

L'innovation sociale au service d'une première ligne plus intégrée, équitable et inclusive

Nancy Côté, Ph. D.

Lucille Langlois, professionnelle de recherche, retraitée de la gestion du RSSS

Andrew Freeman, erg., Ph. D.

Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- L'augmentation des inégalités et la complexification des problèmes sociaux et de santé nécessitent de repenser de manière radicale l'organisation de la première ligne (PL).
- Les fortes pressions exercées sur la première ligne nécessitent la conception de nouveaux modèles qui se démarquent de l'approche médico-centrée, en privilégiant une gouvernance et une organisation des services intersectoriels qui intègrent la santé et le social.
- Il s'avère crucial d'encourager le développement d'innovations sociales en PL et de favoriser la recherche en partenariat et appliquée dans ce secteur en soutien à ces innovations.
- Les modèles de services et d'interventions de proximité constituent une voie à privilégier pour innover en PL; leur potentiel repose sur un maillage plus étroit entre la santé publique et la première ligne, ce qui reste à formaliser.

PROBLÉMATIQUE

Une première ligne en redéfinition face à des défis sociétaux importants

« Au Québec, nous remarquons une montée des inégalités sociales de santé. Les défis et les problèmes auxquels les milieux défavorisés font face sont complexes et les services institutionnels peinent à les rejoindre » (1, p. 188). Les changements sociodémographiques, climatiques et environnementaux, les tensions internationales (conflits et violences, augmentation des zones de conflits et des demandes d'asile au Canada et au Québec) (2), le rétablissement postpandémie et la hausse du coût de la vie sont quelques illustrations du contexte social actuel qui engendre des iniquités sociales en santé. Ce sont les grandes préoccupations de santé publique actuelles. Ce contexte est répandu et se matérialise dans le quotidien chez les populations, et à plus petite échelle, à l'intérieur des communautés locales. Il affecte directement les conditions de vie des citoyens, le « vivre ensemble » et les relations interpersonnelles, ainsi que la capacité de résilience des individus et des collectivités (3). Les populations et les communautés locales en situation de vulnérabilité en sont grandement affectées, ce qui contribue à exacerber les iniquités en santé (4).

Les effets du contexte social actuel sont aussi observés du côté des offres de services, des modes de gouvernance et de gestion ainsi que de l'organisation du travail des dirigeants, des gestionnaires et des équipes (1). Les organisations – communautaires, publiques et privées – des réseaux locaux de services (RLS) sont en ce sens soumises à de fortes pressions pour parvenir à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population (4).

Le rôle central des services de PL pour agir sur les iniquités en santé

Les services de PL sont ceux offerts au plus près de la population d'un territoire et privilégiant des pratiques collaboratives interprofessionnelles, intersectorielles et citoyennes, fondées sur des prises de décision partagées entre populations et partenaires du réseau de services (5). Ils « permettent de prévenir, de résoudre ou de réduire la majorité des problèmes sociaux ou de santé courants vécus par l'ensemble de la population et par certaines clientèles vulnérables ou particulières » (p. 5, 6). Ensemble et par un solide engagement, les partenaires des services de la PL exercent, en complémentarité, leurs rôles liés à la responsabilité populationnelle, soit l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire en considérant les caractéristiques de la population dans la définition et l'organisation de l'offre de services (7).

Pour des soins et services de PL inclusifs, il est nécessaire de penser à des modèles de soins et d'interventions adaptés aux diverses réalités des populations et qui tiennent compte des capacités des individus à profiter des opportunités qu'offre le système. Ceci est d'autant plus important que les services de PL sont le fondement d'un système de santé efficace et inclusif (8). Leur importance réside dans leur rôle de promotion, de prévention, d'éducation, d'accès et de continuité à des soins et services de proximité alliant pertinence et performance.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Trois constats se dégagent de l'organisation actuelle de la PL au Québec

1. La PL ne répond pas adéquatement aux besoins non exprimés des individus, groupes et communautés les plus vulnérables ou marginalisés vivant avec des réalités quotidiennes de plus en plus complexes nécessitant des services psychosociaux, infirmiers et médicaux. Le faible arrimage entre la santé publique et les services de PL constitue un frein à une organisation de services plus en phase avec les besoins des communautés fragilisées (9).

2. Le modèle de PL axé sur des soins médico-centrés ne réussit plus à répondre aux besoins criants de la population en termes de santé mentale, d'itinérance, de toxicomanie, d'immigration, etc. Des services et des interventions intersectorielles deviennent incontournables pour favoriser un meilleur accès aux services et répondre à la complexité des enjeux sociaux et de santé. Les modes de gouvernance et les indicateurs de performance privilégiés jusqu'à maintenant limitent considérablement le développement d'actions intersectorielles pertinentes et pérennes.

3. L'organisation de la PL est en décalage avec les besoins d'une population de plus en plus diverse et doit évoluer vers une offre de services plus inclusive. Par exemple, la littérature montre que les membres de la communauté 2+LGBTQIA sont plus susceptibles de subir des pratiques discriminatoires qui altèrent la qualité des services

reçus (10) et compliquent leur accès aux services. Ces difficultés sont aussi vécues par les autochtones, dont les services sont mal adaptés à leur réalité, ce qui a des impacts directs sur leur santé (11). Ajoutons à cela que les inégalités de santé ne sont pas toujours le résultat d'une seule cause ou d'un seul système d'oppression, mais résultent bien souvent d'une interaction complexe entre plusieurs sources de discrimination (12).

Quelques exemples illustrant la forte pression exercée sur les services de PL et l'urgence d'une PL renouvelée qui intègre le social et la santé

- Augmentation alarmante de l'itinérance : de 44 % entre 2018 et 2022 (13).
- Forte hausse de l'immigration : le solde migratoire international au Québec a atteint 221 800 personnes en 2023, une augmentation de 40,7 % par rapport à 2022 (14).
- Taux de maladies chroniques plus élevé parmi les Canadiens appartenant au quintile de revenu le plus bas (15).
- Hausse de 26,4 % de la violence domestique entre 2013 et 2022 (16).
- Détérioration importante de la santé mentale des adultes canadiens : passage de 8,9 % en 2019 à 26,1 % en 2021 d'une mauvaise ou moyenne santé mentale déclarée (17).
- Augmentation alarmante du taux de décès par intoxication aux opioïdes au Canada entre 2016 et 2020, passant de 7,8 à 17,3 décès par 100 000 habitants (18).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les nombreuses réformes déployées dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières décennies n'ont pas réussi à réduire les iniquités et les injustices vécues par les populations et les communautés en situation de vulnérabilité. Les défis persistants auxquels sont confrontés les systèmes de santé nécessitent de revoir de manière radicale les modèles de services de PL afin de mieux répondre aux besoins de la population, en particulier ceux des groupes défavorisés et marginalisés. Plusieurs chercheurs et observateurs plaident pour une PL forte, résiliente et « apprenante » en capacité à travailler en proximité avec les communautés locales et les populations, de manière à agir sur les déterminants de la santé et réduire les iniquités en santé (7). La PL occupe un rôle prépondérant pour mieux connaître et comprendre les réalités citoyennes et populationnelles permettant de coconstruire des actions et des interventions qui font du sens tout en agissant sur ce qui est souvent invisible et inatteignable par une organisation traditionnelle des soins et des services.

L'innovation sociale en PL s'avère incontournable pour faire face aux immenses pressions sur le système de santé et de services sociaux. Nous définissons les innovations comme des idées nouvelles (produits, services et modèles) qui répondent aux besoins sociaux de manière plus efficace que les alternatives existantes, tout en créant de nouvelles relations sociales ou collaborations (19, p. 7). Les innovations sociales visent à répondre aux problèmes sociaux tout en renforçant la capacité d'action des communautés en créant de nouvelles formes de coopération entre acteurs. La convergence de la lecture et de la volonté partagée d'agir en proximité localement à l'échelle des territoires de la province est en ce moment un puissant levier pour explorer comment les innovations sociales en

émergence peuvent contribuer à renverser le mouvement des iniquités en santé et soutenir l'organisation des services de PL. Les enseignements des expérimentations du terrain et les orientations stratégiques gouvernementales convergent dans une même direction, celle d'agir en proximité avec les citoyens et le plus près possible des réalités citoyennes, populationnelles et territoriales (7).

Recommandations

À la lumière des constats présentés dans cet avis, les recommandations sont à l'effet de :

- Renforcer les collaborations – entre citoyens, communautés, populations et partenaires des réseaux intersectoriels – aux différents paliers d'actions sur les services de proximité de PL, sans oublier les liens plus étroits à formaliser entre la santé publique et la PL.
- Soutenir le développement et la pérennisation de services et d'interventions de proximité à l'échelle provinciale.
- Soutenir la recherche sur les innovations sociales en soins et services de proximité et les processus de recherche qui impliquent les partenaires, usagers et citoyens dans une démarche de coconstruction.

RÉFÉRENCES

1. Doré, C., A. Goudet, S.-R. Hyppolite, N. Lévesque, et L. Maillet, *Reddition de comptes pertinente en intervention de proximité : Sur quoi miser?*, in *Midi-conférence de l'IUPLSSS* (<https://www.iuplsss.ca/evenement/midi-conference-reddition-de-comptes-pertinente-en-intervention-de-proximite-sur-quoi-miser>). 2023: Sherbrooke (Québec).
2. Nations-Unies. *Façonnons notre avenir ensemble : Une nouvelle ère de conflit et de violence*. 2025; <https://www.un.org/fr/un75/new-era-conflict-and-violence#:~:text=Les%20tensions%20régionales%20non%20résolues,en%20sont%20les%20principales%20causes>.
3. Cyrulnik, B., *Les deux visages de la résilience: Contre la récupération d'un concept*. 2024, Paris: Éditions Odile Jacob.
4. Hyppolite, S.-R., *Comprendre et agir autrement. Pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. 2012, Québec (Québec): Agence régionale de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. https://www.ciuss-s-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/rapportiss_versionintegrale.pdf.
5. INESSS, *État des connaissances. Mécanismes d'accès aux services de proximité*. 2019, Québec, Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. 55. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf
6. MSSS, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*. 2004, Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>
7. Morin, P., C. Garneau, G.-C. Thiebaut, J. Gagnon, L. Langlois, M. Lagacé, et L.R. Tétreault, *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence*. 2023: MSSS (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>).
8. Breton, M., L. Maillet, I. Paré, S. Abou Malham, et N. Touati, *Perceptions of the first family physicians to adopt advanced access in the province of Quebec, Canada*. *Int J Health Plann Manage*, 2017. 32(4): p. e316-e332. <https://www.doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.2380>
9. Denis, J.L., L. Potvin, J. Rochon, P. Fournier, et L. Gauvin, *On redesigning public health in Québec: lessons learned from the pandemic*. *Can J Public Health*, 2020. 111(6): p. 912-920. <https://www.doi.org/10.17269/s41997-020-00419-x>
10. Alencar Albuquerque, G., C. de Lima Garcia, G. da Silva Quirino, M.J.H. Alves, J.M. Belém, F.W. dos Santos Figueiredo, L. da Silva Paiva, V.B. do Nascimento, É. da Silva Maciel, V.E. Valenti, L.C. de Abreu, et F. Adami, *Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review*. *BMC International Health and Human Rights*, 2016. 16(1): p. 2. <https://www.doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
11. Lewis, M.E., E.E. Hartwell, et L.L. Myhra, *Decolonizing Mental Health Services for Indigenous Clients: A Training Program for Mental Health Professionals*. *American Journal of Community Psychology*, 2018. 62(3-4): p. 330-339. <https://www.doi.org/https://doi.org/10.1002/ajcp.12288>
12. Muirhead, V.E., A. Milner, R. Freeman, J. Doughty, et M.E. Macdonald, *What is intersectionality and why is it important in oral health research?* *Community Dentistry and*

- Oral Epidemiology, 2020. 48(6): p. 464-470.
<https://www.doi.org/https://doi.org/10.1111/cdoe.12573>
13. MSSS (Ministère de la Santé et des services sociaux), *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec. Rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*. 2023: Gouvernement du Québec. 374. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003630/>
 14. Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Le bilan démographique du Québec. Édition 2024*, ed. I.d.I.s.d. Québec. 2024. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf>
 15. Statistics Canada, *Health of Canadians, 2023. Statistics Canada Catalogue no. 82-570-X*. 2023: Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/82-570-x2023001-eng.htm>
 16. Ministère de la sécurité publique, *Criminalité au Québec – Infractions commises dans un contexte conjugal en 2022*. 2023: Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/police/statistiques-criminalite/violence-conjugale/stats_violence_conjugale_2022.pdf
 17. CMHA (Canadian Mental Health Association), *The State of Mental Health in Canada 2024: Mapping the Landscape of Mental Health, Addictions and Substance Use Health*. 2024: Canadian Mental Health Association. 144. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2024/11/CMHA-State-of-Mental-Health-2024-report.pdf>
 18. Konefal, S., A. Sherk, B. Maloney-Hall, M. Young, P. Kent, et E. Biggar, *Polysubstance use poisoning deaths in Canada: an analysis of trends from 2014 to 2017 using mortality data*. BMC Public Health, 2022. 22(1): p. 269. <https://www.doi.org/10.1186/s12889-022-12678-z>
 19. BEPA (Bureau of European Policy Advisers), *Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union*. 2011. https://migrant-integration.ec.europa.eu/sites/default/files/2011-01/doc1_17731_35611801.pdf

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.