

OCTOBRE 2026

Investir massivement pour réussir le virage vers la prévention et la première ligne

Anne Plourde
chercheuse, IRIS

avec la collaboration de Raphaël Langevin, chercheur, IRIS

Cette note de recherche se penche sur les ressources financières et humaines consacrées à la prévention et à la première ligne (PPL) dans le système de santé et de services sociaux au Québec. Elle estime les montants totaux et la part des dépenses de programmes investie en PPL, ainsi que la quantité et la proportion des effectifs du réseau travaillant en PPL. Elle propose ensuite un plan d'investissement réaliste qui pourrait permettre d'atteindre en 5 ans une répartition 50-50 des dépenses de programme en santé et services sociaux : 50 % en PPL, et 50 % dans les services curatifs de deuxième et troisième lignes (DTL).

Faits saillants

01. Il n'existe actuellement aucune donnée officielle sur les montants totaux ou la part des dépenses investie en première ligne au Québec, ni sur la quantité ou la proportion des effectifs du réseau travaillant en première ligne.

02. Alors que la première ligne devrait répondre à 80 % des besoins de la population, les investissements en prévention et en première ligne (PPL) représentent moins de 24 % des dépenses dans les programmes-services selon nos estimations, et 15,5 % des dépenses totales du MSSS.

03. Toujours selon nos calculs, les effectifs du réseau travaillant en PPL représentent à peine 22 % du total des effectifs dans les programmes-services.

04. Un plan de refinancement impliquant une hausse des investissements en PPL de 18,5 % par année pendant 5 ans permettrait d'atteindre une répartition 50-50 des dépenses de programmes entre la PPL et les deuxième et troisième lignes (DTL).

05. En raison des économies générées en DTL par ces investissements, les fonds publics supplémentaires réels nécessaires à la réalisation de ce plan de refinancement de la PPL seraient en moyenne de 1,5 milliard par année, ce qui représente à peine 2,5 % des dépenses totales du MSSS pour l'année 2024-2025.

L'importance de la prévention et des services de première ligne en santé et services sociaux n'est plus à démontrer. Les bienfaits d'une première ligne forte et d'une solide capacité d'action en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux sont largement établis : amélioration de la santé et du bien-être de la population, réduction des maladies et de la mortalité évitables, diminution de l'hébergement, du recours à l'urgence et des hospitalisations pour des besoins pouvant être pris en charge par des services de proximité, baisse importante des coûts du système de santé, etc¹.

Bien que ces multiples bienfaits soient reconnus dans des documents d'orientation et des politiques gouvernementales officiels², le système de santé québécois demeure fortement centré sur les services curatifs de deuxième et troisième lignes offerts dans les hôpitaux, qui concentrent la plus grande part des ressources et du financement sans parvenir à remplir adéquatement leur mission, comme en témoignent l'engorgement des urgences et les listes d'attente en chirurgie³. Pendant ce temps, la prévention et la première ligne restent plombées par une centralisation excessive de la gestion des services, un sous-financement chronique, des difficultés d'accès majeures et un modèle d'organisation des services privé et à but lucratif (les groupes de médecine de famille ou GMF) échouant à remplir le rôle attendu d'une première ligne efficace⁴.

En novembre 2023, l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) publiait une brochure présentant six « remèdes » pour le système de santé et de services sociaux québécois⁵. Plusieurs des solutions proposées visaient à recentrer ce dernier sur la prévention et la première ligne. Alors que la première politique gouvernementale québécoise sur la première ligne a été adoptée en mars 2026⁶, il semble pertinent de reprendre certaines de ces propositions pour les mettre à jour et détailler leur mise en œuvre.

Cette publication est la première d'une série de deux sur la première ligne. Celle-ci porte sur les ressources financières et humaines consacrées à la prévention et à la première ligne et propose un plan d'investissement réaliste qui pourrait permettre d'atteindre en 5 ans une répartition 50-50 des dépenses de programme en santé et services sociaux : 50 % en prévention et en première ligne (PPL), et 50 % dans les services curatifs de deuxième et troisième lignes (DTL). La seconde publication, qui paraîtra en 2027, s'intéressera à l'organisation des services.

1. Ressources actuelles en PPL

Dans son sens le plus large, la prévention désigne l'ensemble des actions et des services permettant d'éviter l'apparition ou la dégradation de problèmes de santé et de problèmes sociaux. Pensons par exemple aux programmes visant la réduction du tabagisme, à la vaccination infantile, au dépistage précoce des cancers, aux campagnes de sensibilisation aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ou encore aux actions plus larges qui visent les grands déterminants sociaux de la santé tels que les inégalités sociales, la pauvreté et le niveau d'éducation.

La première ligne correspond quant à elle aux services courants et généraux dont la prestation ne nécessite pas d'équipement ou de personnel spécialisés et qui peuvent être offerts dans des infrastructures légères et de proximité. Les services offerts par les médecins de famille, les urgences mineures, les consultations psychosociales et le soutien à domicile sont des exemples de services de première ligne. Au Québec, ces services sont principalement donnés dans les cabinets privés des médecins de famille, dans les GMF et dans les centres locaux de services communautaires (CLSC). Historiquement, ces derniers ont également été responsables d'une part importante des services de prévention et de promotion de la santé.

En théorie, la première ligne devrait être la « porte d'entrée » du système de santé, soit la première à laquelle cognent les personnes ayant un problème social ou de santé. Elle devrait être en mesure de répondre à 80 % des besoins de la population⁷, et seules les personnes ayant des besoins de services lourds ou complexes seraient orientées vers les services spécialisés ou ultraspecialisés de DTL offerts dans les hôpitaux, les centres d'hébergement, les centres de réadaptation ou les centres jeunesse.

Malgré leur importance cruciale, il n'existe actuellement aucune donnée officielle sur les montants totaux ou la part des dépenses investies dans les services de première ligne au Québec, ni sur la quantité ou la proportion des effectifs du réseau travaillant en première ligne⁸. Un groupe d'expert-e-s mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a tenté d'estimer la proportion des dépenses publiques consacrées à la première ligne sans y parvenir⁸. De même, une demande d'accès à l'information auprès de Santé Québec a confirmé que ni l'agence ni ses succursales ne détiennent de documents indiquant la hauteur ou la proportion des dépenses ou des effectifs consacrés à la première ligne.

Cela s'explique par le fait qu'au sein du réseau québécois, la répartition des ressources financières et humaines est comptabilisée par « programmes » et par « centres d'activité », plutôt qu'en fonction du type de « mission » ou d'installation (CLSC, hôpital, centre d'hébergement, de

a Par contre, si on réduit la prévention aux services offerts dans le programme « santé publique », on connaît avec précision les montants investis et les effectifs travaillant dans ce secteur.

TABLEAU 1

Répartition estimée des dépenses de programme entre la PPL et les DTL, 2021-2022 et 2024-2025 (\$ constants de 2024)*

	2021-2022	2024-2025	Variation
Total des dépenses du MSSS**	63,6 G\$	60,8 G\$	- 4,5 %
Total des dépenses dans les programmes-services	26,8 G\$	31,5 G\$	+ 17,6 %
<i>Incluant la rémunération médicale***</i>	35,9 G\$	39,8 G\$	+ 10,9 %
PPL****	5,8 G\$	7,5 G\$	+ 29,2 %
<i>Incluant la rémunération médicale***</i>	8 G\$	9,4 G\$	+ 17,4 %
DTL*****	21 G\$	24 G\$	+ 14,4 %
<i>Incluant la rémunération médicale***</i>	27,9 G\$	30,4 G\$	+ 9,1 %
Part des dépenses dans les programmes-services en PPL	21,6 %	23,8 %	+ 9,8 %
<i>Incluant la rémunération médicale***</i>	22,2 %	23,6 %	+ 5,8 %

* Les dépenses de programmes correspondent aux dépenses des établissements publics (Santé Québec et ses succursales) et excluent les autres dépenses du MSSS, notamment celles de la RAMQ (rémunération médicale, assurance médicaments, etc.). Calculs basés sur les dépenses de programmes pour les programmes-services seulement, ce qui exclut les dépenses pour les programmes-soutien (administration, bâtiments, entretien ménager, etc.).

** Présenté à titre indicatif seulement. Précisons que les montants sont présentés en dollars constants ; en dollars courants, les dépenses du MSSS ont connu une hausse de 8,9 % par rapport à 2021-2022.

*** La rémunération médicale n'est pas incluse dans les dépenses pour les programmes-services. La rémunération médicale attribuée à la PPL correspond à la rémunération des médecins omnipraticien-ne-s, de laquelle sont soustraits 35 % pour tenir compte du fait que les médecins de famille québécois-es consacrent environ 35 % de leur temps à pratiquer en DTL. La rémunération attribuée à la DTL inclut ces 35 % ainsi que la rémunération des médecins spécialistes.

**** Inclut les dépenses dans les programmes-services « santé publique » et « services généraux », les dépenses du MSSS dans les organismes communautaires, les dépenses dans les centres d'activité associés à une mission exclusive de CLSC ainsi qu'une part des dépenses dans les centres d'activité associés à plusieurs missions, incluant la mission CLSC.

***** Inclut les dépenses dans les centres d'activité associés à des missions de centre hospitalier, de centre d'hébergement, de centre de réadaptation et de centre jeunesse, ainsi qu'une part des dépenses dans les centres d'activité associés à plusieurs missions, incluant la mission CLSC.

SOURCES : MSSS, Dépenses par programme et par centre d'activité, 2021-2022 et 2024-2025, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001663/; MSSS, Liste des éléments du Manuel de gestion financière – Excel, non daté, g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/MGF/ListeTableMatières.aspx; RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), Rapport annuel de gestion, 2024-2025, www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/non_indexes/rapport-annuel-2024-2025_o.pdf; Tingting ZHANG, Le casse-tête des soins primaires au Québec : de bonnes intentions, des problèmes persistants, Institut C. D. Howe, décembre 2025, cdhowe.org/wp-content/uploads/2025/12/Commentary_700-French-1.pdf; MINISTÈRE DES FINANCES, comptes publics, vol. 2, 2021-2022 et 2024-2025. Calculs de l'IRIS.

réadaptation ou jeunesse) ou du niveau de services (première, deuxième ou troisième ligne)⁹. Néanmoins, en 2023, un travail d'analyse des dépenses par « centre d'activité » avait permis à l'IRIS de réaliser une première estimation des dépenses en PPL pour l'année 2021-2022¹⁰.

Le tableau 1 présente une mise à jour de ces calculs et compare les résultats pour les années 2021-2022 et 2024-2025^a. Le tableau 2 présente quant à lui une estimation de la répartition des effectifs du réseau pour 2025-2026.

a Les données de 2021-2022 ne correspondent pas à celles qui se trouvent dans la brochure de l'IRIS publiée en 2023, car les nouveaux calculs ont été réalisés à partir d'une méthodologie révisée. Entre autres, les calculs effectués en 2023 incluaient les dépenses dans les programmes-soutien, ce

On constate au tableau 1 que les dépenses en PPL ont totalisé 7,5 milliards de dollars en 2025-2026, ou 9,4 milliards lorsque l'on inclut la rémunération médicale. Alors que la première ligne devrait répondre à 80 % des besoins de la population, ce montant représente moins de 24 % des dépenses dans les programmes-services, et 15,5 % des dépenses totales du MSSS.

qui augmentait considérablement leur marge d'incertitude. Ce n'est plus le cas dans les calculs actuels (voir les notes du tableau 1). Anne PLOURDE, Myriam LAVOIE-MOORE et Guillaume HÉBERT, Six remèdes pour révolutionner le réseau de la santé et des services sociaux, Brochure, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), novembre 2023, iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/.

TABLEAU 2

Répartition estimée des effectifs du réseau entre la PPL et les DTL, en équivalent temps plein (ETP), 2025-2026*

Catégories d'emploi	PPL	DTL	Total	Part des effectifs en PPL
Total des effectifs**			271 293	
<i>Incluant les médecins***</i>	N. D.	N. D.	292 919	N. D.
Total des effectifs dans les programmes-services	43 293	157 869	201 162	22 %
<i>Incluant les médecins***</i>	49 880	172 908	222 788	22 %
1- Infirmières et infirmiers, inhalothérapeutes et perfusionnistes	15 134	54 707	69 840	22 %
2- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers				
<i>Dont les préposé-e-s aux bénéficiaires et aux auxiliaires en santé et services sociaux</i>	7 434	46 508	53 942	14 %
	6 775	34 872	41 647	16 %
3- Personnel de bureau et administratif	4 459	9 795	14 253	31 %
4- Technicien-ne-s et professionnel-le-s de la santé et des services sociaux****	15 825	41 273	57 098	28 %
6- Personnel d'encadrement	1 112	2 871	3 983	28 %
<i>Nombre de médecins***</i>	6 587	15 039	21 626	30 %

* Calculs basés sur les effectifs travaillant dans les programmes-services seulement, ce qui exclut les effectifs travaillant dans les programmes-soutien (administration, bâtiments, entretien ménager, etc.). La méthodologie pour répartir les effectifs est la même que pour les dépenses (voir les notes du tableau 1).

** Incluant les effectifs dans les programmes-soutien. Présenté à titre indicatif seulement.

*** Données de 2024. Les médecins ne font pas partie des effectifs du réseau. Les données sur les médecins sont en nombre de personnes et non en ETP. Inclut les médecins actifs au Québec, en excluant les médecins non participant-e-s au régime public. La méthodologie pour répartir les médecins est la même que pour les dépenses (voir les notes du tableau 1).

**** Catégorie d'emploi incluant notamment les travailleuses sociales, psychologues, physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, technicien-ne-s en éducation spécialisée, technologues en imagerie médicale, technicien-ne-s de laboratoire, etc.

SOURCES : SANTÉ QUÉBEC, demande d'accès à l'information 26-SQ-001-308 ; MSSS, Liste des éléments du Manuel de gestion financière – Excel, non daté ; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, Statistiques sur les effectifs médicaux au Québec en date du 31 décembre 2024, cms.cmq.org/files/documents/Nouvelles-2025/effectifs-medicaux-31dec2024.pdf ; Tommy CHOUINARD, « Vers un frein au va-et-vient », La Presse, 28 février 2024 ; Tingting ZHANG, Le casse-tête des soins primaires au Québec : de bonnes intentions, des problèmes persistants, Institut C. D. Howe, décembre 2025, cdhowe.org/wp-content/uploads/2025/12/Commentary_700-French-1.pdf. Calculs de l'IRIS.

On remarque également que les dépenses en PPL ont connu une croissance deux fois plus rapide que celles en DTL entre 2021-2022 et 2024-2025, ce qui a permis d'augmenter légèrement la part des dépenses consacrée à la PPL durant cette période. Malgré ce réinvestissement en PPL, les dépenses dans les DTL (24 milliards, ou 30,4 en incluant la rémunération médicale) représentent encore plus du triple de celles en PPL. Elles continuent ainsi de mobiliser plus de 75 % des ressources, tant financières qu'humaines.

En effet, le tableau 2 montre que les effectifs du réseau travaillant en PPL (un peu plus de 43 000 équivalents temps plein [ETP], ou moins de 50 000 en incluant les médecins) représentent à peine 22 % du total des effectifs dans les

programmes-services^a. Ce déséquilibre se traduit, par exemple, dans le fait qu'à peine 6 500 médecins, 15 000 infirmières et infirmiers et 6 800 préposé-e-s aux bénéficiaires sont à l'œuvre en PPL, contre 15 000, 55 000 et 35 000, respectivement, en DTL.

a La proportion légèrement plus faible des effectifs (22 %) par rapport aux dépenses (24 %) en PPL s'explique notamment par le fait que le personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers, qui est moins bien rémunéré, est sous-représenté en PPL par rapport à la moyenne, alors que c'est l'inverse pour les catégories d'emplois les mieux rémunérées (personnel d'encadrement et médecins). De plus, les dépenses en PPL incluent les dépenses du MSSS dans les organismes communautaires, mais le personnel de ces organismes n'est pas inclus dans les effectifs du réseau.

2. Investir et embaucher massivement en PPL

La brochure publiée par l'IRIS en 2023 proposait de viser une répartition 50-50 des dépenses de programme entre la PPL et les DTL. Une telle cible de 50 % des dépenses en PPL peut sembler ambitieuse, surtout si on la compare aux données de l'OCDE, qui suggèrent que la part des dépenses de santé allouée à la prévention et aux soins primaires dans 28 pays comparés varie entre 9 % et 27 %, le Canada se situant en 23^e place à 11 %^a.

Précisons toutefois que nos calculs recouvrent des catégories de dépenses très différentes de celles retenues par l'OCDE. Nous incluons dans la PPL des dépenses liées aux services sociaux et à des services offerts par toutes les catégories de personnel, alors que l'OCDE se limite aux dépenses de santé et à des services offerts par les médecins, les dentistes et les infirmières et infirmiers. De plus, nous proposons une répartition 50-50 des dépenses dans les programmes-services seulement, qui représentent environ la moitié des dépenses du MSSS (et, donc, des dépenses publiques en santé et services sociaux – voir le tableau 1), alors que l'OCDE estime la part des dépenses en prévention et soins primaires par rapport à l'ensemble des dépenses de santé, publiques et privées.

Le fait est qu'il n'existe pas de normes claires quant à la part des dépenses de santé qui devrait être consacrée à la PPL. Un groupe d'expert·e·s mandaté par le MSSS pour formuler un avis sur cette question a conclu que le manque de données et l'impossibilité d'établir des comparaisons adéquates entre les différents pays ne permettaient pas de remplir ce mandat^b. L'OCDE reconnaît également que la comparabilité de son indicateur sur la part des dépenses en soins primaires est limitée^c.

Néanmoins, il est évident qu'un véritable virage vers un système de santé centré sur la PPL plutôt que sur les services de DTL est impératif au Québec^d. Il est évident également que des investissements massifs en PPL sont nécessaires pour réussir ce virage, même si celui-ci dépend aussi d'une meilleure organisation des services en première ligne^e. Or, nos calculs montrent qu'il est tout à fait réaliste de viser à moyen terme une répartition 50-50 des dépenses dans les programmes-services^b.

Pour y parvenir, nous proposons un plan de refinancement de la PPL sur cinq ans. Ce plan consisterait à augmenter les dépenses en PPL de 18,5 % par année pour les

cinq prochaines années. Précisons que cette hausse devrait s'ajouter à la croissance inévitable des coûts du système causée notamment par l'inflation, la croissance de la rémunération du personnel et les changements démographiques. Aux fins de nos calculs, nous estimons cette croissance des coûts du système à 5,7 % par année, ce qui correspond à la croissance annuelle moyenne des dépenses publiques de santé au Québec au cours de la dernière décennie^f.

Par ailleurs, durant cette période de cinq ans, les économies générées en DTL grâce à ce refinancement ne serviraient pas à réduire les coûts globaux du système de santé. Afin d'accélérer le rééquilibrage des dépenses entre la PPL et les DTL, la portion de ces économies surpassant la croissance des coûts du système serait plutôt réinvestie en PPL, s'ajoutant à la hausse annuelle de 18,5 % des dépenses.

De fait, on peut s'attendre à ce qu'une augmentation aussi importante du financement de la PPL permette de diminuer les dépenses en DTL. En effet, ce virage vers la prévention devrait entraîner une réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux, et donc de la demande de services et des coûts associés. Ces investissements massifs donneront aussi à la première ligne la capacité de répondre à des besoins qui doivent sinon être pris en charge par les services de DTL, beaucoup plus coûteux.

Il est difficile de mesurer précisément les économies qu'engendrerait un financement aussi massif de la PPL. Des données montrent toutefois qu'une meilleure continuité des services de première ligne est associée à une réduction d'environ 15 % des coûts totaux des services et des hospitalisations^g. De même, différentes études estiment que les dépenses en prévention génèrent des rendements pouvant aller jusqu'à 14 \$ pour chaque dollar investi^h.

Au Québec, une étude de l'IRIS a conclu qu'augmenter de 1 \$ le financement des organismes communautaires permet en moyenne de générer des économies d'environ 12 \$ sur 6 ans dans les dépenses de santé, notamment parce que ces organismes agissent en prévention sur les grands déterminants sociaux de la santéⁱ. Une autre étude a quant à elle estimé qu'une hausse annuelle de 10 % des investissements en prévention permettrait d'éviter entre 340 000 et 1,9 million de cas de maladies chroniques d'ici 2035 au Québec^j. Or, les maladies chroniques représentent des coûts de santé se situant entre 1 700 et 6 000 dollars par personne au Canada^k.

À la lumière de ces données, il semble prudent de faire l'hypothèse que chaque hausse de 3 % des dépenses en PPL en surplus de la croissance inévitable des coûts du système pourrait se traduire par des économies de 1 % en DTL par rapport au statu quo, c'est-à-dire par rapport à un scénario dans lequel les dépenses en DTL connaîtraient une croissance de 5,7 % par année. Étant donné que les dépenses en DTL sont actuellement 3,2 fois plus élevées que celles en PPL, chaque dollar investi en PPL se traduirait donc par des économies de 1,12 \$ en DTL la première année. En raison du rééquilibrage progressif entre la PPL et les DTL qu'entraînerait le réinvestissement en PPL, ce ratio

a La question de l'organisation des services de première ligne sera abordée dans la seconde publication sur la première ligne, prévue en 2027.

b Bien qu'un rééquilibrage entre la rémunération des médecins spécialistes et celle des omnipraticien·ne·s nous semble nécessaire, nous excluons la rémunération médicale de nos calculs pour l'atteinte d'une répartition 50-50. Mentionnons simplement qu'à notre avis, une réduction de la rémunération des médecins spécialistes québécois, qui sont parmi les mieux rémunéré·e·s des pays de l'OCDE, est nécessaire, et qu'elle devrait se faire au profit des services de PPL, mais pas nécessairement au profit des médecins de famille, dont le niveau de rémunération se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE.

diminuerait progressivement pour atteindre des économies de 0,66 \$ pour chaque dollar investi à la fin de la période de refinancement, pour une moyenne sur cinq ans de 0,77 \$ d'économie par dollar investi par rapport au statu quo.

On voit au graphique 1 une représentation de ce plan s'il avait été appliqué à partir de 2024-2025. Le plan de refinancement est comparé au statu quo, dans lequel les coûts du système de santé continuent d'augmenter de 5,7 % par année, comme ils l'ont fait au cours de la dernière décennie. Précisons que le plan de refinancement prévoit lui aussi une hausse des coûts de système de 5,7 %, à laquelle s'ajoutent les investissements en PPL et de laquelle sont soustraites les économies réalisées en DTL.

On constate d'abord que, sur la base des hypothèses retenues, le plan proposé permettrait effectivement d'atteindre une répartition 50-50 des dépenses en 5 ans. Les dépenses annuelles en PPL seraient multipliées par 3 durant la période, passant de 7,5 à 23,1 milliards de dollars par an, alors que dans le statu quo, elles n'atteindraient que 9,9 milliards après 5 ans. Grâce aux économies générées par ces investissements massifs, les dépenses annuelles en DTL diminueraient quant à elles de 4 % (de 24 à 23 milliards par an), alors qu'elles s'élèveraient à près de 32 milliards la cinquième année si le statu quo est maintenu. Au total, l'ensemble des dépenses dans les programmes-services augmenterait de 46 % (contre 32 % dans le statu quo) et atteindrait 46,1 milliards par an à la fin de la période (plutôt que 41,6 milliards).

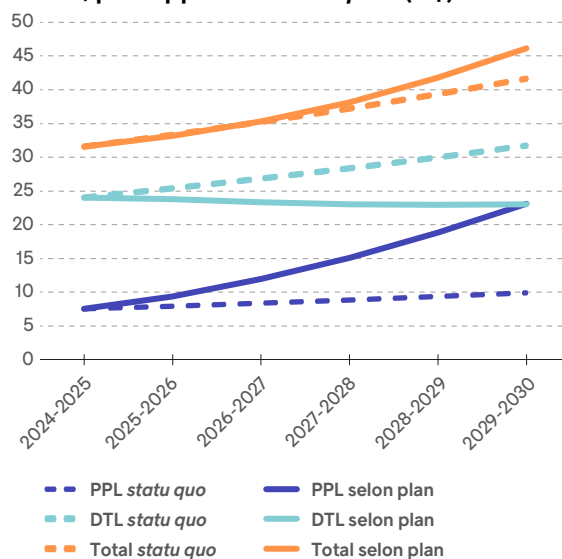
Le tableau 3 montre que, par rapport au statu quo, les investissements cumulatifs supplémentaires sur 5 ans en PPL totaliseraient 34 milliards de dollars, pour une moyenne de 6,8 milliards par année. Cependant, plus des trois quarts de ces investissements (77 %) seraient compensés par les économies réalisées en DTL qui, selon nos hypothèses, seraient de 26,2 milliards par rapport au statu quo sur l'ensemble de la période. Au total, les fonds publics supplémentaires réels nécessaires pour atteindre une répartition 50-50 des dépenses totaliseraient donc 7,7 milliards sur 5 ans, soit 1,5 milliard par année en moyenne, ce qui représente à peine 2,5 % des dépenses totales du MSSS pour l'année 2024-2025.

Le tableau 4 montre que ces investissements permettraient d'ajouter 8 500 ETP aux effectifs du réseau dès la première année du plan de refinancement et qu'à terme, la PPL pourrait compter sur 76 000 ETP supplémentaires, ce qui porterait ses effectifs totaux à près de 120 000 ETP^a. En présumant que le nombre d'ETP travaillant en DTL resterait stable, la proportion des effectifs travaillant en PPL passerait de 22 % à 43 % du total des effectifs dans les programmes-services. Cette proportion atteindrait 44 % dans le cas où les

a Notons que ces projections rejoignent un autre des « remèdes » proposés par l'IRIS en 2023, soit l'ajout de 100 000 personnes aux effectifs du réseau public, principalement en PPL. Voir Anne PLOURDE, Myriam LAVOIE-MOORE et Guillaume HÉBERT, *Six remèdes...*, op. cit.

GRAPHIQUE 1

Projection de l'évolution des dépenses dans les programmes-services en PPL, en DTL et totales selon un plan de refinancement sur cinq ans de la PPL, par rapport au statu quo* (G\$)



* Le statu quo suppose une croissance des coûts du système de santé de 5,7 % par année.

SOURCE : Calculs de l'IRIS.

effectifs en DTL connaîtraient une baisse équivalente à la baisse des dépenses prévue dans ce secteur (soit 4 %).

Une telle augmentation peut sembler irréaliste dans un contexte où le réseau public est aux prises avec des pénuries de personnel chroniques. Ce problème pourrait être partiellement réglé par des programmes de formation rémunérée et par une amélioration des conditions de travail, qui pourraient être financés à même les fonds supplémentaires investis en PPL. Cependant, rappelons que ces pénuries sont avant tout provoquées par un exode de la main-d'œuvre vers le secteur privé, dans lequel il serait possible de puiser pour recruter les effectifs nécessaires²¹.

En effet, l'ensemble de la main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec, y compris celle des secteurs public et privé, totalisait plus de 500 000 personnes en 2022, alors que l'effectif du réseau public s'élevait à 300 000 personnes la même année (et à près de 330 000 en 2024-2025)²². Autrement dit, les embauches massives en PPL pourraient être réalisées grâce à la intégration dans le réseau public d'une partie des quelque 200 000 personnes qui travaillent actuellement dans le secteur privé.

TABLEAU 3

Projection des investissements et économies annuels, cumulatifs et moyens, selon un plan de refinancement sur cinq ans de la PPL, par rapport au *statu quo**

	Investissements en PPL	Économies en DTL	Investissements nets
2025-2026	1,5 G\$	1,6 G\$	-0,2 G\$**
2026-2027	3,6 G\$	3,5 G\$	0,1 G\$
2027-2028	6,3 G\$	5,3 G\$	0,9 G\$
2028-2029	9,5 G\$	7,1 G\$	2,4 G\$
2029-2030	13,2 G\$	8,7 G\$	4,5 G\$
Cumulatif 5 ans	34 G\$	26,2 G\$	7,7 G\$
Moyenne annuelle 5 ans	6,8 G\$	5,2 G\$	1,5 G\$

* Le *statu quo* suppose une croissance des coûts du système de santé de 5,7 % par année.

** Les investissements nets sont négatifs en 2025-2026 parce que les économies en DTL surpassent légèrement les investissements en PPL.

SOURCE : Calculs de l'IRIS.

Conclusion

Au Québec, le système de santé et de services sociaux demeure largement centré sur les services de deuxième et troisième lignes, qui continuent de mobiliser plus des trois quarts des ressources financières et humaines investies dans les programmes-services. Cet hospitalo-centrisme se maintient alors que l'accès aux services de prévention et de première ligne est en crise. Ces derniers pourraient pourtant jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et permettre un meilleur contrôle des coûts du système.

Le plan ambitieux mais réaliste présenté ici montre que le Québec a les moyens financiers de réussir le virage nécessaire vers la PPL. Toutefois, augmenter les ressources financières et humaines ne suffira pas à résoudre les problèmes graves d'accès et de continuité des services affectant la première ligne. Pour y parvenir, il est également impératif de revoir en profondeur le modèle actuel d'organisation des services, qui s'inscrit dans une structure extrêmement centralisée et qui repose lourdement sur des cliniques privées à but lucratif ayant échoué à remplir leur mission. Cette question fera l'objet d'une prochaine publication sur la première ligne en 2027.

TABLEAU 4

Projection de l'évolution des effectifs en PPL selon un plan de refinancement de la PPL, en ETP*

	ETP supplémentaires par rapport à 2024-2025	Total ETP en PPL
2024-2025	s.o.	43 292
2025-2026	8 466	51 758
2026-2027	20 533	63 825
2027-2028	36 117	79 409
2028-2029	54 684	97 976
2029-2030	76 022	119 314

* Calculs basés sur les dépenses en PPL par ETP en 2024-2025, qui s'élèvent à 173 386 \$. À noter que ce montant ne correspond pas au salaire moyen des ETP, mais bien à l'ensemble des dépenses en PPL divisé par l'ensemble des ETP en PPL pour l'année 2024-2025.

SOURCE : Calculs de l'IRIS.

Notes de fin de document

1. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, La valeur de la continuité des soins : un investissement dans les soins primaires pour réduire les coûts et améliorer la qualité de vie, juillet 2021, www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Prestation-des-soins-de-sant%C3%A9/Continuity-of-Care-one-pager-FRE.pdf; Heba SHAHAED et autres, « Primary care for all: Lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment », Canadian Medical Association Journal, vol. 195, n° 47, 2023, www.cmaj.ca/content/cmaj/195/47/E1628.full.pdf; Élise BOULANGER et autres, Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec, mars 2025, ssa.quebec.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport_Orientations_1ere_ligne_vf.pdf; Nicole F. BERNIER et Maude CHAPADOS, La prévention en santé : de l'intervention clinique aux politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), mars 2026, www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3656-prevention-sante-politiques-sociales.pdf; AVISEO, Impact de la prévention sur le système de santé québécois, juin 2026, aspq.org/app/uploads/2026/06/tude-projections-prevention_aviseo_10juini2026_vf.pdf.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés, Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, mars 2026, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-13W.pdf; MSSS, Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire, mars 2026, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-48W.pdf; MSSS, Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence, juin 2023, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf; MSSS, Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population, Politique gouvernementale de prévention en santé, 2016, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf; MSSS, Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé, 2022, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf.
3. Anne PLOURDE, Le projet de loi 106 décortiqué par l'IRIS, série d'articles, IRIS, automne 2025, iris-recherche.qc.ca/blogue/series-darticles/#pl106.
4. Ibid.; Anne PLOURDE, Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : un modèle à revoir en profondeur, Note socioéconomique, IRIS, mai 2022, iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/.
5. Anne PLOURDE, Myriam LAVOIE-MOORE et Guillaume HÉBERT, Six remèdes pour révolutionner le réseau de la santé et des services sociaux, Brochure, IRIS, novembre 2023, iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/.
6. MSSS, Innover..., op. cit.
7. Élise BOULANGER et autres, op. cit.
8. Élise BOULANGER et autres, Financement des soins et services de première ligne, Note économique complémentaire, mai 2025, document non publié mais disponible au MSSS, demande d'accès à l'information 2025-2026.109.
9. MSSS, Orientations..., op. cit.; MSSS, L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien, janvier 2004, publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf.
10. Anne PLOURDE, Myriam LAVOIE-MOORE et Guillaume HÉBERT, Six remèdes..., op. cit.
11. OCDE, Panorama de la santé, 2025, www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/2f564c6c-fr.pdf.
12. Élise BOULANGER et autres, Financement..., op. cit.
13. OCDE, op. cit.
14. Élise BOULANGER et autres, Soutenir..., op. cit.; MSSS, Innover..., op. cit.
15. Calculs faits à partir des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé : tableaux de données – série D3, 2025, www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante.
16. Élise BOULANGER et autres, Soutenir..., op. cit.
17. AVISEO, op. cit.
18. Raphaël LANGEVIN, Diminution des coûts de santé : le rôle des groupes communautaires, Note, IRIS, septembre 2025, iris-recherche.qc.ca/publications/organismes-communautaires-sante/.
19. AVISEO, op. cit.
20. Catherine PARADIS, « Le coût exponentiel lié aux maladies chroniques multiples », Radio-Canada, 11 mai 2018, ici.radio-canada.ca/nouvelle/1100589/couts-exponentiels-maladies-chroniques-multiples. La source datant de 2018, les montants ont été convertis en dollars de 2025.
21. Anne PLOURDE, Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec, Note, IRIS, mai 2024, iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/.
22. STATISTIQUE CANADA, Enquête sur la population active, tableau personnalisé produit pour l'IRIS, février 2024; SANTÉ QUÉBEC, demande d'accès à l'information 26-SQ-001-308; MSSS, Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux, 2024-2025.

« Au Québec, le système de santé et de services sociaux demeure largement centré sur les services de deuxième et troisième lignes [...]. Le plan réaliste mais ambitieux présenté dans cette publication montre que le Québec a les moyens financiers de réussir le virage nécessaire vers la prévention et la première ligne. »



INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES
1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514-789.2409 • iris-recherche.qc.ca

ISBN Imprimé 978-2-925569-29-9
ISBN PDF 978-2-925569-30-5