



Max Bell Foundation

Basé à :



Avec le soutien de :



Family & Community Medicine
UNIVERSITY OF TORONTO

St. Michael's Foundation / ST. MICHAEL'S HOSPITAL
PROVIDENCE HEALTHCARE

Table des matières

Mot de l'INM.....	4
Ce que les législateurs doivent savoir.....	5
Panel sur les priorités de NosSoins Quebec en bref.....	12
Comprendre le processus du panel.....	15
Rapport des membres du panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec	19
Qui sommes-nous et pourquoi nous sommes-nous portés volontaires.....	20
Ce que nous constatons et ce que nous avons appris.....	20
Les défis des soins de première ligne au Québec.....	21
Valeurs.....	26
Recommandations.....	30
Programme NosSoins.....	41
Rencontrez les membres.....	47
Conférencières et conférenciers invités.....	62
Rapports minoritaires.....	65
Glossaire.....	68
À propos de NosSoins.....	69
Partenaires de NosSoins.....	71
Conception et animation du panel.....	76

Mot de l'INM



Malorie Flon
Directrice générale,
Institut du Nouveau Monde

Ce rapport témoigne du travail de 31 Québécoises et Québécois qui ont donné de leur temps pour participer à ce panel des priorités sur l'avenir des soins de première ligne au Québec. Au total, ils ont investi 930 heures dans ce processus. Le résultat ? 6 grandes priorités et 34 recommandations pour l'avenir.

Ce groupe de citoyens n'avait pas d'expertise préalable en matière de soins de première ligne. Grâce au projet, ces personnes ont pris le temps de s'informer sur les caractéristiques de soins de première ligne de haute qualité. Ils ont compris qu'il s'agit de soins complets, coordonnés et continus, et qui constituent le premier point de contact des patients avec le système de santé. Ils ont pris le temps d'étudier les problèmes et les défis auxquels est confronté le système actuel, et d'entendre une diversité de points de vue afin de formuler leurs propres idées pour améliorer la santé et le bien-être de la population. À travers leurs délibérations, elles et ils ont démontré leur capacité à se saisir d'enjeux complexes et à définir des choix et des priorités de politiques publiques sur la base de leurs attentes, qui se traduisent aussi par des valeurs communes.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux personnes qui ont consacré leur temps et leur énergie à ce panel. Leurs contributions constituent un appel à l'action pour les décideurs politiques et autres acteurs de santé et des services sociaux qui, nous l'espérons, entendons et chercherons à incarner ces priorités.

Le travail du panel des priorités nous rappelle également que nos choix en santé et services sociaux ne relèvent pas uniquement de connaissances techniques et opérationnelles, mais de considérations ancrées dans une vision de la santé humaine et dans des principes et valeurs collectives. Je tiens également à remercier les membres du comité avisé qui nous ont aidé à construire un programme adapté au contexte québécois, mais aussi les conférencières et conférenciers invités, les bailleurs de fonds, Tara Kiran, Neb Kovacina et Mylaine Breton, ainsi que l'équipe de MASS LBP pour leur confiance et leur contribution à ce processus.

Malorie Flon, directrice générale
Institut du Nouveau Monde

Ce que les législateurs doivent savoir



Pre Mylaine Breton
Co-responsable du projet
NosSoins pour le Québec

*Professeure agrégée, Université de Sherbrooke, Campus Longueuil
Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne*



Dre Tara Kiran, chercheuse principale NosSoins

*Médecin de famille, St. Michael's Hospital, équipe de santé familiale universitaire; Chercheuse, MAP Centre for Urban Health Solutions, St. Michael's Hospital, Unity Health Toronto;
Titulaire de la chaire de recherche Fidani en amélioration et en innovation de médecine familiale, Université de Toronto*



Dr Neb Kovacina
Co-responsable du projet
NosSoins pour le Québec

*Médecin de famille, Hôpital St. Mary's de Montréal
Directeur, programme d'amélioration de la qualité au Département de médecine familiale, Université McGill*

*Le terme "**soins de première ligne**" sera utilisé dans ce rapport pour référer aux soins primaires. Au Québec, le terme "soins de première ligne" est utilisé dans le système de santé et se réfère aux "soins primaires", terme utilisé plus couramment dans le reste du monde et dans la littérature scientifique.

Les systèmes de santé les plus performants dans le monde s'appuient sur des soins de première ligne* bien coordonnés et accessibles. Or, les soins de première ligne traversent une crise sans précédent. **Plus de 2 millions de Québécoises et Québécois n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne spécialisée attitrée.** Le Québec se révèle parmi les pires provinces au Canada, laquelle est parmi les pires sur la liste des pays développés.

Les défis que vivent la population et les patientes et patients qui doivent naviguer le système de santé et les soins de première ligne sont multiples. Les soins de première ligne sont dispensés souvent de manière épisodique et fragmentée et sans continuité des soins. Les personnes se retrouvent sans outils pour comprendre le système et avec un accès limité à leurs informations de santé, même si elles ont un médecin de famille attitré.

L'accès aux soins est particulièrement difficile dans le contexte d'une crise de ressources humaines. Le recrutement et la rétention du personnel restent de grands défis pour le système actuel. De plus, les médecins de famille vont à la retraite de plus en plus tôt, ou quittent le système public pour travailler au privé en plus grand nombre qu'avant.

Pour résoudre ces problèmes fondamentaux, nous devons réfléchir autrement. Avec le projet NosSoins, nous voulons donner la voix aux membres du public qui ne sont pas habituellement présents lors des prises de décisions, pour soutenir **les améliorations qui sont basées sur les valeurs et attentes des gens que le système doit servir.**

Ce rapport résume les attentes et les recommandations de 31 membres du public qui vivent au

Québec – des personnes de toutes les régions de la province qui en sont à différentes étapes de vie, provenant de différents milieux sociaux. **Ces membres du panel citoyen ont passé 30 heures ensemble à s’informer auprès des experts et expertes du domaine et à délibérer ensemble pour parvenir à un consensus pour améliorer les soins de première ligne.**

Les attentes des membres du panel citoyen pour les soins de première ligne sont exprimées par la définition des valeurs, des défis et des recommandations d’amélioration. Voici l’essentiel de ces attentes que les instances décisionnelles doivent savoir.

Fondamentalement, les membres du public estimaient que chaque personne vivant au Québec devait avoir accès à des soins primaires de qualité – un endroit vers lequel on se tourne en premier lorsqu’on a un problème et où les soins sont coordonnés entre les différentes parties du système. Ils estiment que les Québécois devraient s’attendre à des soins qui prennent en compte et s’adressent à la personne dans sa globalité et à des soins qui s’appuient sur une relation dans la durée.

Comment ces soins peuvent-ils devenir une réalité ? Quels sont les éléments à prendre en compte lors de la conception d’un tel système ? Ils ont défini des valeurs essentielles, des défis majeurs et des recommandations sur ce que pourrait être un meilleur système.

ÉQUITÉ

Les membres du panel citoyen ont réitéré l’importance de **l’équité** dans un système de santé public et universel. Les membres croient fermement que chaque personne au Québec devrait recevoir les soins dont elle a besoin, quels que soient ses antécédents, son statut socio-économique, son lieu de résidence ou ses capacités mentales ou physiques. Il ne fait aucun doute que les soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Les défis identifiés sont une trop grande rigidité et centralisation de notre système qui affectent l’innovation et la flexibilité nécessaires pour s’adapter aux populations desservies. Les membres s’inquiètent aussi d’une plus grande présence des services de santé privés qui compétitionnent pour des ressources

avec le régime public et peuvent aggraver l’accès pour les personnes plus vulnérables. Finalement, les membres du public ont identifié le besoin d’étudier les facteurs systémiques qui affectent la santé et peuvent créer des inégalités en lien avec la santé.

Recommandations :

Protéger le régime public et **élargir la couverture publique** aux traitements de toutes les conditions médicales.

Interdire les campagnes publicitaires qui favorisent le privé au détriment du public.

Développer des **outils d’information pour la population** sur le fonctionnement du système, les services offerts, et les droits des usagers et usagères.

AUTONOMISATION ET RESPECT

Les membres du panel citoyen appuient les valeurs de **l'autonomisation et du respect**. Les membres du public rappellent la contribution indéniable des patients et patientes à leurs soins et souhaitent qu'ils et elles soient davantage outillés afin de jouer un rôle central dans leurs soins. Ils reconnaissent la capacité des communautés, des patients et patientes et leurs familles à se mobiliser et collaborer avec les prestataires des soins.

Recommandations :

Donner **accès aux informations médicales**, incluant le dossier médical personnel, afin d'améliorer la collaboration avec l'équipe soignante.

Offrir des **campagnes d'éducation sur la santé** pour les communautés mal desservies.

Impliquer davantage **le public dans les décisions** affectant les soins de première ligne.

ACCESSIBILITÉ

On souligne aussi l'importance des soins **accessibles**. L'accès à des soins de première ligne dans un délai approprié selon l'urgence de la situation clinique est une composante essentielle des systèmes de santé performants. Les défis identifiés par les membres du panel citoyen sont la difficulté à attirer et retenir les ressources humaines et le manque de modèles interdisciplinaires pour offrir un accès en temps opportun.

Recommandations :

Réduire le temps des cliniciennes et cliniciens consacré aux tâches administratives à faible valeur, pour **libérer du temps pour les tâches cliniques**, la **formation continue et l'amélioration de la qualité des soins et services**.

Donner **plus d'autonomie aux professionnels et professionnelles de la santé** autres que les médecins pour faciliter l'accès aux soins et services.

Faciliter **l'intégration des professionnelles et professionnels diplômés à l'étranger**.

PRÉVENTION ET APPROCHE HOLISTIQUE

Les membres du public valorisent également **la prévention et l'approche holistique** en soins de première ligne. La prévention et l'éducation sont vues comme des éléments fondamentaux pour améliorer la santé de la population. Le médecin n'est pas la seule personne capable de répondre aux besoins de santé d'une patiente ou d'un patient. Les soins de première ligne doivent inclure tous les autres prestataires.

Recommandations :

Inclure **l'enseignement de la prévention et la promotion de la santé** dans les cursus de formation en médecine.

Bonifier **le financement en recherche en soins de première ligne** et le partage des connaissances avec la population.

Considérer **la santé holistique** comme une approche mieux adaptée à la population.

EFFICACITÉ

Finalement, les membres du public soulignent comme valeur importante du système **l'efficacité basée sur la continuité des soins et la collaboration avec les patientes et patients**, et qui ne considère pas que la rapidité ou le volume des activités. Les membres du panel citoyen identifient des défis tels que le manque de modèles novateurs qui s'assurent de la continuité des soins, l'hospitalocentrisme du système actuel, et la gouvernance centralisée qui ne mesure pas la qualité des soins de façon optimale.

Recommandations :

Favoriser **la collaboration interdisciplinaire pour assurer la continuité de soins** de qualité et en temps opportun.

Définir, en collaboration avec le public, **des indicateurs de santé populationnelle** afin de mieux cerner la performance du système.

Assurer **la redevabilité des professionnelles et professionnels** de la santé envers les usagères et usagers du service.

Le 26 mai 2023, les membres du panel citoyen NosSoins du Québec ont présenté leurs recommandations pour un meilleur système aux instances provinciales de soins de première ligne. Les valeurs et les recommandations formulées ont trouvé un écho dans la salle.

Le travail fait par le panel citoyen a été une belle démonstration de **la volonté du public à participer aux décisions vis-à-vis le futur des soins de première ligne**. En ayant accès aux informations, opinions d'experts et expertes et un environnement propice à la réflexion, les membres ont pu se mettre d'accord sur une vision commune d'un meilleur système. Nous les remercions encore pour leur générosité.

Il est maintenant à nous, les décideurs, décideuses et les professionnels et professionnelles de la santé, d'agir et de diffuser les valeurs et les attentes de la population que nous servons!



Pre Mylaine Breton

Co-responsable du projet NosSoins pour le Québec



Dr Neb Kovacina

Co-responsable du projet NosSoins pour le Québec



Dre Tara Kiran

Chercheuse principale, NosSoins





Panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec

En bref

Le panel sur les priorités de NosSoins au Québec a réuni 31 résidentes et résidents, choisis au hasard, pour refléter approximativement la démographie de la province, en mettant l'accent sur les communautés mal desservies. Ils et elles ont passé environ 30 heures à écouter des expertes et experts, notamment sur les caractéristiques documentées de soins de première ligne performants, ainsi qu'à délibérer ensemble, dans le but de formuler des recommandations sur ce à quoi devrait ressembler un meilleur système de soins de première ligne. NosSoins organise également des panels sur les priorités en Ontario, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba. Les rapports sont rédigés par des membres du public. Pour plus d'informations, visitez OurCare.ca/PrioritiesPanels.

Points forts des recommandations :

Enjeux systémiques affectant la santé

- Prioriser et respecter le droit à l'autonomie des personnes, notamment celles ayant des incapacités visibles et invisibles, en leur fournissant de l'aide, comme de meilleurs soins à domicile;
- Développer des outils de vulgarisation sur le fonctionnement du système, sur les services disponibles et sur les droits des usagères et usagers;
- Fournir de la formation continue aux travailleuses et travailleurs de la santé pour prévenir les discriminations.

Ressources humaines

- Créer des milieux de travail optimaux et inclusifs pour les nouvelles générations d'employées et employés;
- Fournir un soutien administratif aux praticiennes et praticiens afin de leur permettre de consacrer plus de temps à la pratique, à la formation continue et à la qualité des interventions;
- Améliorer la reconnaissance des diplômes acquis à l'extérieur du Québec et développer des initiatives visant l'intégration des travailleuses et travailleurs étrangers.

Flexibilité et innovation

- Valoriser une approche de santé plus holistique, notamment en améliorant la formation des médecins en prévention et en promotion de la santé;
- Veiller à ce que les patientes et patients aient la possibilité d'accéder à leur dossier médical personnel, afin d'améliorer la collaboration avec leur équipe soignante;
- Donner plus d'autonomie et de marge de manœuvre aux professionnels et professionnelles de la santé, autres que les médecins.

31 membres

15 conférenciers et
conférencières

30 heures de
programmation

31 recommandations

Valeurs des membres

Équité • Accessibilité •
Efficacité • Approche
préventive et
holistique •
Autonomisation •
Respect •

Les problèmes que nous voulons résoudre

Enjeux systémiques affectant la santé de la population peu reconnus •
Difficulté à attirer et retenir les ressources humaines •
Manque de flexibilité et d'innovation •
Insuffisance de modèles interdisciplinaires •
Gouvernance trop centralisée •
Présence croissante du secteur privé et à but lucratif •

Points forts des recommandations :

Interdisciplinarité et continuité

- Faire en sorte que les prestataires de soins de première ligne favorisent une culture institutionnelle tenant compte des déterminants sociaux de la santé, afin d'assurer une bonne continuité des soins;
- Valoriser et favoriser une meilleure collaboration interdisciplinaire entre les prestataires des soins de santé et les services communautaires.

Décentralisation de la gouvernance

- Assurer que les établissements de santé et de services sociaux prévoient un nombre suffisant de places réservées au public sur leurs conseils d'administration;
- Créer un comité populaire ayant pour mandat de surveiller et de faire des recommandations sur les activités législatives et gouvernementales relatives aux soins de santé et à la production d'informations sur la santé de la population;
- Définir, en co-construction avec les citoyennes et citoyens et les bénéficiaires, des indicateurs de santé populationnelle afin de mieux cerner la performance des programmes et des services du système de santé.

Promotion du système public

- Protéger et étendre la couverture du régime public aux traitements de toutes les conditions médicales, afin d'améliorer l'accessibilité et l'équité des services;
- Définir un meilleur cadre juridique pour superviser la pratique privée à but lucratif, afin de ne pas entraver l'accessibilité des services de santé couverts par le régime public;
- Limiter les possibilités de développement du modèle entrepreneurial en santé et services sociaux.



Comprendre le processus du panel

Objectifs du panel sur les priorités en soins de première ligne*

Un panel des priorités est constitué de personnes volontaires, sélectionnées aléatoirement pour discuter et s'interroger sur un défi social et politique complexe. Un tel groupe est généralement composé de 36 à 48 personnes et tend vers une certaine forme de représentativité en favorisant une composition équitable et diversifiée selon les caractéristiques de la population. Les personnes participantes s'engagent à représenter le plus fidèlement possible l'ensemble des résidentes et résidents du Québec.

L'objectif du panel est de parvenir, à la fin du processus délibératif, à un consensus sur une série de recommandations qui peuvent être transmises aux gouvernements, aux associations professionnelles et à la société dans son ensemble. Le panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec a eu pour mandat d'examiner les différentes approches pouvant renforcer le système de soins de première ligne au Québec.

* Voir le [glossaire](#) à la fin du rapport pour une description de certains termes utilisés.

Également, les discussions ont eu comme finalité l'élaboration de recommandations de mesures que les gouvernements et les prestataires de soins de santé devraient prendre pour s'assurer que toute la population québécoise ait accès à des soins de première ligne équitables et de qualité.

Les sessions de discussion ont été guidées par quatre questions clés :

1. Quelles sont les attentes des Québécoises et Québécois envers le système de soins de première ligne?
2. Quels aspects d'un système de soins de première ligne de haute qualité devraient être prioritaires compte tenu de vos attentes?
3. Comment mieux soigner les clientèles en quête d'équité et réduire les écarts d'accès aux soins?
4. Quel est le rôle des soins de première ligne à but lucratif au Québec?

À la suite de cinq sessions d'information et de discussion, les membres du panel ont élaboré un rapport comportant leurs recommandations. Ce rapport se retrouve dans la section [Rapport des membres du panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec](#), du présent document.

Qu'est-ce qu'une loterie civique?

Une loterie civique est un moyen équitable de sélectionner les membres d'un panel sur les priorités. Cette méthode repose sur une certaine forme de tirage au sort qui utilise un processus de sélection aléatoire pour recruter les membres du panel à partir d'un groupe de personnes qui se sont portées volontaires pour faire partie du panel. Le résultat est un groupe de bénévoles qui correspond en grande partie aux caractéristiques démographiques de la région qu'il représente.



Portrait des membres

31 membres

Afin de représenter le plus adéquatement possible les besoins de la population québécoise, tout en incluant le point de vue des personnes qui peuvent être moins souvent entendues dans les débats publics, la sélection aléatoire des personnes participantes a tenu compte d'une surreprésentation délibérée de groupes méritant l'équité, dont : les personnes dont l'identité ethnique est autre que blanche, les personnes qui rencontrent des problèmes de revenu ¹, ou celles qui résident au Canada depuis moins de 10 ans. 31 personnes ont composé le panel québécois. Les informations ci-dessous présentent le portrait des membres, selon différentes caractéristiques.

Répartition des membres du panel en fonction de certaines caractéristiques

Genre ² :

17 - femmes
14 - hommes

Age :

3 - 18-29 ans
9 - 30-44 ans
10 - 45-64 ans
9 - 65+ ans

Membres s'identifiant comme autochtones : 1

Membres s'identifiant comme faisant partie d'un groupe racisé : 9

Membres au Canada depuis moins de 10 ans : 6

Membres déclarant avoir des problèmes de revenus : 12

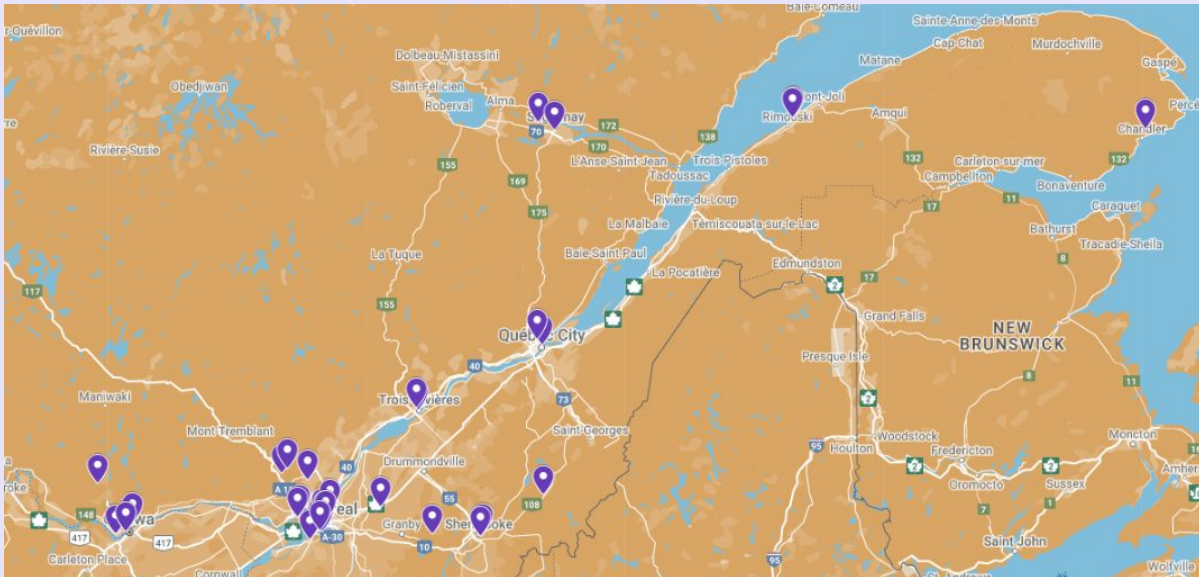
Membres qui n'ont pas d'attachement aux soins de première ligne ³ : 12

¹ La question suivante leur était posée : « Avez-vous de la difficulté à payer vos factures à la fin du mois ? »

² "Femmes" se réfère aux femmes cisgenres et transgenres. Le terme "hommes" désigne les hommes cisgenres et transgenres.

³ Pour l'attachement aux soins de première ligne, la question suivante leur était posée : « Avez-vous actuellement une ou un médecin de famille ou un infirmier praticien/une infirmière praticienne que vous consultez régulièrement ? »

Répartition géographique des membres du panel



- 18 - Urbain (Laval, Montréal, Montérégie, Capitale-Nationale)
- 9 - Centre-sud (Estrie, Mauricie)
- 3 - St-Laurent (Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)
- 1 - Nord (Laurentides, Outaouais, Saguenay-Lac-Saint-Jean)



Rapport des membres du panel sur les priorités en soins de première ligne au Québec

Qui sommes-nous et pourquoi nous sommes-nous portés volontaires

Nous sommes des citoyennes et citoyens bénévoles issus de différents milieux et représentant une diversité de croyances, d'identités de genre, d'orientations sexuelles, de cultures, d'ethnicités, de capacités et de différences générationnelles. Nous travaillons pour servir l'ensemble de la population du Québec provenant des quatre coins de la province, tant des milieux urbains que des milieux ruraux. Nous sommes toutes et tous les bénéficiaires d'un système de santé qui se détériore. Ce déclin a commencé il y a plusieurs décennies et s'est accéléré à chaque changement de gouvernement.

Que ce soit par désaccord, par souci d'amélioration, par protestation ou par conviction, nous voulons toutes et tous que nos voix soient entendues et considérées par les hautes instances. Nous sommes conscientes et conscients du privilège de pouvoir nous exprimer et nous le faisons en pensant aux personnes qui ne le peuvent pas. Nous ne parlons pas au nom des autres, mais nous les avons pris en compte tout au long du processus.

Le système de soins de première ligne du Québec est en crise. Il est

urgent de donner suite à nos recommandations.

Ce que nous constatons et ce que nous avons appris

Les soins de première ligne sont la pierre angulaire du système de santé et de services sociaux. Selon une enquête internationale récente, 31 % des adultes (plus de 18 ans) québécois n'ont pas de professionnelle ou professionnel de la santé attiré.*

Le Québec a besoin de soins de première ligne plus performants, en développant un travail en interdisciplinarité. Avec une pénurie de plus de 2 000 médecins de famille dans les années à venir, nous serons contraints de réaffecter les ressources et de soutenir le rôle des médecins, ce qui accentuera les besoins dans d'autres domaines. Puis, le besoin de formation de ceux-ci nécessitera d'affecter les médecins pratiquants à l'enseignement, ce qui aura un impact sur différentes professions médicales et conséquemment modifiera l'offre de services. Les cinq prochaines années seront particulièrement difficiles sans une meilleure optimisation des ressources humaines.

* NosSoins. «Explorateur de données d'enquête», 2022. <https://data.ourcare.ca/all-questions>

Nous avons été sensibilisés aux déterminants sociaux de la santé et les coûts financiers et de mortalité liés au transport quotidien des résidentes et résidents pour des examens et des traitements augmentent au fil du temps.

Nous avons été informés des différents points de vue sur les services de santé à but lucratif. Le manque d'encadrement des services à but lucratif, comme c'est le cas actuellement, a un impact négatif sur la fiabilité du système de soins de santé. Les barrières d'accessibilité des soins de première ligne entraînent un revirement vers le paiement d'un service de santé. L'accès aux soins de santé essentiels est censé être gratuit et couvert par notre régime public.

Nous pensons que des solutions existent pour optimiser l'utilisation des ressources financières, administratives et humaines du système de santé, comme une meilleure utilisation des soins à domicile. Ces solutions doivent être des réponses adaptées et flexibles aux réalités différentes de la population québécoise et à leurs besoins de plus en plus complexes et diversifiés. Une optimisation des ressources favorise une meilleure rétention du personnel et améliore le profil des différentes professions de santé, en faisant un meilleur usage

des différents domaines d'expertise. Nous avons rencontré des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui sont prêts à travailler ensemble pour créer et mettre en œuvre des pratiques et des modèles innovants. Toutefois, des contraintes bureaucratiques, législatives et politiques freinent leur adoption et leur mise en œuvre dans l'ensemble du système de soins.

Nous comprenons que les pratiques et les décisions actuelles et futures doivent être basées sur des études qui nous permettent de mieux comprendre, entre autres, l'impact des lois et des politiques sur la santé de la population québécoise.

Les défis des soins de première ligne au Québec

Voici les défis en lien avec les soins de première ligne que nous identifions à la suite des réflexions auxquelles cet exercice de délibération nous a soumis.

1. **Les enjeux systémiques affectant la santé de la population sont peu reconnus.** Notre système de santé ne semble pas toujours prioriser le bien-être global, dans toutes ses dimensions, des personnes usagères. Le respect de l'intégrité des soins est essentiel et implique la

reconnaissance et la prise en considération des problèmes systémiques affectant la santé des personnes usagères. Une meilleure compréhension des problèmes systémiques implique également de valoriser les différentes réalités socioculturelles des personnes à tous les niveaux.

2. **La difficulté à attirer et à retenir les ressources humaines.** La pénurie de main-d'œuvre dans les soins de santé et les services sociaux est exacerbée par les heures supplémentaires forcées, la mauvaise qualité de l'environnement de travail, la mauvaise santé des professionnelles et professionnels, et le manque de reconnaissance. Nous constatons des conditions de travail inadéquates, de la rigidité et un manque de collaboration avec la communauté à de nombreux niveaux. De plus, la reconnaissance des qualifications étrangères est trop longue et laborieuse, ce qui ne contribue pas à remédier à la pénurie de main-d'œuvre.

3. **Le manque de flexibilité et d'innovation dans le système de santé.** Le système de santé n'est pas suffisamment efficace. La circulation et la gestion de l'information sont inadéquates et technologiquement dépassées, ce qui a un impact sur l'efficacité de la communication entre l'administration, les professionnelles et professionnels, et les usagères et les usagers des services de santé. L'administration n'est pas suffisamment informée de la réalité sur le terrain, au niveau des prestations des soins, et la mesure du succès de ces prestations ne prend pas en compte le retour sur l'expérience des utilisateurs et utilisatrices des services. En particulier, il est difficile de comprendre pourquoi l'information médicale n'est pas partagée facilement et rapidement entre les Québécoises et les Québécois et les professionnelles et professionnels qui les soignent. Le système est lourd et résistant au changement. Cela entrave sévèrement la créativité dans la recherche de solutions innovantes.

4. **Il n’y a pas assez de modèles interdisciplinaires pour répondre aux attentes en matière de rapidité et de continuité des soins.**

L’hospitalocentrisme du système de santé ne tient pas suffisamment compte des déterminants sociaux de la santé pour assurer la prestation de soins de qualité au Québec. Par exemple, les soins à domicile sont difficiles à obtenir, incohérents et ne sont pas promus comme un programme d’inclusion sociale viable. Il n’existe pas non plus de vision, de plan d’action ou de législation en matière de prévention, ce qui influence négativement la santé globale de la population. En outre, la qualité des soins et le temps consacré à la consultation des patientes et patients sont affectés négativement par l’approche actuelle du système, dans lequel le médecin de famille est placé au centre de l’action : l’exécution de certains tests diagnostics, l’approbation des prescriptions des autres spécialistes, ou encore les suivis des dossiers d’assurances, sont des tâches qui se retrouvent entre les mains des médecins, alors

qu’elles pourraient être attribuées à d’autres personnes. Cette approche nuit à la possibilité pour d’autres professionnelles et professionnels de la santé de fournir des soins aux individus.

5. **Une gouvernance trop centralisée des institutions en santé.** L’organisation actuelle des soins de santé publics est trop centralisée, opaque et crée un système complexe, difficile à comprendre, bureaucratique, protocolaire et préjudiciable. Il laisse peu de place à la responsabilisation, étant donné que les décisions sont prises à une trop grande distance des personnes utilisatrices. Un système de soins solide sera doté d’un modèle organisationnel flexible, capable de s’adapter aux réalités et aux besoins de l’environnement dans lequel il est implanté. Une gouvernance décentralisée donnerait une plus grande autonomie aux professionnelles et professionnels et aux communautés pour mettre en œuvre des solutions innovantes et appropriées, et la responsabilité serait plus claire et plus directe.

Le soutien du gouvernement à la gouvernance locale et à l'engagement du public dans l'identification des besoins collectifs, des solutions et des priorités, est essentiel.

6. **La présence croissante du secteur privé et à but lucratif nuit à la robustesse du secteur public.** Nous constatons une présence croissante de services de soins de première ligne privés à but lucratif.

Cela a pour effet de diminuer le bassin de ressources humaines disponibles pour le secteur public et d'augmenter les iniquités d'accès aux soins pour les personnes ne pouvant pas payer de leur poche pour les services sociaux et de santé. Également, ce secteur n'offre pas toujours un suivi aux personnes qui ont des problèmes médicaux plus complexes, ce qui, par conséquent, augmente la pression sur le système de santé public.



Valeurs

Voici les valeurs qui, selon nous, devraient guider la prise de décision et la priorisation des solutions pour de meilleurs soins de première ligne au Québec.

Équité

L'équité signifie que chaque personne, indépendamment de son origine, de son histoire ou de son profil, peut bénéficier et obtenir des soins de qualité. Tous les obstacles à l'obtention de soins empathiques et plus justes doivent être éliminés et compris à partir d'une approche intersectionnelle. L'intersectionnalité implique que les problèmes de santé spécifiques et les soins donnés sont façonnés par le genre, la culture, le revenu, la langue et d'autres facteurs. Aussi, chacune et chacun d'entre nous doit être prêt à s'informer sur ses préjugés personnels, conscients et inconscients.

L'équité ne doit pas être confondue avec l'égalité. La valeur de l'équité signifie qu'une plus grande proportion de la population est incluse et que différentes communautés reçoivent des solutions, des outils et des programmes distincts qui tiennent compte de leur réalité unique.

C'est le système qui doit s'adapter à la personne, et non l'inverse.

Accessibilité

L'accessibilité implique l'accès aux soins et la disponibilité des services de santé de première ligne pour tous et toutes en éliminant toutes les barrières structurelles (installations et équipements), culturelles et financières. Améliorer l'accessibilité implique de décloisonner l'expertise et décentraliser le rôle des médecins pour mobiliser rapidement les autres professionnelles et professionnels. Il s'agit également d'améliorer la communication des informations essentielles et le partage des connaissances entre les patientes et patients, les prestataires de soins, et les institutions.

L'accessibilité, c'est aussi la protection de la gratuité de notre système de santé publique.

Efficacité

L'efficacité consiste à bien faire les choses, à faire ce qui est nécessaire et à se concentrer sur ce qui est le plus important : le bien-être de la patiente ou du patient à long terme. La responsabilité première du système de santé et de ses prestataires est de fournir à chaque patiente ou patient des soins de la meilleure qualité possible. Pour y arriver, les professionnelles et professionnels de la santé doivent écouter activement la ou le patient et ses expériences en posant les

bonnes questions. Une conversation bilatérale permettra d'initier les actions les plus appropriées en faveur de la santé.

L'efficacité est également définie comme l'allocation optimale des ressources et la prévention des conséquences d'interventions incomplètes. Un manque de continuité dans les soins peut aggraver l'état de santé d'un patient ou d'une patiente et l'obliger à revenir dans le système de santé.

Pour renforcer l'efficacité, nous devons donc trouver des moyens d'inciter la responsabilisation du système et des prestataires vis-à-vis du résultat souhaité par la personne qui reçoit une intervention. Les médecins et les professionnelles et professionnels de la santé doivent avoir une définition cohérente de l'efficacité avec celle des patientes et patients.

Finalement, il n'est pas nécessaire d'être rapide pour être efficace. Ralentir a ses mérites.

Approche préventive et holistique

Une approche préventive et holistique reconnaît la valeur des services sociaux complémentaires à la médecine et se préoccupe du bien-être d'une personne en tant


qu'entité à part entière, sans compartimenter ses problèmes.

Une approche holistique place l'individu dans son environnement et étudie la relation entre les deux. La prévention et l'éducation sont privilégiées dans cette approche afin d'éviter de graves problèmes dans le futur.

Cette approche globale de la personne est à l'échelle locale. Elle vise à être sensible au contexte des personnes et à être moins protocolaire. Le médecin n'est pas la seule personne capable de répondre aux besoins de santé d'une patiente ou d'un patient. Les soins de première ligne doivent inclure des professionnelles et professionnels qui ont été historiquement marginalisés par le système de santé et les patientes et patients doivent être orientés vers des services qui puissent vraiment les aider.

Autonomisation

L'autonomisation de la population, et des citoyennes et citoyens qui la composent, doit être une finalité du système de santé. L'objectif est de s'assurer que le patient ou la patiente acquiert toute l'autonomie et les compétences nécessaires pour prendre efficacement soin de sa santé, pour participer activement à



sa prise en charge et pour créer ainsi un impact positif sur sa famille et sa communauté. L'information et les bons outils peuvent permettre à une personne de prendre en charge sa santé. Le gouvernement doit faciliter ce partage d'informations et de connaissances pour mieux informer les citoyennes et les citoyens et les soutenir dans l'identification de leurs besoins et des soins qu'ils et elles requièrent.

Respect

Le respect est une modalité qui définit la relation entre les personnes praticiennes et les patientes et patients. Respecter les personnes signifie respecter leurs connaissances, leurs expériences et leur histoire de vie. La valeur du respect reconnaît également la capacité des communautés, et des patientes et patients et familles qui les composent, à se mobiliser et à prendre soin d'eux-mêmes, et les praticiennes et praticiens de santé sont considérés comme des collaboratrices et des collaborateurs.





Recommandations

Voici les recommandations que nous souhaitons soumettre pour orienter les décisions concernant les soins de première ligne au Québec.

Priorité 1 : Mieux reconnaître les enjeux systémiques affectant la santé des personnes

- 1.1 Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) priorise et respecte le droit à l'autonomie des personnes, notamment celles ayant des incapacités visibles et invisibles, en leur fournissant de l'aide, comme de meilleurs soins à domicile, et en soutenant leur intégration réussie dans la communauté. Le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap leur assure une vie indépendante plus saine.
- 1.2 Nous recommandons que le MSSS, en collaboration avec différentes parties prenantes de la société civile et de professionnelles et professionnels en communication, développe des outils de vulgarisation sur le fonctionnement du système public de santé et de services sociaux, sur les services disponibles et sur les droits des usagères et usagers. Des exemples d'outils sont : un site internet officiel, le déploiement de messages et de campagnes de sensibilisation publiques par des agences de communication, ou encore un document interactif similaire au Guide alimentaire canadien. Ces outils doivent être mis à jour régulièrement.
- 1.3 Nous recommandons qu'une formation continue obligatoire soit offerte aux travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux, qui traite de tout type de discrimination afin d'augmenter l'équité dans la prestation des soins. Les formations peuvent porter sur le racisme, la discrimination sexuelle et de genre, la transphobie et l'homophobie, la grossophobie, l'âgisme, la violence médicale, l'itinérance, la stigmatisation de la santé mentale, les différences culturelles, religieuses et linguistiques et ainsi de suite.

- 1.4 Nous recommandons que le MSSS mène une étude scientifique et objective sur les causes sous-jacentes à l'expérience des personnes en situation d'itinérance et les facteurs intangibles qui amènent les personnes vivant dans des centres d'hébergement à se rendre aux urgences. Les facteurs qui amènent les personnes à se rendre aux urgences comprennent, de manière non exclusive, les conditions de santé mentale telles que la dépression, les crises d'angoisse, la détresse, les idées et tentatives suicidaires, l'automutilation et d'autres encore. Libre de toute idéologie, l'étude doit prendre en compte les expériences des résidents et des résidentes des refuges en matière de soins médicaux avant et après la période d'itinérance, les politiques linguistiques et migratoires, la méfiance de ces personnes à l'égard du système de soins de santé et leur capacité à comprendre leur situation. Les résultats de ces études devraient être facilement accessibles et gratuits pour le grand public.

Priorité 2 : Attirer et retenir les ressources humaines en soins de première ligne

- 2.1 Nous recommandons que les employeurs qui œuvrent en soins de première ligne, dont le gouvernement provincial, créent des milieux de travail optimaux et inclusifs en reconnaissant les besoins et les attentes des nouvelles générations d'employées et d'employés et en adaptant les exigences professionnelles et les conditions de travail à cette nouvelle réalité.
- 2.2 Nous recommandons que les différents niveaux de gouvernement, les syndicats, les employeurs des personnes qui œuvrent en soins de première ligne et les employées et employés, travaillent ensemble pour attirer et retenir les travailleurs et les travailleuses, grâce à une plus grande flexibilité et à de meilleures conditions de travail. Par exemple, en collaboration avec les fédérations médicales, introduire un système de remplacement pour les médecins en congé ou absents, abolir les heures supplémentaires obligatoires, réorganiser les horaires en fonction des disponibilités réelles, des intérêts et des préférences du personnel et créer des équipes volantes.


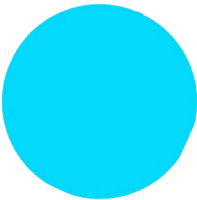

Nous suggérons également d’aplanir la structure hiérarchique actuelle des soins de santé, par exemple, en simplifiant la bureaucratie, en encourageant la collaboration entre les travailleurs et les travailleuses pour favoriser l’innovation, en incluant les assistantes ou assistants administratifs dans l’équipe médicale, en promouvant la gestion horizontale pour une prise de décision partagée, et en consultant les parties prenantes sur les obstacles à l’accomplissement de leurs rôles.

- 2.3. Nous recommandons que le MSSS et les établissements en santé et services sociaux fournissent un soutien administratif aux praticiennes et praticiens afin de leur permettre de consacrer plus de temps à la pratique médicale, à la formation continue et à la qualité des interventions auprès des patientes et des patients. Parmi les exemples de soutien et d’outils administratifs, citons la standardisation et la simplification des formulaires internes et externes (formulaires pour l’employeur et pour les assurances), la création de nouveaux postes au soutien administratif, l’évaluation des méthodes de gestion actuelles et l’évaluation de la possibilité d’instaurer un dossier médical unique pour l’ensemble de la province. Ainsi, les praticiennes et les praticiens subiront moins de stress au travail.
- 2.4. Nous recommandons que le ministère de l’Enseignement supérieur et les ordres professionnels travaillent de concert à élargir le bassin de main-d’œuvre en reconnaissant les diplômes acquis à l’extérieur du Québec. Des exemples d’initiatives visant l’intégration des travailleuses et travailleurs étrangers dans le secteur des soins de première ligne peuvent inclure de mettre en place des programmes de formation, délivrer des permis de travail restrictifs, offrir des stages supervisés et favoriser un meilleur partage de connaissances et de compétences parmi les praticiennes et praticiens de la santé et des services sociaux.

Priorité 3 : Pivoter vers un système plus flexible et innovant

- 3.1. Nous recommandons que la santé holistique soit davantage considérée comme une approche adaptée à la population du Québec. Ainsi, la souveraineté de la patiente ou du patient serait reconnue : les soins de santé éviteraient de privilégier les prescriptions médicales par rapport à d’autres traitements, en prenant en compte la santé physique, mentale, émotionnelle, sociale, familiale, culturelle et spirituelle d’une personne.



- 
- 
- 
- 3.2. Nous recommandons que les gouvernements provincial et fédéral financent, à la hauteur de son importance, la recherche sur les soins de première ligne, ainsi que le partage d'information et l'éducation de la population à la navigation du système de santé et à la gestion des soins. Les connaissances acquises dans le cadre des recherches en soins de première ligne doivent être rendues publiques et diffusées auprès de toutes les parties prenantes.
 - 3.3. Nous recommandons que le ministère de l'Enseignement supérieur et les facultés universitaires révisent le cursus du programme de formation en médecine afin d'inclure des cours en promotion et prévention de la santé, notamment sur la nutrition, et ce, dès la première année d'université.
 - 3.4. Nous recommandons que le MSSS, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) facilitent la mise en place de nouvelles politiques de gestion et de partage des données, en précisant les responsabilités des établissements et des médecins. De plus, les renseignements médicaux doivent demeurer confidentiels, mais être facilement accessibles et rendus compréhensibles.
 - 3.5. Nous recommandons que le MSSS, les CISSS, les CIUSSS et les professionnelles et professionnels de la santé veillent à ce que les patientes et patients aient la possibilité d'accéder à leur dossier médical personnel, en particulier en cas de changement de personnel ou de départ à la retraite d'une ou d'un médecin, afin d'améliorer la collaboration entre la patiente ou le patient et son équipe soignante.
 - 3.6. Nous recommandons que plus d'autonomie et de marge de manœuvre soient données aux professionnels et professionnelles de la santé, autres que les médecins, pour faciliter l'accès aux soins et services. Par exemple, en offrant plus de flexibilité dans les actes réservés, en se détachant d'une approche biomédicale unique et en facilitant la télémédecine dans les pratiques.
 - 3.7. Nous recommandons que l'Office des professions incite les ordres professionnels à revenir à leur mission originale, soit de servir et protéger la population, afin d'assurer la redevabilité des professionnelles et professionnels de la santé envers les usagères et usagers du service et de

respecter la Loi régissant les ordres professionnels.

- 3.8. Nous recommandons que les établissements de santé, les professionnelles et professionnels de la santé et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) collaborent pour améliorer l'accès à des soins médicaux qui utilisent une meilleure technologie pour les examens, les tests, les traitements pharmacologiques, les chirurgies et les mammographies par exemple.

Priorité 4 : Tirer parti de l'interdisciplinarité pour faciliter la continuité des soins en temps opportun

- 4.1. Nous recommandons que les prestataires de soins de première ligne favorisent une culture institutionnelle tenant compte des déterminants sociaux de la santé, et ce, en agissant dans le meilleur intérêt de l'individu et en favorisant la continuité des soins pour toutes et tous.
- 4.2. Nous recommandons que le MSSS et les prestataires favorisent une meilleure collaboration avec les services communautaires pour résoudre les problèmes de santé récurrents, les situations de crise et ainsi assurer la continuité de soins de qualité en temps opportun.
- 4.3. Nous recommandons que les organisations de première ligne partout au Québec améliorent l'accès aux soins en offrant des séances d'information de groupe et des campagnes d'éducation sur la façon de naviguer le système, en particulier pour des communautés mal desservies, pour des personnes ayant des conditions de santé spécifiques comme une douleur chronique ou des conditions nouvellement diagnostiquées et pour d'autres personnes ayant des besoins sociaux, comme par exemple des personnes sans domicile fixe. L'éducation peut s'avérer thérapeutique pour les communautés et peut être dispensée par divers moyens, tels que des sessions en personne ou virtuelles, ainsi que la publicité dans les médias.

Priorité 5 : Décentraliser et améliorer la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux

- 5.1. Nous recommandons que tous les établissements de santé, du niveau régional, comme les CISSS et les CIUSSS, ou encore au niveau local de prestation de soins, comme les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les groupes de médecine de famille (GMF), prévoient un nombre suffisant de places réservées au public et aux usagères et usagers des services sur les conseils d'administration. Le nombre de places réservées doit être d'au moins 30 %.
- 5.2. Nous recommandons que l'Assemblée nationale du Québec adopte une loi créant un comité populaire ayant pour mandat de surveiller et de faire des recommandations sur les activités législatives et gouvernementales relatives aux soins de santé et à la production d'informations sur la santé de la population, et ce, quel que soit le ministère ou l'organisme responsable de ces activités. Ce comité populaire s'apparenterait à un jury représentatif de citoyennes et citoyens, choisis au hasard, mais représentatifs de la population, indépendants et responsables devant l'Assemblée nationale, à l'instar de l'Ombudsman. Il serait important que ce comité populaire dispose de moyens pour, entre autres, s'assurer de comprendre les réalités de toutes les catégories de la population.
- 5.3. Nous recommandons que les élus et élues des gouvernements provinciaux et municipaux du Québec, ainsi que toutes les candidates et tous les candidats potentiels, suivent une formation obligatoire sur le féminisme intersectionnel et la discrimination systémique tel que l'âgisme, le jeunisme, la grossophobie, le sexisme, le racisme, la discrimination linguistique, la stigmatisation de la santé mentale et la réalité des personnes en situation de handicap. Les législatrices et législateurs doivent être équipés adéquatement pour élaborer et mettre en œuvre des politiques plus inclusives. Puis, la formation doit être créée et mise en œuvre par des professionnelles et professionnels dont l'expertise est reconnue par leurs pairs ou qui ont une grande expérience directe avec ces situations.

Panel

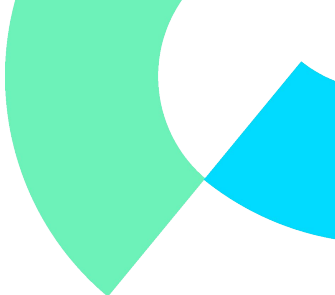
es n...és



- 5.4. Nous recommandons que le gouvernement du Québec, les gouvernements de proximité, les établissements de santé et de services sociaux et les partis politiques s'engagent à impliquer le public dans les décisions qui affectent les soins de première ligne, afin de respecter leur voix et de prendre pleinement en compte leurs opinions.
- 5.5. Nous recommandons que les chercheuses et chercheurs, les citoyennes et citoyens, les bénéficiaires et les professionnelles et professionnels de la santé définissent ensemble des indicateurs de santé populationnelle afin de mieux cerner la performance des programmes et des services du système de santé à tous les niveaux géographiques et administratifs, du niveau national au niveau local de la prestation de soins.
- 5.6. Nous recommandons que le gouvernement du Québec assure les capacités autonomes des organisations d'usagères et d'usagers, des organismes communautaires en santé et services sociaux et de la population pour leur permettre de participer à des études sur la santé et la performance des services et programmes, ainsi que les outiller pour qu'elles et ils puissent produire leurs propres études indépendantes.
- 5.7. Nous recommandons que le gouvernement du Québec s'assure de mettre en place des services publics bien coordonnés, dont le pouvoir de décision est décentralisé et la gestion plus horizontale.

Priorité 6 : Encadrer la pratique privée à but lucratif et promouvoir le système public

- 6.1. Nous recommandons que le gouvernement du Québec protège et étende la couverture publique aux traitements de toutes les conditions médicales afin d'améliorer l'accessibilité et l'équité des services ainsi que d'assurer une meilleure prise en charge des patientes et patients. Par exemple, les services optométriques devraient être couverts, ainsi que les prothèses auditives et les appareils d'aide à l'écoute, les soins dentaires et les frais d'ambulance. Les frais des plans de traitements alternatifs à la médication devraient également être couverts, tels que les cours de yoga.

- 
- 6.2. Nous recommandons que le gouvernement encadre l'offre de services de santé privés à but lucratif. Un meilleur cadre juridique est nécessaire pour superviser la pratique privée à but lucratif, afin de ne pas entraver l'accessibilité des services de santé couverts par le régime public.
 - 6.3. Nous recommandons que le gouvernement du Québec interdise les campagnes publicitaires qui défavorisent le secteur public au profit du secteur privé et prenne des mesures pour promouvoir des pratiques de santé saines, inclusives et publiques, accessibles à l'ensemble de la population, sans discrimination.
 - 6.4. Nous recommandons que le gouvernement du Québec limite les possibilités de développement du modèle entrepreneurial en santé et services sociaux pour ne pas nuire à un système de santé et de services sociaux public, universel et équitable. Ce modèle n'est ni compatible ni acceptable dans un système de soins financés par l'État.
 - 6.5. Nous recommandons que le MSSS encadre la tarification des établissements de santé privés à but lucratif et que ces derniers soient obligés d'informer la population sur les coûts réels des traitements et des interventions.
 - 6.6. Nous recommandons que le gouvernement du Québec exige des assureurs privés qu'ils couvrent également les conditions médicales préexistantes et plus complexes.



Programme NosSoins

Déroulement et objectifs des sessions

La démarche s'est étendue sur cinq séances. Les deux premières ont été tenues en ligne, sur le logiciel de visioconférence Zoom, les samedis 22 avril et 6 mai 2023. Les trois autres ont eu lieu à Montréal les 26, 27 et 28 mai 2023. À l'occasion de ces séances, les membres du panel ont rencontré 15 expertes et experts qui les ont informés au sujet de différentes dimensions des soins de santé de première ligne au Québec et dans d'autres juridictions et ont eu l'occasion de leur poser leurs questions. Ils ont également participé à des discussions de groupe guidées par des animatrices et animateurs de l'Institut du Nouveau Monde (INM). Voici quelques détails sur les séances auxquelles les membres ont participé.

Séance 1 : samedi 22 avril virtuel

La première séance a permis aux membres du panel de se familiariser avec la démarche et avec le système de soins de santé de première ligne au Québec. Les membres ont été accueillis par les deux animatrices principales, Émilie Hervieux et Malorie Flon, qui se sont relayées à l'animation à différents moments durant la démarche. La Dre Tara Kiran, chercheuse principale et initiatrice du projet, et Dr Nebojsa Kovacina et Pre Mylaine Breton, co-responsables du projet au Québec, ont ensuite prononcé un mot de bienvenue aux personnes participantes. Cette première rencontre avait comme objectifs de présenter le mandat du groupe et le fonctionnement du processus délibératif, ainsi qu'initier une première réflexion sur les valeurs qui devraient définir l'expérience des soins de première ligne au Québec. Les membres ont également participé à deux présentations. La première conférence a permis de réaliser un premier tour d'horizon de ce que sont les soins de première ligne avec la Dre Marie-Dominique Beaulieu, professeure émérite au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de

l'Université de Montréal¹. La deuxième conférence, présentée par le Dr Nebojsa Kovacina, médecin de famille et directeur du programme d'amélioration continue de la qualité (ACQ) au département de médecine de famille de l'Université McGill, portait sur les résultats de l'enquête nationale réalisée en première phase de la démarche NosSoins.


Séance 2 : samedi 6 mai virtuel

Lors de la deuxième séance, les personnes participantes ont assisté à différentes présentations et discussions d'expertes et d'experts sur les modèles de soins de première ligne au Québec et ailleurs dans le monde, ainsi que sur l'accès aux soins de santé pour les groupes en quête d'équité. La première présentation, sur les différents modèles de soins de première ligne, a été réalisée par Dre Mylaine Breton, professeure titulaire au département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Sherbrooke et co-responsable du projet au Québec. Ensuite, la Dre

Isabelle Leblanc, médecin de famille travaillant en soins de première ligne, a introduit dans sa présentation les notions d'équité et d'injustice dans les soins de santé, ainsi que les déterminants sociaux de la santé. Cette présentation a été suivie d'une séance d'échanges entre trois invitées présentant différents défis auxquels font face certains groupes de la population pour l'accès à des soins de santé de première ligne. Marie-Claire Rufagari était du nombre des invitées. Elle est coordonnatrice du Volet Formation de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI). Dre Geneviève Auclair, médecin de famille au Centre de santé Inuulitsivik (CSI) au Nunavik, ainsi que Lesley Hill, ex-commissaire de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, ont aussi contribué à cette séance de discussion. Les personnes membres du panel ont ensuite été attribuées à des sous-groupes pour identifier ensemble les caractéristiques essentielles et prioritaires d'un système de soins de première ligne et poursuivre les échanges sur les valeurs qui devraient définir l'expérience des soins de première ligne au Québec.

¹ Une biographie plus complète des conférenciers et conférencières se trouve à la section [Conférencières et conférenciers invités](#)





Séance 3 : vendredi 26 mai Montréal

Lors de cette première séance en présentiel, les membres ont finalisé la définition des valeurs et ont assisté à une présentation du Dr Nebojsa Kovacina sur les types de services qui constituent les soins de première ligne québécois : les organisations publiques à but non lucratif, les services qui obtiennent du financement public, les services à but lucratif et ceux qui sont complètement identifiés comme privés. Cette présentation a été suivie d'un échange entre trois personnes expertes sur le rôle des services à but lucratif dans le système de soins de première ligne québécois : Patrick Déry, rédacteur adjoint à Options politiques, Dre Isabelle Leblanc, médecin de famille travaillant en soins de première ligne, ainsi que Pre Nadia Sourial, professeure au Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé de l'École de Santé publique de l'Université de Montréal.

Séance 4 : samedi 27 mai Montréal

Cette séance avait pour but de faire travailler les membres sur les enjeux liés aux soins de santé de première ligne au Québec et de leur permettre d'entamer une réflexion sur les recommandations qu'ils souhaitent émettre aux décideurs. Pour les aider dans leur réflexion, une première présentation sur les modèles de soins interdisciplinaires a été offerte par Pre Nancy Côté, professeure agrégée au département de sociologie de l'Université Laval, ainsi que par Christine Laliberté, présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) et chargée de projet pour l'initiative Archimède. Les membres ont également assisté à un échange sur le thème des choix et des priorités institutionnelles avec Dre France Légaré, médecin de famille au groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)* Saint-François d'Assise, Dr Damien Contandriopoulos, professeur titulaire à l'école des sciences infirmières de l'Université de Victoria (BC), ainsi que de Me Marco Laverdière, chercheur

associé à la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé et au Hub santé - politique, organisations et droit (H-POD) de l'Université de Montréal.

Séance 5 : dimanche 28 mai Montréal

Lors de la dernière séance, les membres ont travaillé à finaliser la rédaction des différentes parties constituant le rapport, soit la présentation des membres du panel, les apprentissages et les principaux constats faits sur les soins de première ligne tout au long du processus, les valeurs devant guider les décisions concernant le système de soins de première ligne, ainsi que leurs recommandations. En après-midi, une présentation du fruit de leur travail a été réalisée à l'intention d'un auditoire de 37 personnes, parmi lesquelles 14 étaient en ligne et 23 en présentiel, provenant du milieu de la recherche et universitaire, et de diverses organisations touchant les soins de première ligne, telles que le Collège québécois des médecins de famille, Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Commissaire à la santé

et au bien-être. La séance s'est terminée par une distribution de certificats de reconnaissance à chacun des membres du panel.



Wes Soins
1-800-235-1802
NAME: [unreadable]
TITLE: [unreadable]
ADDRESS: [unreadable]
CITY: [unreadable]
STATE: [unreadable]
COUNTRY: [unreadable]

YOUNG
THE
PLAN

Rencontrez les membres

CHANTAL BÉGIN

J'ai fait mon primaire et secondaire à Lac-Mégantic, mon CÉGEP à Sherbrooke et par la suite, j'ai habité à Longueuil, Varenne, Aylmer et je suis de retour à Lac-Mégantic. J'ai deux enfants à l'Université, un conjoint plus âgé que moi de 11 ans et 3 petits enfants, par alliance, de moins de 6 ans. Mes deux parents de plus de 72 ans et ma belle-mère de 86 ans sont toujours vivants, mais malades. Je vous dis tout ça pour illustrer que je suis soucieuse du bien-être de plusieurs générations. J'ai majoritairement travaillé en administration au sein des garderies. Mais je cumule aussi 6 ans dans le milieu de la santé. J'ai un poste depuis 2 ans ½ dans un CHSLD comme agente administrative.

JOËLLE BÉRUBÉ

Femme de 38 ans, passionnée de gin, de baseball et de pêche, fascinée par la psychologie humaine, survivante d'un AVC majeur à l'âge de 30 ans et fonctionnaire à temps partiel depuis son retour au travail en 2018. Impliquée dans la sensibilisation de la population canadienne sur les maladies du cœur et les AVC chez les femmes, ainsi qu'à la mort évitable des femmes avec la recherche sur le cœur de ces dernières, elle a été ambassadrice du Gala de la Robe Rouge Gatineau en 2019 et demeure porte-parole de Coeur+AVC pour la région de l'Outaouais à ce jour. Toujours prête à débattre d'enjeux sociétaux ou de politique, et assoiffée de nouvelles connaissances, elle aura toujours une question pour vous.

KRISTIAN CLINTON

Je vis à Montréal avec mon petit chien, Leroy, mais j'ai eu la chance de vivre dans de nombreux endroits du monde. Originaire de l'Ontario, je me suis porté volontaire pour faire partie du panel des priorités en raison de ma curiosité insatiable. En tant que grand voyageur, je me suis familiarisé avec divers systèmes et perspectives de santé, ce qui a façonné mes opinions sur la santé et sur ce que signifie être en bonne santé. C'est pourquoi je donne la priorité à ma santé et j'opte pour des produits biologiques et sans OGM, tout en excluant les médicaments et les vaccinations de mes modalités de traitement. J'ai quitté mon poste de spécialiste en commerce électronique, en prenant le temps de mettre l'accent sur mon bien-être général. Cette opportunité m'a permis de redécouvrir ma passion pour l'improvisation, le vélo, la natation et l'apprentissage des langues - en particulier le français !

MARIE MICHELLE DIMANCHE

Actuellement, je fais partie du Centre des femmes les unes et les autres, comme représentante des participantes. Au RUTAC de la MRC Rivière-du-Nord, regroupement des usagers du transport adapté et collectif, je siège comme vice-présidente depuis quelques années. J'offre aussi ma participation à certaines activités de Signée Femmes, maison de femmes de la Rivière-Rouge, dans Les Laurentides, pour faire découvrir ma culture. Je conte, chante et danse en animant des ateliers de tam-tam. Chaque année, je me joins à un organisme à Montréal, le KEPKAA, pour faire découvrir le créole dans certaines Maisons de la culture qui se joignent à nous et dans les écoles.

DONALD GILBERT

J'ai grandi au Saguenay que j'ai quitté en 1979 pour mes études à l'Université Laval, en finance. Je suis un passionné de gestion, de stratégies d'affaires et de développement organisationnel. Après huit ans en direction financière, je réoriente ma carrière vers la direction générale. De 1990 à aujourd'hui, j'ai occupé des postes de direction générale au sein d'organisations de divers secteurs : télécommunications, agroalimentaire, technologies de l'information, centres de recherche et association provinciale de services (secteur ambulancier québécois). Ayant accompagné mes parents dans le système de santé, j'y ai constaté bien des faiblesses (procédure prédominante) mais des gens dédiés, dévoués espérant des changements, malgré les échecs des réformes. Au Québec, on dit qu'entrer dans le système est difficile, mais une fois dedans, tout va relativement bien... Mais encore!

JORGE GONZALEZ

Je suis marié et père de deux filles. Né en 1946 au Chili, j'y ai travaillé comme enseignant jusqu'au coup d'État militaire de 1973 qui m'a forcé à fuir mon pays d'origine. En 1977, j'ai donc été accueilli au Canada comme réfugié politique. Au Québec, j'ai travaillé quelques années dans le secteur de la fabrication mécanique, puis comme traducteur du français vers l'espagnol. Je suis maintenant retraité depuis 2012.

MISS, ALONGSIDE
ARE CENTERS,
EFFECTIVENESS
IN UITY BY
G INTERDISCIPLINAR
BETWEEN THE

QUESTIONS
CONCEPTS

- 1. Understanding the...
2. Understanding the...
3. Understanding the...
4. Understanding the...
5. Understanding the...
6. Understanding the...
7. Understanding the...
8. Understanding the...
9. Understanding the...
10. Understanding the...





SANDRA GUALTIERI

Je suis la présidente d'AbleFly, qui développe un dispositif de positionnement orthopédique adapté qui permettra à un plus grand nombre de personnes handicapées de prendre l'avion en toute sécurité et avec dignité. Je milite en faveur de l'accès universel et de l'inclusion de toutes les personnes handicapées. Je suis une femme atteinte d'une paralysie cérébrale, un handicap physique qui m'empêche de marcher et qui affecte mon élocution. J'ai obtenu un baccalauréat en études féminines et en sociologie à l'université McGill et je défends aujourd'hui les personnes handicapées sous divers aspects, notamment en sensibilisant les policiers et la population aux obstacles auxquels sont confrontées les femmes handicapées qui ont besoin d'un abri pour échapper à la violence conjugale et en améliorant les réglementations fédérales en matière de transport avec le comité des transports du Conseil canadien des personnes handicapées. Je suis heureuse de faire partie de ce panel dans l'espoir d'améliorer le système de santé du Québec. En raison de mon handicap, on m'a refusé des frottis et des coloscopies. En 2016, j'ai participé à une manifestation concernant le manque d'accessibilité aux bâtiments médicaux physiques et l'inaccessibilité des mammographies. Ces problèmes persistent.

ROBIN GUMÉRY

Bonjour, mon pronom est « il ». Du haut de mes 30 ans, je possède plusieurs années d'expérience dans le domaine de la santé ainsi que dans le milieu communautaire. Diplômé en éducation spécialisée en 2014, j'aime m'impliquer dans ma communauté et prendre soin des autres. Je crois en un système de santé plus fort qui sera au service d'une population dont les besoins sont grands, puisque ce dernier se doit d'être amélioré. Je suis également un fervent défenseur des droits des personnes. Ma journée débute avec un sourire et l'espoir de changer le monde. On me connaît blagueur, bienveillant et créatif. C'est un honneur pour moi de faire partie de ce panel et de contribuer à faire avancer le Québec.

TARA HALL

Je suis née et j'ai vécu dans une ferme d'élevage de moutons en Ontario jusqu'à ce que mon père canadien-français et ma mère immigrante britannique déménagent avec ma petite sœur et moi à Montréal lorsque j'avais 3 ans. Mes parents ont divorcé lorsque j'avais 6 ans et se sont remariés, ce qui m'a donné une demi-sœur plus âgée et un demi-frère plus jeune, qui ont tous deux des enfants et même des petits-enfants. Je suis handicapée depuis l'âge de 27 ans, même si je n'ai toujours pas été diagnostiquée 25 ans plus tard. Je m'identifie comme une personne LGBTQ. J'ai récemment acheté ma propre maison avec l'aide de ma famille. J'aime apprendre de nouvelles choses.

GILBERT HOOM

Bonjour ! J'ai immigré de Malaisie en 2009. J'ai la chance de vivre dans ce pays où les privilèges dont je bénéficie en tant que contribuable n'existent pas dans mon pays d'origine. Je travaille dans le secteur des services depuis la fin de mes études secondaires et je vois maintenant les répercussions d'être constamment debout, sur mes pieds. Le fait d'avoir vécu dans deux provinces différentes m'a donné une idée générale du contraste et des installations offertes, avec des jours où j'aurais aimé pouvoir bénéficier de services de santé sans tracas. Je sais que mes pairs et ma famille ont du mal à bénéficier de ces services. Je suis idéaliste et curieuse, et j'appliquerais certainement ces traits de caractère pour aider à améliorer le système !

LEE KALPIN

Je suis née à Montréal en 1940 dans une famille d'immigrants d'Europe de l'Est. Pendant la Seconde Guerre mondiale, mes parents et ma famille élargie craignaient que leurs enfants ne meurent de faim, comme ils l'avaient fait en Europe pendant la Première Guerre mondiale. Ils ont donc acheté une ferme en Ontario. Une fois la guerre terminée, nous avons déménagé à Toronto, où j'ai grandi et suis allée à l'école. J'ai fréquenté une école de commerce et je suis devenue assistante juridique, travaillant pour divers cabinets d'avocats à Toronto pendant de nombreuses années. Puis je me suis mariée, j'ai eu trois enfants et j'ai déménagé à la campagne, où je pouvais avoir des chevaux. Le mariage n'a pas fonctionné, et lorsque mes enfants ont grandi, je suis

retournée à l'université pour devenir d'abord instructrice de fitness, puis massothérapeute agréée. J'ai exercé cette profession et enseigné pendant 36 ans, prenant ma retraite au début de la pandémie, à l'âge de 80 ans. Dans le cadre de ma carrière, j'ai développé un vif intérêt pour les soins de santé, en particulier en ce qui concerne les personnes âgées. À ma retraite, j'ai vendu ma maison et déménagé à Gatineau, au Québec, où j'ai de la famille. Je m'installe et j'apprécie ma nouvelle ville et mes nouveaux amis.

SARA KEMP

Biographie non disponible.

VENISE LANDRY

Née dans la grande cité de Montréal, j'y ai occupé des postes de gestion dont un m'a marquée : coordonnatrice de soins à domicile. Écoutant l'appel des feux de la rampe, j'ai suivi une formation théâtrale. Fervente d'improvisation, j'y ai plongé dans les années 70. En participant à maintes soirées de Meurtres & Mystères, j'ai cumulé mes crédits de l'UDA. En 2004, nous déménageons à Eastman où j'ai œuvré pour les correspondances d'Eastman. Au fil du temps, j'ai trouvé ma voie de chroniqueuse pour la radio de Sherbrooke et pour un magazine web. Ces activités rejoignent mon conjoint, un artiste auteur/illustrateur à qui je consacre le meilleur de mon énergie. Je m'appête à inaugurer mon propre balado « La volumineuse » attisée d'une douce flamme qui embrasera notre littérature inspirante.



MARTIN LANGEVIN

Je suis né à Ottawa en Ontario. Je me suis porté volontaire pour le projet NosSoins pour partager mes expériences, surtout en ce qui concerne les influences potentielles de politiques d'aide aux victimes de violences sexuelle et conjugale, linguistiques, d'immigration, et de lutte contre l'itinérance, sur la santé mentale des résidents du Québec et puis sur la fréquence de leurs utilisations de services médicaux. J'ai déjà fait l'expérience des services de santé mentale du Québec (liés à l'immigration et la violence conjugale), de la République populaire de Chine (lié à la dépression quand je travaillais en Chine), de l'Ontario et du Québec (liés au troubles de stress post-traumatique et à l'itinérance), et du Québec, de l'Ontario, et de la République populaire de Chine (liés aux traumatismes linguistiques).

PHILIPPE LATOUCHE

Bonjour, je suis originaire de la Capitale-Nationale. Analyste d'affaires, je vis avec une maladie post-infectieuse qui est la COVID longue depuis plus de trois ans et qui m'a rendu invalide. Maladie invisible et chronique, je suis souvent stigmatisé par le personnel de soins. J'ai la chance d'avoir une équipe médicale formidable qui m'entoure, mais je veux m'assurer que tous reçoivent les mêmes soins. Spécialement pour les gens atteints d'une maladie post-infectieuse telles l'encéphalomyélite myalgique, la COVID longue ou la fibromyalgie. Entre temps, la pression sur les soins primaires sera toujours plus grande avec une population plus vieillissante. Il est donc important d'agir maintenant en contribuant à ce panel pour s'assurer d'une vie où nos soins ne deviennent pas un privilège basé sur des critères de sélection.

JOSÉ MATHIEU

J'ai 50 ans et je suis né en Haïti. Je suis au Canada depuis 36 ans. J'habite à Laval, au Québec, et je travaille depuis 18 ans pour l'Agence des Services Frontaliers du Canada. Je me suis porté volontaire pour le panel car l'avenir des soins de santé au Canada me préoccupe. En tant qu'utilisateur, j'ai souvent beaucoup de difficulté à avoir un rendez-vous médical d'urgence, même en ayant un médecin de famille. J'espère que les soins de santé seront plus accessibles dans le futur.

DARROW MAXIS

Biographie non disponible.

LUCIE MAYER

Artiste lyrique, professeure de chant et langagière, Lucie Mayer est diplômée de Concordia, de l'UQAM, de McGill et bientôt, de l'UQTR (Maîtrise traduction en anglais - français). Elle a fait carrière au Québec depuis 1988 et en Allemagne de 2003 à 2010. Un bête accident (2016) lui retire son habilité à marcher et l'introduit à un monde kafkaïen, celui du système de soins du Québec, qu'elle juge intensément, presque autant qu'elle soutient les personnes, la plupart de bonne foi, qui y œuvrent. Femme de gauche, Lucie milite pour les droits sociaux et politiques de tous et toutes (incluant PANDC) et particulièrement pour le droit à la santé, à une alimentation optimale, à l'éducation et à l'accessibilité universelle. Elle vit à Prévost avec son chéri et bientôt, un chat.

LAURENT MILLOT

J'ai grandi dans la grande région de Montréal. Depuis plus de 32 ans, je suis résident de Pabos (Gaspésie). Avant de prendre ma retraite, il y a environ 3 ans, j'ai travaillé dans le domaine de la recherche halieutique (pêche et aquaculture) à titre de chercheur puis de gestionnaire de centre de recherche. Je m'implique dans des organisations qui visent à soutenir les aînés. Je fais de l'accompagnement et je suis un « super voisin » ce qui me permet de saisir certains enjeux liés à la santé de personnes isolées. Je contribue également à une organisation qui vise à offrir de la formation aux aînés (ADAUQAR). Cette dernière a pour mission d'offrir des activités d'apprentissage à l'intention des personnes de 50 ans et plus. Elles contribuent à leur qualité de vie et à leur santé mentale, brisent leur isolement et stimulent leur curiosité, leur mémoire et leur capacité de réflexion. Je m'intéresse à la santé, car c'est un déterminant essentiel, d'une part, pour assurer mon vieillissement personnel inéluctable, mais d'autre part, pour une société saine. Selon moi, la santé doit avoir un volet de prévention bien développé et une vue sous tous ses aspects : biologiques, alimentaires, sociaux, etc.

PETER MUIR

Né à Victoria, Peter a vécu à Calgary, à Edmonton et à Port Credit (près de Toronto) pendant ses premières années. Actuellement, il habite à environ 35 minutes au nord-ouest de la ville de Gatineau sur la rive du lac Bernard, un petit lac dans les collines de la Gatineau. Peter et sa femme, Kathy (née à Montréal) sont mariées depuis 53 ans. Ils sont parents de deux filles et grands-parents de quatre petits-enfants. Ils ont tous les deux grandi en passant leurs étés au lac Bernard, où ils se sont rencontrés. Ils sont devenus résidents permanents il y a 24 ans. Pour eux, le lac est l'endroit privilégié où ils peuvent profiter de la vie à la campagne, recevoir des amis et participer à une communauté soudée. Peter a obtenu son titre de CA et a ensuite travaillé en Ontario (Ottawa et Owen Sound) dans un certain nombre de postes administratifs et financiers supérieurs, auprès de divers grands et petits organismes de santé et de services sociaux dans le secteur public (provinciaux, municipaux) et le secteur privé (à but lucratif, sans but lucratif, caritatif).



ROSENA OLIVIER

Jeune maman de deux adorables petites filles remplies d'énergie et de passion, Rosena est femme multidisciplinaire et animée par la passion d'aider autrui. Elle œuvre notamment comme préposée aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD et hôpitaux. Pour aider les gens à s'intérioriser, elle est également professeure de méditation transcendantale en Amérique du Nord et du Sud, ainsi que dans les Caraïbes. Elle a également travaillé pendant plusieurs années dans le domaine du tourisme et de l'événementiel. Proche des personnes atteintes du cancer, aujourd'hui, elle se retrouve dans les finances. Parmi tant d'autres chapeaux qu'elle porte, elle est une militante et une citoyenne bien engagée au sein de son entourage, et désire que tous et toutes aient le même droit sur tous les sphères de leur vie, et plus précisément, les droits primaires.

JULIA PAGÉ-DAIGNEAULT

Julia Pagé-Daigneault est une femme dans la vingtaine en bonne santé physique qui habite sur la Rive-Sud de Montréal. Depuis son adolescence, elle tente de développer des habitudes qui lui permettent d'avoir une bonne hygiène de vie. Elle souhaitait depuis longtemps avoir accès à un.e médecin de famille, pourtant, elle a vécu 18 années sans en avoir un.e. Son implication dans le projet « Nos Soins » est due au fait qu'elle avait très peu de connaissances vis-à-vis des soins primaires au Québec. En effet, malgré avoir grandi dans cette province, elle considère en connaître peu sur la structure des soins primaires dans la province ainsi que sur les ressources adéquates à contacter en cas de besoin. Complétant tout juste une maîtrise en gestion qui lui a permis de se familiariser avec les divers enjeux d'équilibre de vie personnelle et vie professionnelle des individus, l'implication auprès du projet était pour elle une occasion idéale de discuter avec des individus aux profils variés sur un enjeu d'actualité post-covid : l'avenir des soins primaires au Québec.

PIERROT PÉLADEAU

Homme, 68 ans, en bonne santé (mais allergique aux chats), sans médecin de famille depuis 4 ans, ayant aussi accompagné en soins primaires ses deux filles, sa mère, son père, sa conjointe, ainsi que quelques proches. Je vis tout seul comme un grand en banlieue de villégiature dans les Laurentides (région notoirement en déficit de personnels et installations en soins de santé). Suis chercheur-conseil en évaluation sociale de systèmes d'information (version crue : il s'agit d'éviter que l'informatique scrappe la vie des gens). J'ai aussi travaillé plusieurs années au sein et avec différentes organisations de personnes avec handicaps, de défense des droits humains ou œuvrant à l'inclusion numérique et l'appropriation citoyenne des technologies numériques.

ANNIA PIERRE

Je me présente, j'ai 29 ans et je suis technicienne en administration dans le réseau de la santé sur l'île de Montréal. J'ai décidé de participer au projet NosSoins, car je suis consciente des nombreux enjeux dans le système de santé au Québec. Ce sera l'occasion pour moi de prendre part aux réflexions et de discuter d'éventuelles solutions qui auront pour objectif d'améliorer le service offert à la population et/ou toute autre sphère qui touche le domaine de la santé. Je suis prête à apprendre, à échanger et à partager mes expériences en tant qu'usagère de ses services lors de ces rencontres.

DANIEL PINAULT

Bonjour. Je suis du Bas du Fleuve, plus précisément à Rimouski. Je suis né dans un petit village pittoresque non loin : Le Bic. Ça fait déjà 70 années que je suis sur cette terre et je ne m'en plains pas à date. Mes études se résument à 3 années de Cégep en administration, ensuite, à suivre des cours d'appoint à l'université de Rimouski, l'UQUAR. Pour ensuite être à l'emploi d'une entreprise de télécommunication pendant 35 ans. Je suis retraité depuis 2007, mais pas tout à fait, parce que je n'ai pas arrêté de travailler un peu partout depuis. Mes implications communautaires : membres du Club Richelieu de 1980 à 1990, membre des Chevaliers de Colomb de Rimouski depuis 6 ans, bénévole pour l'association du cancer de l'est du Québec depuis 8 années, bénévole à la Maison de soins palliatifs Marie Élisabeth depuis 12 ans. Mes loisirs : la nature (la forêt, le bord de la mer), le camping, la marche, l'équitation, la lecture. Je suis grand-papa de deux petits fils : Patrice, 17 ans et Simon, 15 ans. J'ai un Amour de fille qui vient d'avoir 44 ans.

EVELYN PITRE

Evelyn Pitre est une professeure à la retraite. Spécialisée au départ en comportement organisationnel, elle s'est finalement orientée vers l'enseignement des communications d'affaires. Elle a enseigné au Canada à l'UQTR, à l'École des HEC de Montréal et à Wilfrid Laurier University (ON). Elle a terminé sa carrière à l'University of North Texas (Denton, Texas) où elle a montré à de nombreux jeunes américain.e.s à s'exprimer correctement en anglais au travail. Depuis sa retraite, cette mère de trois jeunes adultes est la proche aidante de trois personnes de plus de 90 ans et l'accès à la santé est devenu une préoccupation importante.

VALERIE PYKE

Bonjour-hi, je m'appelle Val! Je suis née, j'ai grandi et j'habite toujours à Châteauguay, sur la Rive-Sud de Montréal. J'apprécie une carrière passionnante en tant qu'administrateur de la sécurité, ainsi que d'exploiter ma propre petite entreprise de photographie de mariage. En novembre 2004, suite à une grossesse parfaite, mon premier et unique fils est né de manière inattendue avec une maladie en phase terminale. Lui, son père et moi avons passé la majorité de ses 18 mois de vie en tant que patient hospitalisé à l'Hôpital de Montréal pour enfants, et c'est à ce moment-là que j'ai appris à quel point notre système de santé au Québec est vraiment brisé. Près de 20 ans plus tard et une pandémie mondiale, il n'a fait que s'aggraver progressivement. Je suis honorée de faire partie de ce panel prioritaire et j'espère contribuer à apporter des changements pour tous les citoyens du Québec.



CAROLINE SANTOS

Salut ! Je vis actuellement à Montréal et j'ai grandi à Laval. Fille aînée de parents immigrants brésiliens, j'ai souvent endossé le rôle de médiatrice culturelle et d'exemple académique au sein de ma famille. Diplômée au 1er cycle en actuariat et finances, puis au 2e cycle en intelligence d'affaires, mon parcours me plonge dans le monde des données à la recherche de compréhension des modèles et d'optimisation. Comprendre les facteurs qui influencent un modèle et ses résultats repose souvent sur des raccourcis et des biais que je m'efforce constamment de remettre en question. À mesure que le monde évolue, les hypothèses sous-jacentes de tout nouveau modèle doivent également évoluer. De plus, l'efficacité est au cœur de mes valeurs, ce qui me pousse à rechercher des opportunités d'automatisation et d'optimisation dans tout ce que je fais, que ce soit à la maison ou au travail. Cela m'amène à ma participation au panel ! Malgré une bonne santé, j'ai rencontré de nombreuses frustrations et inefficacités au sein de notre système de soins de santé. Apprendre et discuter de notre système de soins de santé, et contribuer en proposant des recommandations visant à améliorer sa gestion, sa responsabilité et sa capacité d'adaptation m'ont motivée à rejoindre la mission de NosSoins.

SÉBASTIEN SIROIS

Biographie non disponible.

ALEXIS-PAUL ST-GERMAIN

Ici Alexis-Paul, né sur la rive sud éloignée de Montréal, quadragénaire, a expérimenté l'école publique et privée et a constaté le différentiel. Fait des études universitaires non complétées. Il est impératif et urgent de réformer le système de santé pour assumer sa pérennité avec le défi de la charge additionnelle du vieillissement de la population et aussi de la pénurie de main-d'œuvre et finalement de la pression aiguë des changements climatiques à venir. Depuis plus de 30 ans les gouvernements provinciaux québécois ont fait des réformes du système de santé, allant d'une décentralisation mieux adaptée aux besoins mais avec l'inconvénient d'une hyperinflation des coûts avec comme conséquence un retour d'une réforme centralisatrice du réseau de santé, avec un meilleur contrôle de l'inflation, mais avec l'inconvénient d'un réseau rigide. Le monopole du réseau public ne favorise pas une saine gestion. Il est temps de revoir le mode de financement pour favoriser une logique libérale de libre concurrence du secteur du réseau de la santé, en favorisant le secteur privé à but lucratif et non lucratif ; coopérative encadrée par le gouvernement avec un appui financier du gouvernement.



JULIE YIP

Julie œuvre dans le domaine de la santé depuis plus de 10 ans. Ergothérapeute de formation, elle travaille comme professionnelle de recherche et contribue aux cours d'ergothérapie de l'Université de Montréal. Elle se distingue par ses compétences en santé mentale, en design universel, ainsi que par son expérience auprès de la clientèle gériatrique. Elle met de l'avant l'importance du travail d'équipe et est toujours très investie dans ce qu'elle entreprend. Souvent qualifiée de force tranquille, elle est reconnue pour ses conseils avisés et son écoute attentive. Elle s'intéresse grandement à l'innovation sociale et au respect des droits de la personne. Grande amatrice des animaux, elle est actuellement bénévole pour Les Pattes Jaunes, un catalogue numérique francophone destiné à l'adoption provenant de refuges éthiques.

Conférencières et conférenciers invités

Dre Geneviève Auclair est médecin de famille au Centre de santé Inuulitsivik (CSI) au Nunavik depuis 2007. Son parcours professionnel l'a aussi menée en gestion, en santé publique et en enseignement. Passionnée par son milieu de travail unique, elle donne régulièrement des conférences sur des thèmes tels que la médecine en milieu nordique et la sécurisation culturelle auprès des populations autochtones. En tant que cheffe du Département régional de Médecine générale (DRMG) du Nunavik, elle milite pour que les particularités médicales du territoire soient mieux reconnues.

Pre Marie-Dominique Beaulieu est diplômée de l'Université Laval et Fellow du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Elle est professeure émérite au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal et chercheuse associée au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et discriminations (CRÉMIS). Ses recherches portent sur l'organisation et la qualité des soins de première ligne et les pratiques collaboratives. Elle a pratiqué la médecine de famille pendant 37 ans et elle a occupé divers postes de leadership. Présidente du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) en 2012-2013, elle a reçu, en 2013, un doctorat honoris causa de l'Université Laval. De 2014 à 2018, elle a été directrice scientifique de l'Unité de soutien à la recherche axée sur le patient du Québec dans le cadre de la Stratégie de recherche axée sur les patients (SRAP) des Instituts de recherche en santé du Canada. Elle collabore avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS) comme médecin expert dans le domaine de la médecine de famille et des soins de première ligne. Reconnue comme faisant partie des 20 pionniers de la recherche en médecine familiale par le CMFC, elle est membre de l'Ordre national du Québec depuis juin 2019 et membre de l'Ordre du Canada depuis décembre 2022.

Pre Mylaine Breton est professeure titulaire au département des sciences de la santé communautaire au campus Longueuil de l'Université de Sherbrooke et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en gouvernance clinique sur les services de première ligne. Elle a reçu la bourse canadienne Harkness/CFHI 2019-2020 en politiques et pratiques de soins de santé. Ses recherches actuelles visent à mieux comprendre les innovations organisationnelles prometteuses pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services.

Pr Damien Contandriopoulos est professeur titulaire à l'école des sciences infirmières de l'Université de Victoria (BC). Son programme de recherche est centré sur l'analyse des politiques de santé, l'utilisation des connaissances scientifiques dans les processus de décision et le développement de modèles de soins de première ligne performants.

Pre Nancy Côté est professeure agrégée au département de sociologie de l'Université Laval, chercheuse boursière du FRQS et chercheuse à VITAM où elle est co-responsable de l'axe de recherche Environnements : milieux de vie, milieux de travail et milieux de soins. Ses travaux se situent au croisement de la sociologie du travail, des professions et des organisations. Ses recherches portent sur les transformations des organisations de santé et de services sociaux en première ligne et leurs effets sur le travail des professionnels, des médecins et des gestionnaires de ce secteur. Elle a développé une expertise dans les recherches menées en partenariat avec différents acteurs de la première ligne.

Patrick Déry est rédacteur adjoint à Options politiques, ainsi que chroniqueur et analyste de politiques publiques. Il s'intéresse notamment aux enjeux touchant la santé et les institutions démocratiques. On peut le suivre sur Twitter [@patrickdery](https://twitter.com/@patrickdery).

Lesley Hill est titulaire d'un baccalauréat en travail social de l'Université McGill et d'une maîtrise en gestion et développement des organisations de l'Université Laval. Son expérience professionnelle l'a amenée à œuvrer auprès de diverses populations, dont les enfants et leur famille, les personnes âgées et les utilisateurs de services en santé mentale et en dépendance. Elle a occupé diverses fonctions de gestion au sein du Réseau de la santé et des services sociaux, dans les régions de la Mauricie-Centre du Québec, en Montérégie et à Montréal. En mai 2012, Madame Hill a été nommée directrice générale adjointe et ensuite directrice générale des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw. Après la fusion des établissements de santé et services sociaux en 2015, Madame Hill a dirigé le programme jeunesse au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. En 2019, elle a été nommée commissaire par le Conseil des ministres à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. Retraîtée depuis 2022, Madame Hill s'investit dans plusieurs causes sociales, dont celles visant le bien-être des enfants et des familles et des personnes en contexte de vulnérabilité. Elle croit à la prévention et à l'importance d'agir sur les inégalités sociales et de santé, tout en misant sur la participation des personnes requérant des soins et services.

Dr Neb Kovacina est médecin de famille à Montréal. Depuis 2017, il est directeur du programme d'amélioration continue de la qualité (ACQ) au département de médecine de famille de l'Université McGill. Il a joué un rôle consultatif dans différents projets et initiatives provinciaux et nationaux en matière d'amélioration continue de la qualité des soins de première ligne. Au cours des dernières années, il a été

responsable de l'ACQ pour le Collège québécois des médecins de famille et est resté impliqué dans différentes initiatives visant à promouvoir l'ACQ et l'amélioration des soins de première ligne à tous les niveaux. Il est également le conseiller médical et expert en ACQ au sein du Groupe Innovation Santé, l'organisation responsable de la mise en œuvre du modèle du Centre de Santé de la Personne au sein du Service correctionnel du Canada. Il est l'un des fondateurs de l'Académie Qualité Santé.

Christine Laliberté est présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du Québec (AIPSQ). En plus de sa pratique d'IPS en soins de première ligne, elle est chargée de projet pour Archimède, un nouveau modèle de soins qui met l'accent sur la collaboration interprofessionnelle en optimisant l'utilisation du rôle des infirmières et d'un groupe de ressources professionnelles. Elle est aussi chargée de cours pour l'Université Laval à Québec.

Marco Laverdière est membre du Barreau du Québec depuis 1994 et est titulaire d'un diplôme de 3e cycle en droits fondamentaux de l'Université de Nantes et d'une maîtrise en droit de la santé de l'Université de Sherbrooke. Il occupe le poste de directeur général et secrétaire de l'Ordre des optométristes du Québec depuis 1999. Il avait auparavant commencé sa carrière de juriste au sein du Conseil pour la protection des malades en 1993. Par ailleurs, il enseigne depuis 2002 dans le cadre des programmes de 2e cycle en droit et politiques de la santé de l'Université de Sherbrooke. Depuis 2014, il est également chercheur associé à la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé de l'Université de Montréal et, depuis 2021, au Hub Santé : Politique, Organisation et Droit (H-POD) rattaché à cette même université. Enfin, il est engagé dans différents groupes de travail concernant le droit et les politiques de la santé et la réglementation professionnelle au Canada, en plus d'agir à titre de conférencier, formateur et auteur sur divers sujets liés à son champ d'expertise.

Dre Isabelle Leblanc est une médecin de famille travaillant en soins de première ligne qui s'est dirigée vers la médecine après une formation en anthropologie et en littérature. Elle a fait ses études médicales à l'Université d'Ottawa et sa résidence à McGill. Professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université McGill, elle a enseigné la bioéthique, la communication interprofessionnelle et les enjeux sociaux de la santé tant aux étudiants qu'aux résidents en médecine familiale. Elle pratique et enseigne dans Côte-des-Neiges à Montréal et milite au sein de l'organisation Médecins québécois pour le régime public depuis 2011.

Dre France Légaré est médecin de famille au Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) St-François d'Assise depuis 1990. Elle est professeure titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval et détient le titre de Chaire de recherche du Canada sur la prise de décision partagée et l'application des connaissances depuis 2006. En 2020, elle a reçu la médaille de service Dr

Léo-Paul Landry de l'Association médicale canadienne et le prix de la présidente de l'Association des facultés de médecine du Canada. En juin 2022, elle a été nommée Chevalière de l'Ordre national du Québec en reconnaissance de ses recherches sur l'engagement des usagers et usagers dans les décisions relatives aux soins de santé.

Dre Ariane Murray est médecin de famille et cheffe du Département régional de médecine générale de Montréal (DRMG) depuis le printemps 2022. En plus d'être médecin de famille, elle est également professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Elle a œuvré dans divers milieux cliniques (urgence, hospitalisation, CHSLD) en plus de s'occuper de ses patients au sein du Groupe de médecine familiale universitaire de Verdun. Directrice locale du programme de résidence au Groupe de médecine familiale universitaire de Verdun de 2010 à 2018, elle est dorénavant la représentante de l'Université de Montréal au Comité des médecins enseignants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, où elle a aussi siégé au Comité de l'avenir de la médecine familiale de 2018 à 2020. Elle fait son entrée au comité de direction du DRMG de Montréal en 2018, alors qu'elle est nommée au poste de cheffe de table locale pour le réseau local de service de Verdun. En 2019, s'ajoute à ce rôle celui de coordonnatrice médicale locale dans le même secteur.

Marie-Claire Rufagari cumule plus de 27 ans d'expérience sur les questions d'immigration et de relations interculturelles. Elle œuvre à titre de coordonnatrice du volet Formation de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) depuis 1995. Comme chargée de cours à l'UQAM en travail social, elle a enseigné, pendant trois ans, le cours Modèles d'intervention et relations interethniques, et ce, en plus d'être membre du comité sur la diversité ethnoculturelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal.

Pre Nadia Sourial est professeure au Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé de l'École de Santé publique de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Sa recherche est centrée sur l'évaluation et l'organisation des soins de première ligne pour la population vieillissante. Dre Sourial dirige actuellement un programme financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sur l'évaluation des Groupes de médecine de famille et leur impact sur la qualité des soins et l'utilisation des services de santé chez les personnes âgées. Avant sa carrière de chercheuse, Nadia a acquis plusieurs années d'expérience en tant que biostatisticienne en recherche sur les maladies chroniques et le vieillissement ainsi qu'au niveau fédéral et dans l'industrie pharmaceutique. Ces vastes expériences lui ont permis d'avoir une perspective unique sur les défis et les possibilités d'amélioration des soins de santé de première ligne.



Annexe

Rapports minoritaires

Les membres ont été encouragés à exprimer librement leurs points de vue tout au long du processus. Les discussions étaient animées mais respectueuses, et même si quelques divergences d'opinion mineures ont subsisté, tous les membres du panel ont approuvé les recommandations contenues dans le présent rapport final. Toutefois, les membres ont également eu la possibilité de rédiger un rapport minoritaire s'ils souhaitaient mettre en évidence des points d'accord ou de désaccord, ou inclure leurs propres commentaires.

Sandra Gualtieri

Les membres du panel ont discuté de l'importance d'une vie indépendante pour la population handicapée afin d'éviter un placement inutile dans des centres résidentiels de soins de longue durée (CHSLD). J'aimerais profiter de cette occasion pour mettre en lumière l'importance de fournir aux personnes handicapées les moyens nécessaires pour avoir le droit de choisir leur situation de vie.

Je suis une personne handicapée et ma capacité à vivre de manière indépendante est essentielle. Il est important d'être considéré comme tout le monde et d'être inclus dans la conception et le développement des services. L'égalité des soins contribue à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être de cette population.

Par exemple, le Chèque Emploi-Service (CES) est une excellente option pour les personnes handicapées qui souhaitent bénéficier d'une aide à domicile. Malgré ses bonnes intentions, le programme CES présente malheureusement de nombreuses lacunes.

Les problèmes se sont aggravés pendant la pandémie, car le gouvernement a recruté des personnes pour travailler dans les CHSLD et les a incitées à le faire, ce qui était désespérément nécessaire. Cependant, une grande majorité des aides à domicile du CES sont parties travailler dans les CHSLD, créant une pénurie d'aides à domicile pour les utilisateurs du CES qui vivent actuellement de manière indépendante ou qui pourraient bénéficier de ce service.

Le programme du CES doit être au même niveau que celui du CHSLD et fournir une aide à domicile avec les mêmes salaires plus élevés, les mêmes prestations de santé, les mêmes congés de maladie payés, les mêmes congés d'absence, etc. Les méthodes de paie du CES sont obsolètes et ont désespérément besoin d'être modernisées. Des erreurs fréquentes se produisent dans le système, ce qui fait que les employés ne sont pas payés à temps ou ne sont pas payés du tout. C'est un facteur très dissuasif pour travailler dans ce domaine spécifique. En outre, le système de paie du CES doit être innovant et s'adapter à la technologie et à l'ère numérique en étant disponible en ligne. On m'a dit que les systèmes en ligne n'étaient pas sûrs, mais de nombreuses entreprises et administrations utilisent cette méthode. Il existe de nombreux services spécialement conçus pour intégrer la paie en ligne.

J'écris dans l'espoir que l'important service CES, utilisé par environ 12 000 personnes au Québec, sera mieux intégré dans le continuum de services promus et soutenus par les prestataires de soins de première ligne. Les services offerts pour la vie autonome sont une composante cruciale de la garantie des soins offerts à domicile et dans les communautés. Un service d'aide à l'autonomie qui fonctionne bien et qui est technologiquement à jour permettrait également d'alléger les espaces nécessaires à la population âgée.

Kristian Clinton

Le Québec a des soins de maladies, et non des soins de santé ; une approche réactionnaire plutôt que préventive, qui ne favorise pas une vie vécue dans un état de santé optimal. Les établissements de soins de première ligne du Québec ne définissent pas la santé, pas plus que les années de vie de qualité ne sont définies et suivies, de sorte qu'un résultat sous-optimal n'est pas inattendu. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette définition est un bon point de départ et s'éloigne des priorités et des protocoles de traitement fortement influencés par l'industrie biomédicale, tels que les chirurgies invasives et les produits pharmaceutiques coûteux. Une approche axée sur les symptômes sans évaluation individuelle complète est inefficace et non viable. L'utilisation de la définition ci-dessus ne constitue pas une approbation de l'Organisation mondiale de la santé. Les Canadiens seraient mieux servis s'ils rompaient leur statut de membre officiel de l'organisation, en optant pour une politique de santé qui reflète nos variations culturelles, démographiques et géographiques uniques plutôt que pour des orientations centralisées et normalisées à l'échelle mondiale. Il est essentiel que la volonté de l'électorat reflète cette évolution et que la responsabilité des élus et des bureaucrates nommés soit rigoureusement maintenue, y compris en ce qui concerne la mise en œuvre de mesures concrètes – car la politique de santé a un impact sur tous les Canadiens.

Face au vieillissement de la population, à l'épidémie de maladies chroniques et à la raréfaction des professionnels de la santé,

les Canadiens ne peuvent se permettre de maintenir le statu quo. Un changement de paradigme vers les soins préventifs est la seule voie à suivre en incorporant des modalités de traitement historiquement marginalisées et stigmatisées utilisées dans la médecine intégrative. Il s'agit notamment de l'acupuncture, de la chiropraxie, de la massothérapie, de la naturopathie et de l'ostéopathie. Le fait de placer les thérapies non invasives au premier plan des soins permet de réduire les interventions chirurgicales coûteuses et les maladies chroniques. Cette approche permet également à l'individu d'être son meilleur défenseur, contrairement au modèle actuel de médecin généraliste gardien.

Cette évolution offre la possibilité d'un système à deux niveaux. Un tel système garantit à chaque Canadien l'accès à des soins de qualité tout en permettant aux individus de choisir des modalités complémentaires à leur mode de vie. Un système à deux niveaux présente l'avantage supplémentaire de retenir et d'attirer le capital humain dans la province, en permettant aux professionnels et professionnelles de la santé de pratiquer comme ils l'entendent, le marché libre régulant les coûts et améliorant la qualité des soins grâce à la concurrence. Un système public-privé collaboratif à la souplesse nécessaire pour fournir des soins complets aux communautés mal desservies, en s'adaptant aux besoins non satisfaits. Cette collaboration est équitable pour les Canadiens et les praticiens. Les Canadiens bénéficient d'un accès et d'un choix de meilleure qualité, et les praticiens jouissent d'une autonomie professionnelle, ce qui encourage le développement et l'investissement.

Martin Langevin

Le Rapport des membres du panel sur les priorités en soins de première ligne, 5.3.1, dit :

« Que l'Assemblée nationale donne une formation obligatoire aux personnes élues, ainsi qu'aux personnes candidates aux élections provinciales et municipales, sur le féminisme intersectionnel... »

Reconnaissant le caractère inapproprié de donner une formation obligatoire sur une idéologie particulière (surtout quand cette idéologie manque de définition claire et universellement reconnue) qui ne jouit d'aucun statut officiel à l'exclusion des autres sans permettre une formation obligatoire alternative pour ceux qui n'y adhèrent pas, je crois qu'il serait approprié de permettre à toutes personnes élues, ainsi qu'aux personnes candidates aux élections provinciales et municipales, à prendre une formation obligatoire sur le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (un Pacte que le Canada a déjà signé, qui jouit déjà d'un statut officiel dans la loi internationale, et qui établit une norme internationale pour les droits civils et politiques) comme alternatif selon leur préférence sans discrimination.

Glossaire

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) : Les CISSS et CIUSSS sont des organismes publics provinciaux qui regroupent les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et les centres de réadaptation (CR), incluant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED).

Déterminants sociaux de la santé (DSS) : Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé, notamment les politiques économiques, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques. Ils influencent considérablement les inégalités en matière de santé au sein des pays et entre eux.

Groupe de médecine familiale (GMF) : Un GMF est un regroupement de médecins de famille qui travaillent ensemble ainsi qu'en étroite collaboration avec d'autres professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux.

Infirmière Praticienne Spécialité (IPS) : Les IPS sont des infirmières et infirmiers qui possèdent une expérience clinique auprès d'une clientèle visée par l'une des classes de spécialité et qui ont reçu une formation avancée de 2^e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales. Les IPS-PL sont des infirmières et infirmiers spécialisés qui exercent en première ligne.

Maladie chronique : Les maladies chroniques sont des maladies de longue durée dont l'évolution est généralement lente. Elles peuvent avoir des causes multiples, partager des facteurs de risque communs et ont souvent un impact sur la qualité de vie et les activités quotidiennes, nécessitant une prise en charge à long terme de la part des individus, des prestataires de soins de santé et des communautés.

Soins de première ligne : Les soins de première ligne sont des soins de premier contact, accessibles, continus, complets et coordonnés, axés sur la personne et généralement dispensés par un médecin de famille ou une infirmière praticienne. Ils impliquent l'accessibilité au premier contact, la continuité, l'exhaustivité et la coordination.

Soins de santé primaires : Les soins de santé de première ligne sont une approche globale de la société visant à organiser et à renforcer les systèmes de santé nationaux, en rapprochant les services des communautés. Ils comprennent des services de santé intégrés, s'attaquent à des problèmes sociaux plus larges qui affectent la santé et renforcent l'autonomie des individus, des familles et des communautés.

À propos de NosSoins

Une grande pression se fait ressentir sur les services de soins de première ligne ; la porte d'entrée du système de santé. Partout au Canada, les difficultés d'accès à ces soins sont présentes. Comme le rappelle la docteure Tara Kiran, médecin de famille à l'hôpital St.Michael, au Canada, ce sont actuellement plus de 6,5 millions de personnes qui n'ont pas accès à une ou un médecin de famille ou une infirmière ou infirmier praticien. D'ailleurs, la situation ne semble pas s'améliorer, alors que les étudiantes et étudiants délaissent progressivement le domaine de la médecine familiale et de nombreuses et nombreux médecins praticiens prennent leur retraite de manière précoce.

Face à ces enjeux, NosSoins, une initiative nationale, souhaite engager la population dans des réflexions pour trouver des pistes de solutions aux problèmes d'accès aux soins de première ligne. Aux termes de ce projet, NosSoins fera ressortir un plan d'action dont les gouvernements pourront s'inspirer pour garantir l'accès de toutes et de tous à des soins de première ligne équitables et de qualité. Le projet de consultation se déroule en trois étapes :

Enquête nationale

L'enquête a été réalisée en ligne du 20 septembre au 25 octobre 2022. Plus de 9200 Canadiens ont répondu à l'enquête, partageant leurs points de vue et leurs expériences. Vox Pop Labs a participé à la conception et à la réalisation de l'enquête.

Panels sur les priorités

Des panels sur les priorités seront organisés dans cinq provinces : Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Colombie-Britannique et Manitoba. MASS LBP participe à la conception et à la réalisation des panels avec les conseillers de NosSoins et les partenaires locaux de prestation de services.

Tables rondes communautaires

Deux tables rondes communautaires seront organisées dans chacune des cinq provinces, axées sur les groupes en quête d'équité que nous n'avons pas suffisamment entendus au cours des étapes 1 et 2. MASS LBP participe à la conception et à la réalisation des tables rondes communautaires en collaboration avec les conseillers de NosSoins et les organismes communautaires locaux.



Partenaires de NosSoins

NosSoins est financé par :

Santé Canada

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur état de santé, tout en respectant les choix individuels et les circonstances. La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Bureau en gros Canada - Campagne « À chance égale »

Staples/Bureau en gros et MAP ont uni leurs forces pour créer « À chance égale », une initiative visant à sensibiliser le public aux inégalités qui subsistent au Canada et à bâtir des collectivités dynamiques et saines. Ce partenariat est fondé sur la conviction commune que chacun devrait avoir la possibilité de s'épanouir. À chance égale finance des recherches et des solutions concrètes visant à bâtir un avenir équitable pour tous. Pour en savoir plus, consultez le site bureauengros.com/a/contenu/a-chance-egale

Max Bell Foundation

La Max Bell Foundation a commencé à accorder des subventions à des organismes de bienfaisance canadiens en 1972. Aujourd'hui, la Fondation soutient des projets novateurs conçus pour contribuer à l'évolution des politiques publiques dans quatre domaines d'intervention : l'éducation, l'environnement, la santé et le bien-être, et l'engagement civique et les institutions démocratiques. La fondation propose également un programme de développement professionnel, l'Institut de formation aux politiques publiques, conçu pour aider les participants à s'engager plus efficacement dans le processus d'élaboration des politiques publiques, ainsi qu'une série de conférences axée sur l'avenir, PolicyForward, qui réunit des leaders d'opinion pour discuter des liens entre les politiques, la technologie et l'innovation.

NosSoins est basé à :

MAP Centre for Urban Health Solutions

MAP Centre for Urban Solutions est un centre de recherche qui se consacre à la création d'un avenir plus sain pour tous. Le centre se concentre sur l'excellence scientifique, la généralisation accélérée et les partenariats communautaires à long terme afin d'améliorer la santé et la qualité de vie au Canada. MAP est basé à l'hôpital St. Michael's de Toronto.

St. Michael's Hospital, Unity Health Toronto

St. Michael's Hospital est un hôpital catholique de recherche et d'enseignement situé dans le centre-ville de Toronto. Il fait partie du réseau hospitalier Unity Health Toronto, qui comprend Providence Healthcare et St. Joseph's Health Centre.

Partenaires de NosSoins

Nos soins est également soutenu par :

Department of Family and Community Medicine, University of Toronto

Le département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto est le plus grand département universitaire au monde et abrite le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la médecine familiale et les soins primaires.

St. Michael's Foundation

Crée en 1992, St. Michael's Foundation mobilise des personnes, des entreprises et d'autres fondations pour aider les équipes de santé de l'hôpital St. Michael's à prodiguer les meilleurs soins - au moment, à l'endroit et de la manière dont les patients en ont besoin. Les fonds servent à financer des installations ultramodernes, des besoins en équipement et des initiatives en matière de recherche et d'éducation. La fondation St. Michael ne recule devant rien pour offrir aux patients l'expérience de soins qu'ils méritent.

NosSoins collabore avec :

Comité aviseur du Québec

Chaque province travaille avec un comité aviseur de leaders en soins de première ligne pour offrir un soutien dans l'orientation du projet. Le comité aviseur du Québec s'est réuni à trois occasions pour de courtes rencontres d'une heure entre le 24 février et le 28 août 2023 afin de conseiller l'équipe de projet sur le choix des questions et des conférenciers et conférencières. Voici les membres qui y ont contribué au Québec :

Chakib Setti, **Association québécoise des médecins du sport et de l'exercice (AQMSE)**

Alain Papineau, **Collège Québécois de Médecins de Famille**

Denis Roy, **Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)**

Eric Lavoie, **Département régional de médecine générale (DRMG)**

Ariane Murray, **Département régional de médecine générale (DRMG) Montréal**

Claude Guimond, **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

Philippe Lachance, Aurore Deligne, & Ginette Martel, **Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)**

Nebojsa Kovacina, **Département de médecine de famille, Université McGill**

Isabelle LeBlanc, **Département de médecine de famille, Université McGill**

Kimberly Munro, **Département de médecine de famille, Université McGill**

Maxine Dumas-Pilon, **Département de médecine de famille, Université McGill**

Frantz-Daniel LaFortune, **Collège québécois des médecins de famille**

France Légaré, **Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval**

Marie-Dominique Beaulieu, **Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal**

Mylaine Breton, **Département de sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke**

Yves Couturier, **École de travail social, Université de Sherbrooke**

Catherine Hudon, **Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke**

Stephanie Plante-Blanchette, **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)**

Organisations nationales collaboratrices

Ako Anyaduba, **Médecins noirs du Canada**

Rick Glazier, **Institut canadien de recherche sur la santé**

John Feeley & Moira Teed, **Association médicale canadienne**

Christie Newton, **Collège des médecins de famille du Canada**

Benjamin Diepeveen, Kajan Ratneswaran, Susannah Taylor, Elizabeth Toller & Jocelyne Voisin, **Santé Canada**

Bill Callery et Jennifer Major, **Excellence en matière de soins de santé Canada**

Melanie Osmack, **Association des médecins autochtones du Canada**

Collaborateurs supplémentaires

Aisha Lofters, **Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto**

Alan Katz, **Centre manitobain pour la politique de santé**

Amanda Condon, **Université du Manitoba**

Andrew MacLean, **Université de Dalhousie**

Michael's Hospital, Upstream Lab et Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

Bryn Hamilton, **Association des équipes de santé familiale de l'Ontario**

Dana Cooper, **Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario**

Danielle Brown-Shreves, **Cliniques médicales Restore**

Derelie Mangin, **Département de médecine familiale, Université McMaster**

Dominik Nowak, Jim Wright & Rose Zacharias, **Ontario Medical Association**

Emily Gard Marshall, **Université de Dalhousie**

Isabelle Leblanc, **Université McGill**

Jennifer Rayner, **Alliance for Healthier Communities (Alliance pour des communautés plus saines)**

Kamila Premji, **Département de médecine familiale, Université d'Ottawa**

Kim McGrail, **Centre de recherche sur les services et les politiques de santé**

Leslie Greenberg, Mekalai Kumanan & Kimberly Moran, **Collège des médecins de famille de l'Ontario**

Maggie Keresteci, **Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé**

Mike Green, **Département de médecine familiale, Université Queen's**

Monica Aggarwal, **École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto**

Mylaine Breton, **Université de Sherbrooke**

Neb Kovacina, **Université McGill**

Nicole Blackman, **Conseil des soins primaires autochtones**

Noah Ivers, **Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto**

Ruth Lavergne, **Université de Dalhousie**

Sabrina Wong, **Université de la Colombie-Britannique**

Sarah Cook, **Université de Dalhousie**

Sarah Newbery, **École de médecine du Nord de l'Ontario**

Scott Garrison, **Université de l'Alberta**

Sophia Ikura, **Health Commons Solutions Lab, Sinai Health System**

Vanessa Wright, **Women's College Hospital**

Vivian R Ramsden, **Université de Saskatchewan**

Groupes consultatifs de patients

Association médicale canadienne - La voix des patients à l'AMC

Conseil des aviseurs publics du MAP Centre for Urban Health Solutions pour l'amélioration des soins primaires

NosSoins s'engage avec des groupes consultatifs distincts dans chaque province où il travaille. Visitez [OurCare.ca](https://www.ourcare.ca) pour plus d'informations sur les personnes qui nous soutiennent.

⊕ AS

données sur
de discrimination.

- Itinerance

- violence mediale

- Racisme - gender identity

- visible disability

Toutes formes de

discrimination

+ élargissement Conventions
foins santé - opxo - TS

Conception et animation du panel

Institut du Nouveau Monde

L'Institut du Nouveau Monde (INM) a accompagné MASS LBP en tant qu'expert en consultation publique au Québec. L'INM a joué un rôle plus important en termes de service-conseil tout au long de la démarche, dans la conception, l'organisation et l'animation du Panel sur les priorités au Québec ainsi que pour la mobilisation et la consultation des membres du comité avisé. La mobilisation et la gestion des besoins des personnes participantes ont également été prises en charge par l'INM en collaboration avec MASS LBP.

L'INM est une organisation indépendante et non partisane qui a pour ambition d'accroître la participation des citoyennes et des citoyens à la vie démocratique. L'action de l'INM a pour effet d'encourager la participation citoyenne et de contribuer au développement des compétences civiques, au renforcement du lien social et à la valorisation des institutions démocratiques. L'équipe de l'INM est animée par la conviction que la participation citoyenne renforce la démocratie.

Pour en savoir plus sur le travail d'INM, veuillez consulter le site inm.qc.ca

Pour en savoir plus sur le travail de MASS LBP, veuillez consulter le site masslbp.com

Équipe du panel sur les priorités :

Christine Demers, Chargée de projet sénior, INM
Jasmin Kay, Directrice de projet, MASS LBP
Malorie Flon, Directrice générale, INM
Mélanie Hughes, Agente de projet et animatrice, MASS LBP
Olivier Roy-Rivard, Agent de projet, INM

Personnes à l'animation :

Charlotte Torchet
Émilie Hervieux
Jules Laurent-Allard
Kim Pronovost
Laurence Ruel
Lili Jacob

Crédits d'image : Brian Da Silva, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

Pour suivre l'évolution de ce projet, veuillez consulter le site ourcare.ca



NosSoins | OurCare