

Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science

Un recueil d'avis
d'expertes et d'experts

Démarche de mobilisation des connaissances des
deux Instituts universitaires de première ligne en
santé et services sociaux du Québec

Ce recueil est une initiative des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS), représentés par l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et VITAM – Centre de recherche en santé durable du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les contenus exprimés dans ce recueil par les autrices et auteurs des avis ne reflètent pas nécessairement la position officielle des IUPLSSS. Les autrices et auteurs de chacun des avis n'ont pas révisé ni endossé le contenu final de ce recueil.

Membres de l'équipe de projet

Coordination

Simon Deslauriers, chef de service, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Pier B. Lortie, adjointe à la directrice scientifique, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Réalisation

Anne-Marie Cardinal, conseillère en développement de la recherche et en communication, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Julie-Alexandra Moulin, professionnelle de recherche, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Émilie Picarou, courtière de connaissances, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision linguistique

Jade Bilodeau, adjointe à la direction, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sylviane Fumas, technicienne en administration, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Manon Sylvain, technicienne en administration, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Conseillers scientifiques

Jean-Paul Fortin, professeur titulaire retraité, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval et chercheur régulier à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Paul Morin, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, et chercheur régulier à IUPLSSS

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-01080-2 (PDF)

Tous droits réservés

© Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux, mai 2025

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de VITAM – Centre de recherche en santé durable (<https://vitam.ulaval.ca/>) et de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (<https://www.iuplsss.ca/>).

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement, à condition de citer le document ou l'avis en question, tel que proposé ci-dessous.

Pour citer ce document : Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux. (2025). *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Pour citer un avis (exemple) : Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M. (2025). Bilan de 30 ans d'intégration des services au Québec (p. 12). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Remerciements

Nous souhaitons remercier toute personne ayant contribué de près ou de loin à cette démarche de mobilisation des connaissances.

Plus particulièrement, l'équipe tient également à remercier Mélanie Lapointe, conseillère en organisation des services de première ligne au ministère de la Santé et des Services (MSSS), ainsi que Carl Drouin, consultant en gestion des connaissances et planification stratégique, pour leur rôle de renforcement des liens entre les expertises des chercheuses et chercheurs disponibles au Québec et les besoins de connaissances du MSSS pour l'alignement de ses politiques publiques.

Les IUPLSSS sont soutenus financièrement, entre autres, par le MSSS. Cette démarche de mobilisation des connaissances a été rendue possible grâce au soutien financier de la Direction de la première ligne et la Direction innovation et recherche du MSSS.

COMITÉ CONSULTATIF DE LA DÉMARCHE

(en ordre alphabétique)

Le comité avait comme mandat de conseiller les personnes responsables de la coordination quant au processus de mobilisation des connaissances dans le domaine de l'organisation des services de première ligne. Le comité a notamment été consulté au sujet de la méthode de compilation des expertises scientifiques et de l'étendue des thématiques à aborder.

Sébastien Carrier, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke

Arnaud Duhoux, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Isabelle Gaboury, professeure titulaire, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke

Rose Gagnon, Ph. D.(c), Université Laval

Maude Laberge, professeure agrégée, Département de médecine préventive et sociale, Université Laval

Annie LeBlanc, professeure titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval

Elisabeth Martin, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Aude Motulsky, professeure agrégée, École de santé publique, Université de Montréal

Quan Nah Hong, professeure adjointe, École de réadaptation, Université de Montréal

Marie-Eve Poitras, professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

Erin Strumpf, professeure, Département des Sciences économiques, Université McGill

Nassera Touati, professeure titulaire, École nationale d'administration publique

Brigitte Vachon, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

Préface

Le système de santé et de services sociaux québécois est en pleine transformation, et l'organisation des services de proximité n'y échappe pas. Dans ce contexte, les deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Québec ont uni leurs efforts afin de mettre à profit leurs expertises scientifiques respectives et ainsi contribuer activement aux réflexions et aux actions qui orientent cette transformation. Ce recueil a pour objectif de fournir aux lectrices et lecteurs un portrait d'ensemble sur le développement et l'état actuel des soins et services de première ligne au Québec. Il importe de souligner que ce sont près de 150 expertes et experts, en provenance de disciplines et d'établissements divers, qui ont contribué à la rédaction de ces 49 avis scientifiques.

Les IUPLSSS représentent des infrastructures de recherche ayant pour mission première de contribuer à l'amélioration des services de première ligne, de la santé et du bien-être de la population. Le présent recueil se veut un reflet des valeurs et des visions communes qui animent ces deux organisations qui s'appuient solidement sur la recherche et la mobilisation des savoirs. En effet, parmi ces valeurs partagées, soulignons l'importance de démocratiser les connaissances scientifiques pour soutenir la prise de décision et de favoriser la participation des personnes usagères ou citoyennes et des communautés dans les activités de recherche en première ligne.

Rappelons que les services de santé et les services sociaux de première ligne visent à répondre à des besoins de santé dans une perspective globale (bien-être physique, mental et social), et ce, par un large éventail de champs d'action : la promotion, la protection, la prévention, le traitement, la réadaptation et le suivi tout au long de la vie. Ainsi, différents milieux (p. ex. les centres locaux de services communautaires, les groupes de médecine de famille, les écoles, les services de garde éducatifs, les organismes communautaires et les municipalités), diverses équipes et plusieurs types d'actrices et d'acteurs issus de disciplines variées ont à cœur d'offrir des services de proximité, déployés à domicile et dans la communauté à travers l'ensemble de la province.

Ce recueil propose un regard scientifique et critique fort pertinent en appui à la réflexion collective visant à renforcer la première ligne dans la province. Solidement documenté, il permettra d'apporter un éclairage nuancé et inspirant afin de mieux soutenir les réflexions et les prises de décision. Pour le mieux-être de la population, les services de première ligne doivent mieux refléter les diverses transformations vécues dans la société québécoise au cours des dernières années, et s'y adapter, et ce, de manière accessible et équitable pour toutes et tous. Nous croyons également qu'une première ligne forte et agile contribuera à réduire les inégalités sociales en matière de santé, de même que le recours aux soins spécialisés.

Bonne lecture!



Jean-Pierre Després
directeur scientifique de
VITAM – Centre de
recherche en santé durable



Fabienne Lagueux
directrice scientifique par
intérim de l'IUPLSSS du
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Table des matières

Introduction	1
Lecture transversale des avis Paul Morin et Jean-Paul Fortin	5
Territoires locaux et intégration des services	
Bilan de 30 ans d'intégration des services au Québec Yves Couturier et coll.	12
Gouvernance des services de proximité au Québec : constats émergents et défis persistants Lara Maillet et coll.	17
Évolution des politiques de santé au Québec : la première ligne en perte de vitesse? Elisabeth Martin et coll.	22
Accès aux soins de première ligne : un défi pérenne Erin Strumpf	29
Gentrification des soins : un potentiel obstacle à l'équité des soins et services de première ligne Christine Loignon et coll.	35
Barrières aux soins de première ligne : un impact important sur la santé physique et mentale des citoyens Josée Grenier et coll.	41
L'organisation communautaire, première ligne en Santé et Services sociaux Denis Bourque et coll.	48
Renforcer la première ligne par la création d'environnements favorables à la santé et à l'équité en santé Martine Shareck et coll.	54
La réponse aux besoins de la communauté locale : un grand corps malade Paul Morin	59
Les causes et conséquences de la place prépondérante du privé en santé au Québec Olivier Jacques et coll.	63
Une première ligne médicale en mode prépondérant	
L'arrivée des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en GMF comme condition de liaison entre les soins primaires de santé et les services sociaux généraux Yves Couturier et coll.	69

La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec Nancy Côté et coll.	73
Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'usager Nancy Côté et coll.	78
Le modèle de financement de la première ligne au Québec : frein ou levier pour l'accessibilité et la qualité des soins? Maude Laberge et coll.	83
Les effets pervers de la rémunération des médecins de famille au Québec Maude Laberge et coll.	88

Prestations de soins et services

Vieillir chez soi au Québec : un objectif réalisable ou une chimère face au manque de soins à domicile Amélie Quesnel-Vallée et coll.	94
La transmission d'information entre les hôpitaux et la première ligne : une opportunité pour améliorer la qualité des soins aux personnes âgées au Québec Sandrine Couture et coll.	99
Repenser la perspective des interventions auprès des jeunes dans le système de justice pénale Anta Niang et coll.	104
Modes de gestion et conditions de pratique en protection de l'enfance : détérioration de la santé et du bien-être des intervenantes et affaiblissement de la protection des enfants et des familles vulnérabilisés Isabelle Le Pain et coll.	109
Le système de protection est engorgé par des situations qui devraient être prises en charge par la première ligne Sonia Hélié et coll.	116
Neurodivergence en santé et services sociaux : vers une première ligne inclusive pour les personnes usagères et professionnelles neurodivergentes Julie-Christine Cotton et coll.	121
Santé physique et diagnostic psychiatrique : quand le masquage diagnostique compromet l'accès aux soins requis par la condition de la personne Marie-Claude Jacques et coll.	128
Les défis de la surmédicalisation en santé mentale Mélissa Généreux	133
Troubles mentaux courants et retour au travail : un défi de collaboration et de coordination pour les soins de première ligne au Québec Brigitte Vachon et coll.	137

Soutenir les pères dans la relation avec leurs enfants en misant sur l'expertise développée dans les milieux communautaires Guadalupe Puentes-Neuman et coll.	143
La santé et le bien-être des hommes dans les services de première ligne Philippe Roy et coll.	149
Les personnes issues des communautés culturelles : enjeux d'accessibilité et d'adaptabilité des services Annick Lenoir et coll.	156
Services et enjeux liés à la première ligne pour les réfugiés et demandeurs d'asile Serigne Touba Mbacké Gueye	162
Contributions de l'adaptation culturelle des services de première ligne à l'intégration des personnes issues de l'immigration Lucienne Martins-Borges et coll.	167
L'insécurité culturelle est l'obstacle le plus important à l'accès aux soins et services de première ligne pour les personnes des Premières Nations et Inuit au Québec Marie-Claude Tremblay et coll.	172
Traiter l'obésité, une maladie chronique, par les saines habitudes de vie Jean-Sébastien Paquette et coll.	178
La décision partagée : essentielle afin de sauvegarder les soins de première ligne France Légaré et coll.	182

Voix disciplinaires

Les expériences professionnelles et la santé au travail de membres du personnel infirmier de première ligne au Québec Marianne Beaulieu et coll.	188
Implanter une clinique d'infirmières praticiennes spécialisées : bonnes pratiques Marie-Eve Poitras et coll.	195
Les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées : un modèle à pérenniser Arnaud Duhoux et coll.	200
Les diététistes-nutritionnistes en soins de première ligne : un atout sous-exploité Anne-Sophie Brazeau et coll.	206
La pharmacie, une profession au rôle central dans les soins de première ligne au Québec — Évolution, état des lieux et perspectives Caroline Sirois et coll.	212

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Accroître la force de frappe des recherches en première ligne : renforcer le modèle des Instituts universitaires et des Centres affiliés universitaires du secteur social Baptiste Godrie	218
La recherche en appui à une première ligne forte, moderne et apprenante Matthew Menear et coll.	223
Mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux dans les soins et services de première ligne : état de situation et défis France Légaré et coll.	228
Les processus d'élaboration des politiques publiques en santé mentale : un levier sous-estimé pour améliorer l'accès aux soins et l'équité Morgane Gabet et coll.	235
Promotion de la santé en services de santé de proximité : importance de cibler les signes vitaux du mode de vie Jean-Pierre Després et coll.	240
Construire des systèmes de soins primaires performants au Québec : recommandations pour l'avenir Monica Aggarwal	245
L'innovation sociale au service d'une première ligne plus intégrée, équitable et inclusive Nancy Côté et coll.	251
L'intervention de proximité comme pratique novatrice dans l'offre de services institutionnels pour réduire les inégalités sociales de santé Chantal Doré et coll.	256
L'IA en première ligne : comment saisir le potentiel tout en préservant l'humain Maxime Sasseville et coll.	262
L'évaluation des technologies, programmes, et réformes de la santé — la clé afin d'améliorer le système de soins de première ligne Erin Strumpf et coll.	268
L'importance des mesures de résultats de santé (PROMs) et d'expériences de soins (PREMs) rapportées par les patientes et les patients pour la création de valeur Pierre-Henri Roux-Levy et coll.	274
L'implantation des technologies en première ligne : tirer parti des apprentissages pour atteindre le sextuple objectif Marie-Pierre Gagnon et coll.	280

Répertoire des autrices et des auteurs	287
-----------------------------------------------	------------

Introduction

Le Québec vit de grandes transformations sociales, économiques, environnementales et politiques au moment où ce recueil est publié. Ce contexte nourrit les réflexions entourant les pratiques, l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé, la création de Santé Québec, la rédaction d'une première politique sur l'organisation des soins et des services de première ligne, les réflexions entourant la Stratégie nationale de prévention en santé... Toutes ces initiatives témoignent du momentum actuel en faveur de la modernisation des soins et services de première ligne. Une certaine tendance se dégage chez les actrices et acteurs du RSSS, la communauté scientifique et la population : ils souhaitent placer la personne usagère au centre des priorités, en lui offrant le bon service, par la bonne personne, au bon moment, mais aussi donner une plus grande place à la prévention dans nos politiques publiques. Une perspective globale en santé des individus et des communautés prime de plus en plus sur l'approche traditionnelle de gestion de la maladie. Dans un contexte de croissance des besoins sociosanitaires combinée à un contrôle plus serré des dépenses dans ce secteur d'activité, la prise en compte des déterminants sociaux et écologiques de la santé n'a jamais été aussi cruciale. Ces tendances convergent vers une approche de santé durable, qui se définit par *un esprit sain dans un corps sain, dans un milieu de vie et un environnement sains, sur une planète en santé*.

Dans ce contexte, une réflexion collective s'impose quant à la compréhension que nous avons de la première ligne en santé et à la façon dont la première ligne peut répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population en matière de santé et de services sociaux. La multiplicité des enjeux et des parties prenantes rend la mise en œuvre de changements complexe. Pour bien comprendre ces enjeux et pour prioriser les actions ayant le plus de valeur ajoutée pour la santé des communautés, la contribution de l'expertise scientifique est essentielle. C'est dans ce contexte que les deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Québec ont joint leurs forces dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances visant à soutenir la modernisation des pratiques en première ligne.

Les Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux

Les deux IUPLSSS font partie respectivement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du CIUSSS de la Capitale-Nationale, où se trouve VITAM – Centre de recherche en santé durable. Ces organisations favorisent un réel rapprochement entre les milieux de la recherche et les milieux de pratique. En créant des espaces de dialogue et de croisement des différents savoirs et expertises, ils permettent le déploiement d'innovations sociales et de recherches coconstruites, lesquelles visent à répondre réellement aux préoccupations et aux besoins actuels non seulement des praticiennes, des praticiens et des divers milieux de pratique, mais aussi de la population.

En fonction de la poursuite de sa mission, l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a pour objectif de placer les personnes et les communautés au cœur des soins et services offerts. Par le biais de projets de recherche et d'actions de mobilisation des connaissances, l'Institut vise à : développer les connaissances pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'équité des soins et services; promouvoir la participation et l'engagement des usagères et usagers, des proches, ainsi que des communautés au sein du système de santé et de services sociaux; renforcer les capacités d'action réelles des intervenantes et intervenants, des gestionnaires, des usagères et usagers, ainsi que des communautés.

De son côté, VITAM – Centre de recherche en santé durable regroupe les expertises scientifiques pour l'IUPLSSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale. La mission de VITAM est de développer et de mobiliser des connaissances afin de contribuer à la promotion et à l'amélioration de la santé par la recherche intersectorielle et socialement responsable. Le concept de santé durable est au cœur de la démarche de VITAM où les équipes souhaitent travailler *avec* plutôt que *pour* la population et les communautés afin de collectivement « fabriquer de la santé ».

Une démarche de mobilisation des connaissances

Les deux IUPLSSS de la province ont mené une démarche de mobilisation des connaissances sur l'organisation des services de première ligne regroupant une cinquantaine d'avis d'expertes et d'experts provenant de neuf universités : Université de Toronto – École de santé publique Dalla Lana, Université du Québec en Outaouais, École nationale administration publique, Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Université du Québec à Montréal, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Université Laval et Université McGill.

Cette initiative a pour objectif d'informer les lectrices et les lecteurs sur le portrait actuel et l'évolution récente des soins et des services de première ligne au Québec. La variété de domaines et de sujets couverts par les expertes et experts propose une vision nuancée des enjeux et des opportunités en première ligne. Ce recueil jette les bases scientifiques d'une réflexion collective nécessaire pour transformer la première ligne au Québec.

Ce recueil est destiné à toutes les parties prenantes intéressées par les enjeux de première ligne, dont les organisations de santé et services sociaux, les gestionnaires, les décisionnaires, les ordres professionnels, les regroupements d'usagères et d'usagers, les syndicats, les partis politiques, les médias, etc. Les publics cibles de cette démarche sont divers et il est attendu que certains avis soient d'intérêt pour certains publics spécifiques. Ce recueil propose une mine d'or d'informations afin que chaque partie prenante y trouve son compte.

Comment ce recueil a-t-il été élaboré?

Des rencontres avec un comité consultatif formé de plusieurs expertes et experts en première ligne se sont tenues au printemps 2024 afin d'orienter les travaux. Le recrutement des autrices et auteurs des avis présentés dans ce recueil s'est déroulé à l'automne 2024, la rédaction des avis à l'hiver 2024-2025 et la composition du recueil au printemps 2025.

Les chercheuses et les chercheurs ont été contactés par échantillonnage de commodité en fonction de leur expertise et leur disponibilité. L'équipe de projet a fourni aux expertes et experts un gabarit et des instructions de rédaction relativement flexibles, sachant qu'il en résulterait une grande diversité d'avis, autant dans leur forme que dans leur contenu.

Chaque avis a été examiné par l'équipe de projet et une demande de révision a été soumise aux autrices et auteurs lorsque nécessaire. Parallèlement, deux conseillers scientifiques (Jean-Paul Fortin et Paul Morin) ont eu le mandat de faire une analyse transversale de l'ensemble des avis, laquelle se trouve à la prochaine section du recueil. Nous vous encourageons fortement à en prendre connaissance. Cette section est le fruit d'une lecture critique des avis analysés selon les cinq thématiques. Les conseillers scientifiques ont également aidé à structurer la disposition des avis en différentes thématiques à travers le recueil.

Comment lire ce recueil?

Les avis sont classés dans ce recueil en cinq thématiques :

1. Territoires locaux et intégration des services
2. Une première ligne médicale en mode prépondérant
3. Prestations de soins et services
4. Voix disciplinaires
5. Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Chacun des avis a été rédigé de manière indépendante par les autrices et les auteurs. Ils peuvent être consultés et partagés de manière individuelle, notamment pour répondre à des sujets spécifiques ponctuels. Les avis comportent une section faits saillants suivie d'un résumé de la problématique, des enjeux et des constats, en terminant par une réflexion et des perspectives par rapport à la thématique ciblée.

Les propos exprimés dans chaque avis reflètent ceux des autrices et auteurs qui y ont contribué. Les deux Instituts universitaires se dégagent de toute responsabilité et laissent aux chercheuses et chercheurs le soin de soutenir leurs points de vue.

Quelles sont les limites de la démarche?

Le contenu des avis est très variable, et cette hétérogénéité limite l'adoption d'un cadre commun ou d'une ligne directrice. Les conseillers scientifiques ont malgré tout réussi à proposer une analyse transversale qui donne une certaine cohésion à ce recueil. Bien que l'objectif était de présenter un portrait de la situation actuelle et des grands constats concernant la première ligne, certains avis couvrent, à différents degrés, des pistes de solutions et d'innovation. Il est attendu que découle de cette démarche une seconde mobilisation des connaissances axée sur des solutions potentielles permettant de guider et d'outiller plus amplement les parties prenantes autour d'actions concrètes.

Bien que certains avis rapportent des constats issus de projets de recherche réalisés avec des patientes, patients, citoyennes et citoyens partenaires, il sera intéressant pour les prochaines étapes de mobilisation des connaissances d'intégrer davantage la perspective citoyenne. Collaborer avec des personnes ayant un savoir expérientiel permettrait d'enrichir le savoir scientifique présenté dans ce recueil.

Lecture transversale des avis

Paul Morin, professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke

Jean-Paul Fortin, professeur titulaire retraité, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval et chercheur régulier à VITAM — Centre de recherche en santé durable

Porte d'entrée principale du système de santé et des services sociaux, premier niveau d'accès afin d'assurer une prise en charge globale et continue des personnes, les qualificatifs abondent en regard de la mission des soins et des services de première ligne. Pourtant, les avis d'expertes et d'experts recueillis convergent : l'état de situation de cette première ligne est préoccupant et requiert une attention diligente des pouvoirs publics québécois. Notre société fait face à un défi d'adaptation permanent en regard des réalités et des besoins des individus et des communautés locales, tout en rendant le système de santé et de services sociaux plus performant. L'accès à ces services demeure limité et trop souvent inéquitable malgré son caractère universel et les sommes colossales investies dans un réseau toujours médico-centré où prédomine l'univers hospitalier.

Au fil des réformes, l'intégration des services de santé, des services sociaux et de la santé publique, une originalité québécoise en Amérique du Nord, est devenue de plus en plus aléatoire et discontinuée. L'évolution structurelle du réseau n'a pas amené une plus grande richesse ni une innovation dans l'offre de services; un défi important en matière d'intégration interne. En matière d'intégration externe, la stratégie des réseaux locaux de services (RLS), transférés en 2015 aux réseaux territoriaux de services, a produit des résultats très mitigés comme vecteur d'innovation. La participation citoyenne est devenue quasi inexistante dans la gouvernance. Cette forme de dégénérescence démocratique est advenue alors que, paradoxalement, le partenariat de soins est prôné dans les documents ministériels.

L'évolution du système de santé et de services sociaux

À une époque, particulièrement de 1990 à 2010, le « modèle québécois » a été une référence majeure dans les milieux universitaires du Québec et le domaine de la santé et des services sociaux n'y faisait pas exception, notamment grâce à la publication en 1992 de la *Politique de la santé et du bien-être*. Autant les problèmes de santé que les problèmes sociaux de la société québécoise et leurs déterminants étaient visés par les dix-neuf objectifs de cette politique. Ceci était congruent avec la finalité de la réforme des années 1970 qui visait à améliorer l'état de santé et de bien-être des populations ainsi que leur qualité de vie. Rétrospectivement, il est possible de qualifier ce moment comme l'un des points culminants de la volonté de l'État québécois d'intégrer de manière transversale la santé et le bien-être de la population dans les politiques publiques. Cependant, l'évolution de notre système de santé et des services sociaux depuis les quinze dernières années s'est effectuée de telle sorte que les services, tant en matière de prestation de soins et services que de gouvernance, sont devenus progressivement dysfonctionnels à l'égard d'une telle vision globale.

La centralisation du réseau, de pair avec les regroupements d'établissements, la bureaucratie de plus en plus lourde et le mode de gestion en silo et de type « nouvelle

gestion publique » centrée sur les processus, la performance et l'efficacité, incarnent maintenant la première ligne du système public, alors que le modèle de groupe de médecine de famille (GMF) structure la première ligne médicale sans que celle-ci possède un fondement territorial. Pourtant, les données probantes sur lesquelles s'appuient les avis d'expertes et d'experts confortent la vision prônée pendant des décennies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) favorisant la convergence de la santé et du social dans un modèle public d'organisation des services. L'État québécois a la responsabilité ultime de cette scission progressive du modèle de première ligne en deux pôles distincts (avis Martin et coll.). Ils se rejoignent cependant dans leur incapacité à répondre adéquatement aux besoins de la population en ce qui concerne l'accès, la qualité, la continuité et l'équité; ceci conduit parfois même à une reproduction des iniquités de santé.

Une gouvernance en dégénérescence démocratique

La réforme de 2015 a aboli les réseaux d'établissements; ces derniers sont explicitement devenus des succursales du MSSS sans possibilité de se faire entendre sur la place publique, créant de plus en plus une culture de l'omerta dans les organisations. Que ce soit, par exemple, la Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) ou l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), ces réseaux apportaient pourtant une contribution pertinente aux enjeux et défis de notre société, notamment par la participation à des Commissions parlementaires et par l'élaboration de formations. De plus, ces réseaux d'établissements avaient l'opportunité de contribuer au développement d'une vision stratégique ministérielle. Il est utile de constater que les médecins peuvent davantage agir comme des sonneurs d'alertes que d'autres, peut-être en raison de leur plus grande autonomie dans le réseau ou du poids de leur organisation.

À leur origine, les CLSC, comme unités de services, devaient favoriser une étroite participation de la population à l'expression des besoins du milieu et à l'organisation des soins. Les personnes ne devaient pas être considérées comme des consommatrices passives et des assistées, mais bien comme des ressources appelées à jouer un rôle positif et dynamique dans l'implantation, le fonctionnement, l'évolution et la gestion de leurs centres, tout en développant leur capacité d'autogestion de leur santé. La dilution progressive du CLSC comme infrastructure d'ancrage dans la communauté locale a eu comme conséquence notable la perte de l'expertise citoyenne auparavant présente au sein du Conseil d'administration ou à d'autres niveaux. Les avis d'expertes et d'experts ont ainsi relevé que cet éloignement de l'expertise locale nuit à la compréhension des situations vécues dans les communautés d'appartenance ou d'intérêts.

En pratique, les programmes-services dominent la première ligne publique sans que celle-ci soit influencée par une implication citoyenne. Malgré le principe de la responsabilité populationnelle, qui ne peut s'articuler qu'en s'appuyant sur une telle implication, la gouvernance actuelle en est très loin; une gouvernance en réseau et intersectorielle demeure ainsi une vision très éloignée de la réalité actuelle. Depuis la réforme structurelle de 2015 et l'abolition de l'*Initiative de partage des connaissances en développement des communautés*, les RLS sont devenus dévitalisés (avis Couturier et coll.) et incapables d'être de véritables plateformes territoriales de coordination intégrant toutes les contributions et les prestations de toutes les parties prenantes d'un RLS comme lieu

privilegié de l'exercice partagé de la responsabilité populationnelle et permettant le développement de projets collectifs.

En dépit de cet état de situation, le MSSS affirme tout de même que la coconstruction est présente par le biais du *Cadre de référence ministériel sur l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* (1).

En somme, l'esprit de la gouverne se réalise à travers une dynamique de coconstruction en œuvrant *ensemble (avec, par et pour les personnes âgées)*, partout dans la communauté locale. En mettant à profit les forces vives des communautés locales et les opportunités qu'elles offrent, il s'en dégage l'identification ainsi que la mise en place de solutions pérennes et adaptées aux besoins des personnes âgées, pour assurer un continuum de services fluide. La qualité du continuum vient directement influencer la santé et le bien-être des personnes âgées (p.43).

Le modèle de financement de la première ligne

Au regard de l'allocation des ressources financières aux services de santé et aux services sociaux, les avis d'expertes et d'experts ont mis en évidence trois enjeux principaux. D'abord, la première ligne représente 8 à 10 % du budget total du système de santé et de services sociaux, ce qui est nettement insuffisant pour contribuer à diminuer la pression sur les services d'urgences et hospitaliers. De plus, les allocations aux établissements favorisent les structures hospitalières au détriment de la première ligne puisque leur attribution « n'est pas réfléchie en fonction des besoins de l'ensemble du continuum des services, ni des besoins territoriaux, et encore moins de la performance des services » (avis Maillet et coll.). Les besoins émergents ou les interventions auprès des populations vulnérables ont plus de difficulté dans ce contexte à être l'objet d'interventions adaptées à leur situation. Ensuite, le mode de rémunération à l'acte de la pratique médicale, largement dominant dans le système de soins (70 %), provoque des effets pervers et requiert des changements misant sur la rémunération mixte privilégiant notamment la capitation dans une transformation de modèles d'organisation : « L'augmentation des dépenses en première ligne a principalement bénéficié aux GMF et à la rémunération des médecins, sans améliorer l'accès aux soins primaires » (avis Laberge et coll.).

Le programme de financement et de soutien des GMF facilite le déplacement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé; 73,8 % des GMF, dont 60 % sont des sociétés par actions, fonctionnent comme des entreprises privées avec une absence d'audits réguliers sans véritable transparence des dépenses, des indicateurs d'efficacité limités et des difficultés marquées pour le contrôle de la qualité des actes (avis Laberge et coll.). Cette opacité entrave l'efficience des ressources publiques et soulève des préoccupations de qualité, d'équité et de sécurité des soins dispensés (avis Jacques et coll.). De plus, le Québec se distingue comme étant la province au Canada ayant, de loin, le plus grand nombre de médecins désaffiliés du réseau public. De 2019 à 2024, le taux d'inscription à un médecin de famille a chuté de 82 % à 73 %, tandis que la désaffiliation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a augmenté de 307 %. La situation a conduit le Collège des médecins du Québec (CMQ) à recommander fortement un encadrement du privé beaucoup plus important.

Le développement du secteur privé devient aussi un enjeu majeur pour le système public pour d'autres professions comme les pharmaciennes et les pharmaciens, les

psychologues, les physiothérapeutes et les infirmiers praticiens spécialisés et les infirmières praticiennes spécialisées; leurs conditions de travail et les modèles d'organisation et de rémunération devront aussi faire l'objet de réflexion et de planification majeures pour préciser les attentes du réseau public de santé.

Soulignons aussi, pour ce qui est des allocations de ressources financières en première ligne, que le budget 2025-2026 impose une coupure additionnelle en santé publique (de 2 % à 1,75 % du budget total en santé), tandis que l'Ontario et la Colombie Britannique investissent plus de 5 %.

L'*exit* des centres locaux de services communautaires

Le mandat d'un CLSC s'est longtemps structuré autour de sa définition comme établissement public de première ligne et porte d'entrée du système de santé et de services sociaux. Aujourd'hui, même si l'acronyme demeure, le CLSC ne constitue plus un établissement; la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (chapitre S-4.2), du fait de son article 79, le définit comme un centre au même titre, par exemple, qu'un centre hospitalier. Sa mission est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (article 80).

Dans les faits, les CLSC sont d'abord et avant tout des installations dispersées sur le territoire québécois et relevant de vastes établissements multifonctionnels et essentiellement hospitalo-centriques, où la dimension locale du territoire desservi est devenue périphérique. Là encore, les avis d'expertes et d'experts concourent : le CLSC est dévitalisé et désincarné; celui-ci s'est éloigné de la réalité de la population qu'il est censé desservir sur un territoire déterminé. « Dans ce contexte, la capacité d'agir de la première ligne se trouve amputée par la dilution progressive de l'ancrage dans la communauté, qui permet une lecture locale et contextualisée des besoins, enjeux et pistes de solution, là même où se trouvent les conditions d'amélioration de la santé et du bien-être » (avis Martin et coll.). Une lecture locale et contextualisée des besoins, des enjeux et des pistes de solution est donc devenue impossible. Nous sommes ainsi très éloignés de l'idée originelle d'un réseau de CLSC comme outil de développement social au service des populations locales.

La prestation de soins et de services

Malgré l'abondance de documents gouvernementaux, il demeure toujours difficile de circonscrire le territoire de la communauté locale. Plusieurs avis attirent l'attention sur les inégalités sociospatiales; c'est-à-dire que « les ressources favorables ou défavorables à la santé sont distribuées de manière inégale et inéquitable entre les quartiers et les communautés » (avis Shareck et coll.). Les interventions auprès des populations, en matière de santé mentale, d'obésité, d'itinérance, de toxicomanie, de protection de l'enfance, de migration forcée, de surmédicalisation, de signes vitaux du mode de vie et de facteurs de risque comportementaux apparaissent de plus en plus complexes et requièrent des innovations cliniques et des modes spécifiques de prestations difficiles à mettre en œuvre compte tenu de l'organisation présente des services.

Plusieurs avis d'expertes et d'experts ont ainsi porté sur l'absence de réponses adéquates aux difficultés vécues par des individus, des groupes et des communautés, souvent vulnérables ou marginalisés, tels que les personnes âgées, les communautés culturelles, les hommes, les personnes des Premières Nations et Inuit, les membres de la communauté 2+LGBTQIA, les personnes neurodivergentes et les jeunes sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Les trajectoires de soins, moyen actuellement privilégié pour l'intégration des services, ne semblent pas en mesure de répondre aux enjeux détaillés dans les avis d'expertes et d'experts. L'exemple de la faible contribution des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux à des trajectoires de soins mieux intégrées et mieux coordonnées entre les GMF et les services sociaux généraux apparaît probant à cet égard (avis Couturier et coll.). Les interventions de proximité semblent beaucoup mieux adaptées aux besoins des populations et des communautés.

De plus, la décision partagée, élément essentiel du partenariat de soins mis de l'avant dans les orientations ministérielles, demeure sujette à de grandes variations dans les établissements et autres lieux de soins et de services, malgré des assises solides (avis Légaré et coll.). Cette forme de coproduction de la santé au niveau individuel (avis Côté et coll.) s'applique également au niveau collectif par la coproduction d'environnements favorables à la santé (2).

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

Données, recherche et innovation pour un système de première ligne

La production de données probantes demeure un défi très significatif au Québec; les exemples abondent à cet égard. Plusieurs chercheuses et chercheurs ont ainsi soulevé des inquiétudes concernant la disponibilité et l'accès aux données cliniques et de gestion nécessaires pour la première ligne, et ce, tant pour le personnel intervenant, les gestionnaires et les équipes de recherches que pour la population. La livraison d'un système assurant la continuité informationnelle tarde ainsi à se concrétiser. Ces données sont pourtant essentielles afin de guider les décisions autant cliniques que managériales et de planification. La fracturation de l'information entre les différents niveaux du système de santé et la non-interopérabilité des systèmes d'information sont notamment très bien documentées (avis Maillet et coll.).

Plusieurs avis soulignent l'importance du suivi et de l'évaluation du système de santé, des projets, des expérimentations et de la recherche terrain pour la première ligne. Ces avis mettent en évidence l'existence d'un noyau exceptionnel d'expertises et d'équipes de recherche sur lesquelles le réseau de la santé et des services sociaux peut s'appuyer.

De plus, les Centres affiliés universitaires et les Instituts de recherche de première ligne ont de grandes difficultés à jouer un rôle clé quant à l'évolution des connaissances en première ligne et leur transposition dans les pratiques cliniques. Au bout du compte, ces infrastructures de recherche intégrées dans les établissements ont remplacé les réseaux d'établissements quant aux états de situation ou à l'élaboration de formations. Dans ce contexte spécifique de production des connaissances, ces infrastructures de recherche ont ainsi une marge de manœuvre plus limitée que les anciens réseaux d'établissements.

Mot de la fin

Cet effort conclusif, forcément partiel compte tenu du vaste champ de connaissances et de pratiques couvert par les avis d'expertes et d'experts, se termine par un appel aux diverses parties prenantes de s'inspirer des informations et des réflexions de cette publication. Notre société ne peut faire l'économie d'une première ligne de soins et de services proximaux favorisant l'équité territoriale et soutenant la participation citoyenne.

Ceci exige également que l'État québécois relève le défi majeur « de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme dans les orientations et les priorités signifiées aux acteurs du réseau » (3). Il s'agit d'un défi souligné par le MSSS lors de l'évaluation et de la mise en œuvre de la *Politique de la santé et du bien-être* et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire.

Références

1. MSSS, 2024. Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées. Cadre de référence. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-830-22W.pdf>
2. Organisation mondiale de la Santé, 2016. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, SOIXANTE-NEUVIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire. A69/39.15 avril 2016, 14 p.
3. MSSS, 2004. La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-707-02a.pdf>

Territoires locaux et intégration des services

Une première ligne médicale en mode prépondérant

Prestations de soins et services

Voix disciplinaires

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Bilan de 30 ans d'intégration des services au Québec

Yves Couturier, Ph. D., Université de Sherbrooke

Paul Wankah, Ph. D., Université McGill

Maxime Guillette, Ph. D., Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- Le Québec a depuis 30 ans effectué de nombreuses réformes structurelles visant à mieux intégrer les services.
- Cette intégration, notamment observable par la fusion d'établissements publics, visait à constituer des trajectoires de soins plus en phase avec les trajectoires de vie des usagers.
- Cet effort d'intégration des services ne semble pas avoir eu les effets attendus et présente même des effets pervers, comme la bureaucratisation des organisations de santé et de services sociaux.
- Plusieurs innovations-phares visant à opérationnaliser les principes de l'intégration des services ont été mal implantées.
- Malgré cette volonté de renforcer les trajectoires de soins par l'intégration des services, les soins primaires ont connu un développement en partie découplé du développement général du système de santé et de services sociaux du Québec.

PROBLÉMATIQUE

Intégrer les services permet de mettre en cohérence les actions de tous les acteurs contribuant à la réponse aux besoins de la population. Puisque les besoins en santé et services sociaux sont globaux, la réponse à ces besoins se doit d'être intégrée, surtout pour les clientèles dont la condition de santé et de bien-être est complexe ou chronique. Cette mise en cohérence nécessite des changements cliniques (p. ex. outils d'évaluation clinique multidimensionnelle), des changements professionnels (p. ex. collaboration interprofessionnelle, gestion de cas), des changements organisationnels (p. ex. fusion d'organisations) et des changements systémiques (p. ex. politiques publiques ou mode d'allocation des ressources financières) (1).

Quoi qu'il en soit des modèles intégrateurs choisis au Québec, les organisations de soins primaires structurent toujours les trajectoires de soin, car elles constituent le premier contact de la population avec les services et, dans la majorité des cas, elles ont pour vocation d'être leur point de retour après avoir reçu des services spécialisés. La solidité des soins primaires conditionne donc l'efficacité des systèmes sociosanitaires.

Suivant les tendances internationales, le Québec a intégré ses services en trois phases :

- **Phase exploratoire** (1990-2003) pendant laquelle des travaux de recherche de grande qualité ont été réalisés, notamment en santé mentale et pour les services

aux aînés. Cette phase a également été marquée par de nombreuses initiatives locales testant divers modèles et dispositifs intégrateurs.

- **Phase de pleine intégration (vague 1)**, à partir de 2003. Cette phase a réduit le nombre d'organisations publiques en créant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le nombre d'établissements est passé de 180 à 93. En parallèle, il y a création des Groupes de médecine de famille (GMF).
- **Phase de pleine intégration (vague 2)**, entre 2015-2025. Cette phase a réduit le nombre d'organisations publiques en créant les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le nombre d'établissements est passé de 93 à 33, maintenant sous la gouverne d'une agence unique (2).

Les organisations intégrées (CSSS puis CI(U)SSS) ont été fondées sur quelques principes :

- Une approche territoriale, établie sur de vastes territoires.
- Une approche populationnelle faisant en sorte que l'organisation intégrée a la responsabilité de s'assurer que les besoins de la population de son territoire soient répondus, soit par ses propres services, ou par des ressources du territoire (privées, associatives ou familiales, dont les GMF et autres cliniques médicales).
- Pour accomplir ces principes, ces organisations intégratives ont pour obligation d'animer des lieux de concertation permanents par sous-territoire, au travers des Réseaux locaux de services (RLS) (3).
- Les fusions ont concerné les organisations publiques. En parallèle de ce mouvement, les GMF ont été constitués et ont fait l'objet d'un effort constant pour établir progressivement des partenariats fonctionnels avec les CSSS et CI(U)SSS, de façon à jeter les bases de trajectoires de soins les plus cohérentes possible entre les soins primaires et les services publics. Depuis quelques années, des efforts sont consentis pour la constitution de dispositifs intermédiaires (p. ex. le guichet d'accès à la première ligne (GAP)) qui ne sont pas conceptuellement parfaitement alignés sur les principes intégrateurs fondant les réformes des services publics.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Alors que les études de la phase exploratoire (1990-2003) ont montré des effets positifs, les constats à propos de leur généralisation à grande échelle au cours des phases suivantes (2003-2025) sont plus mitigés (4). Surtout, les effets cliniques positifs démontrés expérimentalement demeurent encore aujourd'hui fortement incertains (2).

- La taille des organisations semble avoir produit une culture organisationnelle bureaucratique manquant d'adaptativité, comme l'a montré la gestion de la pandémie.
- La taille des territoires sur laquelle la responsabilité populationnelle des CI(U)SSS s'applique semble trop grande pour une modulation des services aux dynamiques locales. Suivant la création des CSSS (2003), de nombreux efforts ont été consentis pour implanter des véritables pratiques de concertation avec les

partenaires des RLS. La mise en place des CI(U)SSS est toutefois marquée par un important recul à cet effet, voire par une dévitalisation des RLS en tant qu'instance de concertation.

- Les besoins hospitaliers se sont de facto avérés le cœur de mission des CI(U)SSS, allant à l'encontre des fondements conceptuels des réformes intégratives.
- Les fusions ont eu tendance à freiner l'implantation des transformations cliniques concrètes et pertinentes, notamment en raison de l'instabilité qu'elles provoquent et de l'accaparement de la force de travail sur des impératifs administratifs.
- Les fusions ont été plus centrales aux stratégies intégratives au Québec qu'ailleurs au Canada et dans le monde.
- Malgré l'importance et l'ampleur des réformes structurelles, les modes de financement des médecins et des organisations de soins primaires sont pour l'essentiel les mêmes qu'au moment de la création du réseau public, même s'ils sont réputés peu propices à l'intégration des services.
- Malgré l'importance et l'ampleur des réformes structurelles, celles-ci n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, le passage d'une réforme à l'autre semblant surtout soutenu par des motifs politico-administratifs.
- En revanche, plusieurs rapports constatent la récurrence des difficultés auxquelles se bute le système de santé et de services sociaux du Québec.
- L'adoption d'innovations technologiques-clés, telles que les dossiers médicaux électroniques (DME) pleinement interopérables, nécessaires à l'intégration, demeure encore à la traîne.
- Le coût psychologique de ces réformes sur le personnel de gestion et clinique est très grand, surtout que les réformes se succèdent sans perspective de stabilisation.
- Pendant cette période, le développement des GMF s'est accéléré, sans que leur modèle conceptuel soit pleinement cohérent avec le mouvement général de structuration des services publics. Par exemple, les CI(U)SSS sont fondés sur une approche territoriale alors que les GMF le sont sur une approche d'inscription non territoriale. Depuis quelques années, le ministère tente d'implanter des dispositifs intermédiaires pour compenser l'incohérence conceptuelle, sans agir sur le fond.
- Alors que les fusions ont été accomplies comme voulu par le ministère, plusieurs innovations spécifiques visant à incarner sur le plan clinique l'intégration des services se sont avérées décevantes, notamment en raison d'une gestion du changement inadéquate comptant surtout sur le pouvoir de la loi pour accomplir concrètement les transformations visées. Pour le seul secteur des services aux aînés, la gestion de cas et l'instrumentation clinique, conceptuellement pertinents et fondés sur la science, se sont avérées des innovations inopérantes en raison de la piètre qualité de leur implantation.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Au total, l'expérience québécoise portant sur l'intégration des services semble décevante en termes d'effets populationnels, mais aussi en termes d'efficacité fonctionnelle d'un point de vue organisationnel, même si plusieurs éléments particuliers de ces réformes sont positifs considérés isolément. De manière emblématique, le problème d'accessibilité s'est accru, ce qui rend difficile l'atteinte de l'objectif initial d'établir des trajectoires de soins solidement ancrées dans la première ligne.

Voici quelques pistes de réflexion pour penser la suite du développement du système de santé et de services sociaux sous l'angle de l'intégration des services :

- La base territoriale des organisations publiques doit s'ancrer dans le principe de proximité central à une approche de soins primaires. Ce principe de proximité appelle à repenser la gouvernance locale, à revivifier les RLS comme dispositifs permanents de concertation des différents partenaires du territoire, notamment en les dotant de pouvoirs et de ressources financières. Les citoyennes et citoyens devraient jouer un rôle accru dans cette gouvernance.
- La croyance erronée et récurrente dans les vertus des fusions administratives doit faire l'objet d'une analyse critique par les décisionnaires, à partir d'une évaluation rigoureuse des effets des changements structurels.
- La gestion du changement à propos des innovations concrètes visant à incarner les principes structurant les réformes doit être intensifiée, sinon au risque de dévitaliser durablement ces innovations.
- Le travail en cours de constitution de trajectoires de soins dont le point de départ se trouve logiquement dans les organisations de soins primaires doit se poursuivre en agissant sur leurs déterminants cliniques et opérationnels. Cela nécessite de poursuivre le développement des GMF en les insérant plus étroitement dans une vision d'ensemble du système de santé et de services sociaux conceptuellement cohérente.

RÉFÉRENCES

1. Bourque, M., & Quesnel-Vallée, A. (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 2(2). <https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>
2. Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M., & Belzile, L. (2021). Does Integrated Care Carry the Gene of Bureaucracy? Lessons from the Case of Québec. *International Journal of Integrated Care*, 21(S2). <https://doi.org/10.5334/ijic.5658>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-722-01.pdf>
4. Vedel, I., Monette, M., Beland, F., Monette, J., & Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11 Spec Ed, e004.

SOURCE SUGGÉRÉE

- Wankah, P., Guillette, M., Dumas, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Mosbah, Y., & Breton, M. (2018). Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care*, 10(3), 48-53. <https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1453957>

Gouvernance des services de proximité au Québec : constats émergents et défis persistants

Lara Maillet, professeure agrégée

Nassera Touati, professeure titulaire

Johanne Preval, agente de recherche et de planification

École nationale d'administration publique

FAITS SAILLANTS

- Développement et partage d'une vision systémique et locale prenant en compte la complexité des enjeux contemporains.
- Arrimage avec les communautés et les territoires par l'inclusion d'autres secteurs que la santé dans cette gouvernance renouvelée.
- Répartition des pouvoirs de décision pour permettre une gestion de proximité.
- Développement et mise en œuvre de mesures de contrôle prenant en considération les spécificités des interventions de proximité, les différentes dimensions de la performance et les disparités territoriales, en rendant imputables tous les acteurs concernés.
- Révision des modes d'allocation des ressources financières pour mieux prendre en compte l'ensemble du continuum des services, les besoins territoriaux et la performance des services.
- Mise en place des assises nécessaires d'un système de santé apprenant, en adaptant les systèmes d'information et en soutenant la gestion des connaissances.

PROBLÉMATIQUE

La gestion de proximité repose sur des décisions prises par des gestionnaires au plus près de l'action, en tenant compte des spécificités territoriales et géographiques facilitant une meilleure adaptation aux besoins locaux (1,2). Bien que le projet de loi 15 et le discours officiel prônent une approche de gestion de proximité, le système de santé est encore confronté à de nombreux défis en matière de gouvernance, nuisant à l'adaptation des services. Certes, pendant la crise de la COVID-19, on a observé une évolution positive des pratiques de gouvernance sur le plan local, mais malheureusement ces acquis n'ont pas été maintenus dans plusieurs milieux.

Nous proposons dans cet avis de faire état des principales problématiques, en nous référant aux différentes fonctions de gouvernance (3,4) : 1) le développement d'une vision stratégique, 2) la gestion des relations, 3) le contrôle et la reddition de compte, 4) la gestion des connaissances et 5) la mobilisation des ressources. La gouvernance est abordée dans un sens large, englobant la gouvernance horizontale (interorganisationnelle ou intersectorielle) et la gouvernance verticale (hiérarchique ou multiniveau).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Développement d'une vision stratégique. Dans les faits, on observe la concomitance de deux visions, l'une locale et l'autre plus systémique, sachant que cette dernière est peu alimentée par les retours des communautés, entre autres en ce qui concerne les obstacles d'accès aux soins et aux services (1). L'élaboration de la vision prend aussi peu acte de la complexité des enjeux contemporains, qui nécessitent la collaboration de plusieurs acteurs interdépendants agissant dans différents secteurs du système de santé (incluant la santé publique), de l'action publique (p. ex. sécurité publique, éducation, logement, etc.) et de la société civile. Ceci se traduit par des plans stratégiques provinciaux peinant à s'adapter rapidement aux besoins émergents et aux spécificités des communautés locales (5). En effet, la vision actuelle de la première ligne est médico-centrée, principalement axée sur les groupes de médecine de famille (GMF) (6).

Gestion des relations. Des mécanismes ont été conçus au niveau systémique pour soutenir, notamment sur le plan horizontal, les partenariats entre des acteurs interpellés par l'offre de services de proximité, tels qu'entre les GMF et les établissements de santé (centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)) et les pharmacies communautaires (cf. programme de soutien et de financement des GMF (2025)) ou encore entre les différents programmes-services des établissements de santé dans le cadre de l'implantation de la gestion par trajectoires (7).

Au niveau local, des dispositifs de coordination sont aussi en place, tels que les tables de concertation, qui réunissent des acteurs du milieu communautaire et du secteur public, agissant dans un territoire donné. Cela étant, des tensions existent dans la mise en place de ces partenariats, en raison du manque de confiance entre les parties prenantes, des différences quant aux objectifs à atteindre (8) et des barrières organisationnelles (9). De même, la fragmentation des responsabilités entre différents niveaux de gouvernance empêche une coopération efficace (1,10,11). Nous soulignons que des éléments structurels (les modes de financement, entre autres) nuisent à la collaboration. La collaboration avec le milieu communautaire se heurte aussi fondamentalement à des problèmes de reconnaissance de l'action communautaire (12). Il importe aussi de mentionner que les municipalités et les organismes communautaires participent rarement aux espaces de gouvernance stratégiques mis en place par le réseau sociosanitaire au niveau local; et si c'est le cas, c'est peu institutionnalisé. Les pratiques collaboratives dans les espaces de concertation présentent des limites importantes en ce qui concerne l'arrimage avec les programmes-services des établissements de santé, sachant que cet arrimage repose essentiellement sur le rôle de l'organisateur communautaire, qui est parfois insuffisamment valorisé dans les espaces de gouvernance tactique et stratégique de ces mêmes établissements.

Au-delà de ces enjeux de coordination sur le plan horizontal, nous ne pouvons faire abstraction des enjeux de répartition de pouvoir sur le plan vertical (13), qui nuisent au travail collectif et à l'adaptation des services aux réalités territoriales. À l'heure actuelle, l'implantation de plusieurs programmes-services s'inscrit dans des approches descendantes.

Contrôle et reddition de compte. L'insuffisance des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes ou leur inadéquation représente un défi important dans le système de santé actuel. Les mécanismes actuels sont souvent inadaptés; ils se concentrent sur

des indicateurs quantitatifs qui ne reflètent pas leur impact réel sur les communautés ni les spécificités des pratiques de proximité (2,8,9). Le suivi des politiques de santé et des services sociaux est souvent fragmenté et mal coordonné, ce qui empêche une évaluation efficace des interventions (14). Cela conduit à une insuffisance de transparence sur les résultats des politiques publiques, rendant difficile l'ajustement des stratégies en cours de mise en œuvre. Par exemple, l'évaluation des GMF se concentre principalement sur des critères quantitatifs, tels que le nombre de patients inscrits et le taux d'assiduité, sans mesurer la qualité des soins, la satisfaction des patients (6) ou encore l'indice d'équité territorial et populationnel (15). Enfin, l'encadrement des pratiques médicales demeure un défi majeur (6) étant donné le statut des médecins. Il en est de même pour les pharmaciens œuvrant dans les GMF (16).

Gestion des connaissances. La fracturation de l'information entre les différents niveaux du système de santé, la non-interopérabilité des systèmes d'information, et la conception axée sur les besoins clinico-administratifs ne prenant pas toujours en considération les besoins de la recherche nuisent à la production de données probantes et donc, à une prise de décision éclairée. Ceci entraîne une lente adaptation aux besoins spécifiques des populations vulnérables, en fonction des retours d'expérience (1). De plus, le manque de partage des connaissances entre les différents acteurs (soignants, chercheurs, gestionnaires) et plus fondamentalement, l'utilisation insuffisante des données probantes, freinent l'innovation (17) et l'adaptation aux nouvelles réalités (13). L'utilisation des données probantes est un phénomène complexe, influencée par plusieurs facteurs (18). Certains facteurs organisationnels, dont la culture organisationnelle et les caractéristiques individuelles des gestionnaires et des professionnels (p. ex. la littératie), sont des obstacles à une pratique basée sur les évidences scientifiques (19).

Mobilisation des ressources. Au Québec, l'**allocation des ressources financières** aux services de santé et de services sociaux emprunte deux voies : l'une associée aux établissements de santé, en fonction principalement d'un financement historique, et l'autre associée à la rémunération des médecins, principalement à l'acte. Ce mode de rémunération est remis en question depuis plusieurs années par plusieurs analystes en raison de ses effets pervers (20). De plus, les ressources financières ne sont **pas allouées** aux établissements de façon à permettre une utilisation suffisamment flexible pour faciliter une réponse rapide aux besoins émergents (5) ou pour les interventions auprès des populations vulnérables (8). Plus fondamentalement, l'allocation des ressources financières dans le réseau de la santé n'est pas réfléchi en fonction des besoins de l'ensemble du continuum des services, ni des besoins territoriaux, et encore moins de la performance des services. Ceci se traduit notamment par un plus grand investissement dans les structures hospitalières. **Les ressources informationnelles**, comme expliqué plus haut, ne répondent pas aux impératifs d'un système apprenant. **La mobilisation des ressources humaines** dans le réseau public mériterait certainement une attention particulière, sachant que les dernières réformes ont encouragé l'exode des ressources du secteur public vers le secteur privé (21). Le programme de financement et de soutien des GMF (2025) ne peut qu'accentuer cette tendance dans les services de première ligne.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Bien que le Québec soit engagé dans une transformation ambitieuse de son système de santé, les résultats sur le terrain restent mitigés. Les limites liées à la centralisation, au

manque de coordination intersectorielle, aux problèmes de mobilisation des ressources et aux lacunes dans la gestion des connaissances doivent être adressées pour améliorer l'efficacité du réseau. Les initiatives locales et les approches adaptatives montrent un potentiel significatif pour déployer une réelle gestion de proximité et ainsi améliorer les services de proximité.

RÉFÉRENCES

1. Maillet, L., Lamarche, P. A., Lemire, M., & Roy, B. (2023). Journey through the fractalization of multilevel governance: levers for adapt healthcare organizations toward migrant populations in Canada. *Health Services Insights*, 16, 11786329231163006.
2. REGARDS sur l'intervention de proximité : mode ou réel changement de pratiques? Synthèse du mini-colloque REGARDS du 9 mars 2023. Andrée-Anne Lefebvre, M. Sc. Achille Dadly Borvil, Ph. D. Avec la collaboration de Nassera Touati, Ph. D. Septembre 2024. Carnet synthèse.
3. Denis J-L., Champagne F, Smits P. et al. (2006). A Framework for the Analysis of Management in Health Care Organizations Canadian Council on Health Services Accreditation. Research report, Université de Montréal. Financement Conseil canadien d'agrément des services de santé.
4. Smits P. and Champagne F. (2020). Governance of health research funding institutions: an integrated conceptual framework and actionable functions of governance. *Health Research Policy and Systems* 18, no. 22. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0525-z>
5. Laliberté, G., Benoit, M., Desjardins, F., & Maillet, L. (2021). Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 143-170.
6. Touati N., Breton M., Malham S A (2019). L'amélioration de la performance des services de santé de première ligne : une lecture critique des interventions promues par l'État Québécois durant les deux dernières décennies. Dans L'état Québécois : où en sommes-nous? (pp.576). Dans Bernier, R. & Paquin, S (Éds.).Chapitre 5. Les Presses de l'Université du Québec.
7. Maillet, L, Thiebaut, G-C, Goudet, A and Marchand, J-S (à venir). Promoting coevolution between healthcare organizations and communities as part of social and health pathways management in Quebec: Contributions of the complex adaptive systems approach, Collection Integrated pathways of social and health services: From community to community, *Health Services Insights*.
8. Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N., Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D., & Maillet, L. (2024). Integrated Place-Based Primary Interventions: Levers and Tensions Related to Multilevel Governance for Community Integrated Pathways, A Multiple Case Study. *Health Services Insights*, 17.
9. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.-A., Morin, P. & Michaud, M. (2022). L'intervention de proximité : proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112–133. <https://doi.org/10.7202/1095939ar>.
10. Touati, N., Maillet, L., Paquette, M. A., Denis, J. L., & Rodríguez, C. (2019). Understanding multilevel governance processes through complexity theory: an empirical case study of the Quebec health-care system. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205-217.

11. Maillet et al. (2024). Gouvernance intersectorielle & intervention en itinérance : Penser et développer la collaboration multiniveau au sein de deux initiatives au Québec. Travaux en cours.
12. Gautier, L., Di Ruggiero, E., & Touati, N. (2025). Champions du lien vers les services et de la réponse sensible aux besoins des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut : Le rôle central des intermédiaires de la première ligne issus du milieu communautaire (À paraître). *Politique et Sociétés*.
13. Hebert et col. (2017). L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec. Rapport de recherche IRIS.
14. Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux. 2024. Carnet de synthèse de la journée de réflexion et lancement 2023. Montréal : École nationale d'administration publique.
15. Thiebaut, G.-C., Lavoie, C, Labrecque-Pégoraro, S et Maillet, L. (2020). Pour des trajectoires de soins et services performantes : Un outillage pour l'analyse et la mesure, Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
16. Breton, M., Deslauriers, V., Lamoureux-Lamarche, C., Guénette, L., Bonnan, D., Vanier, M. C., & Hudon, C. (2025). Évolution du champ de pratique des pharmaciens en soins primaires au Québec. *Actualités Pharmaceutiques*, 64(642), 24-27.
17. Levesque et col. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et organisation des soins*. 40 (4).
18. Champagne, F., Lemieux-Charles, L, Mcguire, W. (2004). Introduction: towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in healthcare. Dans *Using knowledge and evidence in health care*. Édité par Lemieux-Charles, L, Champagne, F.
19. Frégeau, H., Maillet, L et Marchand, J-S (2023). Translation and Cross-cultural Validation of the Canadian Nurse Informatics Competency Assessment Scale for French Canadian Nurses. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 41(8): 549-553.
20. Plourde, A., Jacques, O. (2022). Comment réduire la place du privé dans le système de santé? *Relations*, (818), 7-9.
21. Plourde, A. (2024) Mythes et réalités de la pénurie de main d'œuvre en santé et services sociaux au Québec. Rapport recherche IRIS.

Évolution des politiques de santé au Québec : la première ligne en perte de vitesse?

Elisabeth Martin, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et chercheuse régulière à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Jean-Paul Fortin, professeur titulaire retraité, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval et chercheur régulier à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Anna Larice Meneses Galvao, étudiante au doctorat en santé publique et communautaire, Université Laval et membre étudiante de VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Depuis plus de cinquante ans, des réformes successives ont transformé la gouvernance du système de santé et de services sociaux, plusieurs modulant fondamentalement l'orientation et l'organisation de la première ligne.
- Certaines politiques ont été fortement inspirées des idées véhiculées dans les trois grandes commissions d'enquête sur la santé et les services sociaux. Toutefois, aucun bilan global de l'évolution du Québec et de son système de santé et de services sociaux n'a été réalisé depuis les 25 dernières années afin de fonder une politique de transformation du réseau.
- L'État québécois a de plus en plus régulé son système en transformant périodiquement les structures, en regroupant ses établissements et en privilégiant la centralisation de sa gouvernance.
- L'ancrage dans les régions sociosanitaires est demeuré, à travers le temps, un référent territorial important pour l'organisation des services, mais la gouverne locale s'est transformée. Ces choix ont conduit à des pertes de plus en plus importantes pour le fonctionnement de la première ligne.

INTRODUCTION

Tout comme plusieurs systèmes sociaux, les systèmes et les services de santé influencent l'état de santé des populations. Au Québec, tant la recherche scientifique que les diverses commissions d'enquête ont montré que la première ligne doit constituer un pilier du système de santé et de services sociaux. L'objectif de cet avis est d'examiner, à travers un regard macroscopique, la transformation de l'organisation de la première ligne en analysant les principales politiques de santé touchant la gouvernance du réseau depuis 1970. L'évolution de la première ligne est ici cernée en distinguant quatre phases distinctes de réformes.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX PRINCIPAUX

1970-2000 : de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon

La Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) (1) souligne l'importance de créer un système public cohérent et articulé, ancré dans une vision sociale de la santé s'éloignant de l'hospitalo-centrisme, et gouverné à travers un modèle régionalisé. Ces orientations inspireront la mise en place d'institutions et d'instruments législatifs et de gouverneurs fondateurs du système, dont le ministère des Affaires sociales et l'Office des professions, mais structureront aussi une réflexion sur la première ligne. Le développement des centres locaux de services communautaires (CLSC), porté par des communautés locales, permet de joindre la santé et le social. La création des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) représente un premier pas vers une gouvernance régionale et celle des départements de santé communautaire (DSC) dans les hôpitaux, une façon d'ouvrir ce milieu sur la communauté afin d'améliorer la santé de la population (2). Parallèlement au système public s'amorce cependant le développement d'un modèle de pratique médicale privée fondé sur la rémunération à l'acte.

Quinze ans plus tard, Jean Rochon fera le point sur la métamorphose de la société québécoise, l'évolution des problèmes sociaux et de santé et sur l'état du réseau. S'inspirant de son expertise, des données probantes et des idées véhiculées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans *La santé pour tous à l'an 2000* (3) — qui déclare la santé comme un droit fondamental, la réduction des inégalités et l'engagement politique de l'État envers la santé comme essentiels — la Commission Rochon (1985-1988) (4) réaffirmera que l'amélioration de la santé et du bien-être doit être la finalité du système. Elle défendra des principes qui sont les fondements d'une première ligne forte : l'interdisciplinarité, la démocratisation et la participation de la population, l'action intersectorielle, l'approche globale de la personne et l'apport essentiel du secteur communautaire. C'est dans cette perspective qu'elle souhaitera la consolidation du réseau des CLSC comme porte d'entrée de première ligne. Elle suggérera également de contrebalancer un système noyauté par les groupes d'intérêts en décentralisant la prise de décision, en redonnant une voix aux communautés et leur importance aux dynamiques locales. Lors de la réforme de 1991, la gouvernance régionale s'imposera à travers la création de Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) responsables d'administrer et d'organiser les services selon leurs réalités territoriales particulières. Dans la foulée, le Québec se dotera d'une politique (Politique de la santé et du bien-être (PSBE) — 1992) (5) positionnant la santé et le bien-être au cœur du développement social, en montrant comment le système de santé et de services sociaux peut y contribuer efficacement. De même, Jean Rochon, alors devenu ministre, ne pourra, en contexte d'austérité, qu'amorcer son virage ambulatoire visant à passer d'un modèle de soins institutionnels à des services plus près des milieux de vie. S'amorça aussi une vague de fermetures d'hôpitaux et regroupements de CLSC-centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), accompagnées de mises à la retraite massives du personnel de santé.

2000—2015 : la Commission Clair et ses suites

Après une décennie d'intenses transformations, la Commission Clair (2000-2001) (6) insistera d'abord sur l'importance de la prévention et proposera une mise à jour de la PSBE de manière à en faire un « instrument d'intégration de la vision et des valeurs de la société québécoise, de ses choix et des orientations qu'elle souhaite donner au système

de santé » (p. 33). Trois thèmes-phares teinteront ses travaux : la gestion et l'imputabilité, la continuité et l'intégration. Vue comme l'assise du système, la première ligne devient dorénavant organisée autour de deux portes d'entrée principales : les CLSC pour le volet social et les groupes de médecine de famille (GMF) pour les services médicaux. Les GMF seront déployés à partir de 2002, mais ne desserviront pas l'ensemble de la population. En effet, l'offre de services n'y sera pas planifiée sur une base territoriale, mais bien en fonction de patients inscrits et d'engagements négociés notamment en matière d'accessibilité dans le cadre d'un programme ministériel. D'abord fondée sur le travail en équipe interdisciplinaire médecins-infirmières, la pratique interdisciplinaire en GMF sera très progressivement élargie.

La Commission Clair recommandera aussi le regroupement des établissements publics de première ligne (centres hospitaliers (CH)-CLSC-CHSLD) sous une gouverne unique dans un territoire donné, une idée actualisée en 2003 (7). Des Agences de santé et de services sociaux (ASSS) succéderont aux RRSSS et devront proposer un schéma de territoires locaux dans lesquels les établissements seront fusionnés. Dès lors, le découpage de contours géographiques qui puissent respecter des territoires naturels (comme celui des municipalités régionales de comté (MRC)) a fait l'objet de négociations politiques et s'est avéré un enjeu crucial pour les acteurs locaux (8).

Quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux (CSSS) verront le jour avec l'objectif d'ancrer la gestion de la première ligne au palier local, dans une dynamique territoriale, et de la connecter avec les services spécialisés de deuxième ligne. Ces fusions ont engendré des chocs de culture, l'approche communautaire et hospitalière devant dorénavant cohabiter. Aussi, la réforme a amené une configuration de conseils d'administration privilégiant des profils d'expertise en gestion, au détriment de la place octroyée à la population et aux pouvoirs locaux (8). Inspirée du secteur privé, la nouvelle gestion publique sera promue, se centrant davantage sur les processus et leur performance que sur les besoins sociaux et de santé (9).

Le principe de la responsabilité populationnelle est par ailleurs introduit, articulé à travers un mode de gouvernance intersectorielle. En effet, le CSSS et ses partenaires du territoire, fédérés dans des réseaux locaux de services (RLS), doivent dorénavant assumer une responsabilité collective pour soutenir le développement d'un projet clinique d'organisation des services de première ligne qui réponde à l'ensemble des besoins de la population locale qu'ils soient ou non exprimés (10).

2015—2023 : une transformation radicale

Dix ans plus tard, une nouvelle réforme structurelle centralisatrice est introduite en 2015 (11), et ce, encore dans une période d'austérité budgétaire. L'ensemble des établissements de santé et de services sociaux¹, incluant la mission de santé publique, seront regroupés dans un seul établissement territorial, le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) dont l'ancrage géographique correspondra, à quelques exceptions près, à celui du contour des régions sociosanitaires existantes (12).

¹ Les établissements visés sont les CSSS locaux, de même que ceux à portée régionale spécialisés (Centre jeunesse (CJ), Centres de réadaptation (CR) et certains Centres hospitaliers universitaires (CHU)) et les Agences de santé et de services sociaux (ASSS).

La première ligne est directement touchée, devenant un sous-ensemble d'un établissement à dominance largement hospitalière, médicale et surtout spécialisée. Déjà complexes à gérer, vu la diversité des missions locales et régionales, les organisations gagnent aussi en taille, éloignant les conseils d'administration des enjeux et des partenaires locaux. De plus, cette réforme n'était pas vraiment conséquente à une vision renouvelée d'une PSBE et à une stratégie claire de gestion de changement, si bien que le choc managérial sera majeur. La responsabilité populationnelle est maintenue, mais les conditions pour l'assumer seront transformées. Elle doit maintenant se déployer à travers des réseaux territoriaux de services (RTS) plus vastes, qui plus est dans un contexte où les missions sociales et de santé publique seront affectées par le nouveau mode de gouverner et des enjeux financiers (2,12).

En somme, cette réforme entraînera l'abolition d'un palier de gouvernance du système, une rupture par rapport au modèle à trois paliers que le Québec avait toujours connu depuis les années 1970 et qui avait été jugé essentiel par les commissions d'enquête (12). Ne subsisteront que le palier provincial et un palier territorial, constitué des CISSS/CIUSSS qui amalgament les responsabilités jadis locales et régionales et opèrent sur des territoires plus vastes et hétérogènes. Ce modèle remet en interaction directe le central et les établissements, alors que la régionalisation s'était autrefois imposée comme une instance intermédiaire beaucoup plus près du terrain et à même de réaliser les arbitrages (13). Poursuivant sur un mouvement déjà amorcé, le nombre d'établissements publics diminue de 182 à 34 (12).

2023 à aujourd'hui : vers Santé Québec

Suivant le mouvement amorcé dans d'autres provinces canadiennes, dont certaines envisagent maintenant de faire marche arrière, le gouvernement du Québec annoncera, encore moins de 10 ans après l'expérience des CISSS/CIUSSS, la création de Santé Québec. Le projet de loi 15 prévoyait la mise en place d'une agence centralisée provinciale, sous la forme d'une société d'État, pour gérer l'ensemble des services de santé et des services sociaux sur le territoire québécois. Les CISSS/CIUSSS demeurent, mais sont dorénavant intégrés à Santé Québec en tant qu'entités administratives et sont maintenant dotés de conseils d'établissements plutôt que de conseils d'administration à proprement parler. L'objectif de cette réforme est de séparer le « quoi » du « comment », le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devant rester centré sur la planification et les orientations, et Santé Québec devant gérer la manière de les opérationnaliser dans le réseau, tout en coordonnant les activités des établissements publics, privés et des autres prestataires de services (14). Des projets de politiques de première ligne et de prévention sont sur la table.

Le projet pose un imposant défi de mise en œuvre, encore davantage sous l'angle d'une première ligne jugée en situation de crise, d'autant que la transformation s'accompagne à nouveau de restrictions budgétaires importantes. En matière de gouverner, il s'accompagne davantage d'une culture de gestion d'entreprise que d'une transformation du secteur public revisitant un projet social comme le décrivaient les Commissions d'enquête.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Que nous fait voir cette rétrospective historique des grandes politiques de santé adoptées par l'État québécois depuis plus de cinquante ans à l'égard de la première ligne?

Tout d'abord, les trois grandes commissions d'enquête menées depuis 1970, en tant que lieux de construction d'idées informées de perspectives diverses (chercheurs, société civile, décideurs et professionnels, entre autres) ont constitué des sources d'inspiration importantes et cohérentes pour les politiques publiques mises en œuvre dans le réseau. Depuis 2000 toutefois, aucun bilan exhaustif des transformations implantées n'a été réalisé, ni d'examen de l'évolution de la société québécoise, de sa santé et de ses déterminants, ce qui aurait pu faire naître un instrument d'intégration des choix politiques.

En effet, d'une vision favorisant la convergence de la santé et du social, le modèle de première ligne s'est progressivement scindé. La première ligne du système public s'est configurée au gré des regroupements d'établissements et d'une centralisation plus importante alors que la première ligne médicale s'est plutôt structurée autour du modèle GMF, sous le coup d'incitatifs principalement financiers. L'État a donc une capacité de régulation différenciée à l'égard de ces deux pôles, mais avec des défis qui persistent à l'égard notamment de l'accessibilité et de l'équité. De même, les innovations technologiques, cliniques et informationnelles ont difficilement trouvé leur chemin jusqu'à la première ligne.

Aussi, le principe de la responsabilité populationnelle, en promouvant une gouvernance en réseau et intersectorielle, demeure porteur pour l'articulation d'une vision élargie de la première ligne axée sur la santé des populations. À ce titre, les RLS devaient constituer des lieux d'arrimage avec les acteurs locaux, mais les territoires de concertation se sont substantiellement agrandis avec l'arrivée des CISSS/CIUSSS et leurs RTS. À ce jour, ces modes de gouvernance demeurent peu évalués. Qui plus est, la contribution des GMF à la responsabilité populationnelle requiert des ajustements dans un contexte où ceux-ci n'opèrent pas sur base géographique.

Enfin, sur le plan de la territorialité, l'évolution des réformes montre que l'ancrage dans les régions sociosanitaires, instauré dès 1970, a traversé l'épreuve du temps et demeure une référence en matière d'organisation des services (12). En contrepartie, la gouvernance locale, essentielle pour l'articulation d'une vision de première ligne adaptée aux besoins, a progressivement et substantiellement perdu de la vitesse sous le poids d'une tendance lourde de regroupements d'établissements (12,15). La fusion a donc constitué l'instrument de gouvernance privilégié, motivée par l'idée que de transformer les structures du système de santé permettrait de réaliser des gains sur l'organisation clinique (8,12). La tendance à la centralisation a fait disparaître l'infrastructure décisionnelle locale, au premier chef, les conseils d'administration d'établissements où pouvaient se faire entendre diverses voix, dont celle de la population. Dans ce contexte, la capacité d'agir de la première ligne se trouve amputée par la dilution progressive de l'ancrage dans la communauté, qui permet une lecture locale et contextualisée des besoins, enjeux et pistes de solution, là même où se trouvent les conditions d'amélioration de la santé et du bien-être.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

En conclusion, le système de santé et de services sociaux québécois a connu une évolution rapide, marquée par nombre d'épisodes de réformes successives, de plus en plus structurelles et généralement inachevées qui ont impacté de façon majeure sa gouvernance et la façon d'envisager la structuration et l'orientation de la première ligne. L'État a donc exercé sa capacité de régulation en utilisant les politiques publiques pour

orienter l'évolution de la première ligne. Toutefois, la capacité d'apprentissage de ces réformes demeure minime, vu le peu de travaux réalisés pour les évaluer et remettre en perspective les transformations du Québec, ses besoins de santé et d'organisation des services, notamment sous l'angle de l'évolution des technologies. Pourtant, la capacité à tirer des leçons du terrain demeure fondamentale dans la mesure où le système doit considérer et refléter les attentes et les besoins de la population. Des stratégies et des mécanismes d'évaluation évolutive et de recherche d'impact intégrés deviennent dès lors essentiels pour l'évolution de notre système de santé et de services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1967). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Éditeur officiel du Québec.
2. Gagnon, F., Clavier, C., Couture-Ménard, M.-E., & Martin, E. (2023a). La santé publique au Québec: structuration, transformations et positionnement. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (pp. 187-203). Les Presses de l'Université du Québec (PUQ).
3. Organisation mondiale de la santé. (1981). *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Organisation mondiale de la santé.
4. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Publications du Québec.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec.
6. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*. Gouvernement du Québec.
7. Québec. (2003). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Projet de loi no. 25 (2003, chapitre 21). Éditeur officiel du Québec.
8. Martin, E. (2014). Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CSSS): Études de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des établissements dans deux régions. Thèse de doctorat en santé communautaire, Université Laval.
9. Bourque, M., Grenier, J., Drouin-Soucy, F., Barbe, M., & Bilodeau, D. (2023). Les paradoxes du lean management et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (pp. 119-131). Les Presses de l'Université du Québec.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec.
11. Québec. (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Projet de loi no. 10 (2015, chapitre 1). Éditeur officiel du Québec.
12. Martin, E. (2023). Le système de santé et de services sociaux au Québec : assises, réformes et tendances. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de*

- santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (pp. 45-63). Les Presses de l'Université du Québec.
13. Martin, E., Pomey, M.-P., & Forest, P.-G. (2010). One Step Forward, One Step Back: Quebec's 2003-04 Health and Social Services Regionalization Policy. *Canadian Public Administration*, 53(4), 467-488.
 14. Québec. (2023). Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Projet de loi 15 (2023, chapitre 34). Éditeur officiel du Québec.
 15. Usher, S., Denis, J.-L., Prével, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., Breton, M., & Côté-Boileau, É. (2021). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Economics, Policy and Law*, 16(4), 383-399. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000225>

Accès aux soins de première ligne : un défi pérenne

| Erin Strumpf, Ph. D., Université McGill

FAITS SAILLANTS

- Malgré de nombreuses initiatives et investissements majeurs visant à améliorer l'accès aux soins de première ligne, la proportion de Québécois qui déclarent ne pas avoir de prestataire de soins de première ligne est restée la plus élevée du pays, sans amélioration substantielle en vingt ans.
- Les mesures de l'accès aux soins centrées sur la personne reflètent les expériences des personnes qui tentent d'accéder aux soins de première ligne, y compris les délais pour obtenir un rendez-vous, voir le prestataire de soins de santé de leur choix et déclarer avoir une source régulière de soins.
- La mesure et le suivi de mesures d'accès aux soins de première ligne centrées sur la personne, plutôt que des mesures administratives ou centrées sur le médecin, et l'évaluation rigoureuse de l'impact des interventions sur ces indicateurs, sont essentiels pour améliorer de manière significative l'accès des Québécois aux soins de première ligne.

PROBLÉMATIQUE

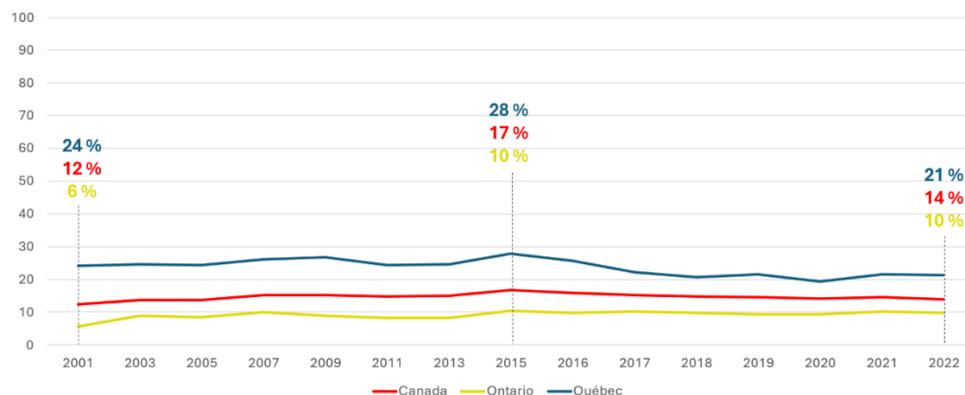
Les services de soins de première ligne sont la « porte d'entrée » du système de santé et de services sociaux. Ils sont considérés comme le meilleur endroit pour traiter les problèmes de santé urgents, fournir des soins préventifs et gérer les maladies chroniques stables. Avoir une source régulière de soins de première ligne et établir une relation de confiance avec un prestataire ou une équipe de soins de santé peut également améliorer la qualité des soins, en particulier pour les patients ayant des besoins médicaux continus, complexes ou stigmatisés. Cependant, 2,1 millions de Québécois ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille (1). Seulement 39 % ont pu consulter leur fournisseur de soins de première ligne le jour même ou le lendemain pour des problèmes de santé urgents (2) et près de 40 % déclarent avoir consulté aux urgences pour des problèmes qui auraient pu être traités par les services de soins de première ligne (3). Un Québécois sur cinq (21 %) déclarent ne pas avoir de médecin de famille ou de source régulière de soins.

Reconnaissant l'importance des soins de santé primaires pour soutenir des systèmes de santé et de services sociaux performants, le Québec et d'autres provinces canadiennes ont réalisé de gros investissements au cours des 25 dernières années. Soutenues en partie par un nouveau financement fédéral substantiel, les provinces ont créé des équipes interdisciplinaires de soins de première ligne, se sont orientées vers une rémunération mixte des médecins pour soutenir la responsabilité et la prévention basées sur la population et ont élargi le champ d'exercice clinique pour certains professionnels de la santé. Au Québec, les groupes de médecine de famille (GMF), le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) et les incitations financières à l'inscription des patients par les

médecins de famille sont des initiatives phares visant à améliorer l'accès aux soins de première ligne.

Malgré ces efforts, la difficulté à accéder aux soins de santé primaires au Québec est toujours un problème majeur. Dans la dernière Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 21 % des Québécois déclarent ne pas avoir un fournisseur de soins de santé régulier. Ce pourcentage n'a pas changé de manière significative depuis plus de 20 ans : en 2001, il était de 24 % et est resté le plus élevé parmi les grandes provinces. À l'échelle nationale, 12 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir de source régulière de soins en 2001; plus de vingt ans plus tard, ce chiffre reste de 14 %.

Canadiens déclarant ne pas avoir un médecin de famille ou fournisseur de soins de santé régulier, 2001-2022



Âge 12+. Statistique Canada. [Tableau 13-10-0484-01. Accès à un médecin de famille régulier 2001-2013](#); Statistique Canada. [Tableau 13-10-0096-16_A un fournisseur habituel de soins de santé, selon le groupe d'âge 2015-2022](#)

Comment se fait-il qu'après plus de deux décennies d'innovation et d'investissement pour améliorer l'accès aux soins de première ligne, un Québécois sur cinq déclare toujours ne pas avoir de source régulière de soins de première ligne? Je souligne l'importance de se concentrer sur l'accès aux soins de première ligne centré sur la personne, de mesurer et de suivre les indicateurs qui reflètent cet objectif, et d'évaluer rigoureusement l'impact des innovations en matière de soins de première ligne sur ces mesures.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Qu'est-ce que c'est l'accès aux soins de première ligne centré sur la personne et pourquoi est-il si important?

Une définition idéalisée des soins de première ligne est « l'ensemble des modèles de soins de santé de premier contact qui se concentrent sur des soins compréhensifs, centrés sur la personne et maintenus à long terme » (4). En pratique, les soins de première ligne sont le premier point de contact pour les besoins de santé généraux auprès des médecins de famille, des infirmières, des pharmaciens ou d'autres prestataires de soins de santé. Bien que certains préconisent que chaque Québécois doive avoir un médecin de famille, une approche à l'accès aux soins de première ligne plus centrée sur la personne met l'accent sur la satisfaction des besoins de chaque personne au moment

opportun, d'une manière appropriée, sans obstacle financier. Les relations longitudinales entre les prestataires de soins de première ligne et les patients et leurs familles peuvent être importantes, mais un accès convenable et rapide aux services peut être plus important pour certains, en fonction du contexte de leurs besoins médicaux et sociaux.

Bien que presque tous les Québécois aient une assurance auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la couverture d'assurance ne se traduit pas toujours en un accès équitable aux soins de santé primaires. Les Québécois font face à des difficultés pour obtenir un rendez-vous, particulièrement un rendez-vous proche de leur domicile ou dans la période où ils ont besoin de soins et où ils peuvent passer plusieurs années sur une liste d'attente pour un médecin de famille. Parmi les Québécois qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne, 47 % ont déclaré avoir consulté une clinique sans rendez-vous, 25 % aux urgences et 24 % chez un pharmacien la dernière fois qu'ils ont eu un problème médical inquiétant, mais non urgent (2). On ne sait pas dans quelle mesure ces chiffres reflètent les préférences des patients ou simplement les types de soins disponibles.

L'accès aux soins de première ligne est fondamental dans le système de santé québécois. Les médecins de famille sont les gardiens des spécialistes, des tests diagnostiques et de l'imagerie, ainsi que des médicaments sur ordonnance. Cette structure peut favoriser une utilisation plus efficace des services spécialisés, mais elle exige que les gens puissent accéder à des sources fiables de soins de première ligne en temps opportun et de manière équitable. La prévention et la bonne gestion des maladies chroniques dans le cadre des soins de première ligne sont essentielles pour traiter et gérer les maladies chroniques de manière économique et pour libérer les ressources des services d'urgence et des hôpitaux pour les personnes ayant des besoins aigus et/ou spécialisés en matière de soins de santé. Les cliniques privées offrant un meilleur accès, mais imposant des frais aux usagers, peuvent être une option attrayante pour certains Québécois, mais elles rompent le contrat social qui existe depuis plus de 50 ans. Dans notre système de couverture universelle sans frais d'utilisation pour les services médicaux, les Québécois s'attendent à juste titre à avoir accès aux soins dans le système public de santé qu'ils soutiennent avec leurs impôts.

On mesure les mauvaises choses.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mérite une reconnaissance pour avoir rendu les indicateurs du système de soins de première ligne plus largement disponibles via le Tableau de bord — Performance du réseau de la santé et des services sociaux (5). Cependant, le tableau de bord reflète en grande partie des données facilement disponibles et non de véritables mesures de l'accès aux soins. La statistique principale sur les soins de première ligne est le « pourcentage de la population ayant accès à un service de première ligne », dont la définition est « les personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne, ainsi que les personnes en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) éligibles au GAP ». Il s'agit d'un indicateur d'accès potentiel — 92 % de la population a accès aux soins de première ligne en théorie. Mais cela ne nous dit rien sur l'expérience des Québécois en matière d'accès réalisé : ont-ils pu prendre rendez-vous avec le professionnel de santé auprès duquel ils sont inscrits la dernière fois qu'ils ont eu besoin de soins? Combien de temps s'est-il écoulé avant qu'ils ne soient vus? Ont-ils pu accéder à des soins à une distance raisonnable de leur domicile? Ont-ils pu consulter le type de prestataire de soins de santé

qui correspond le mieux à leurs besoins? Si la personne a rencontré des difficultés à accéder aux soins de première ligne, quels sont les facteurs qui les ont rendues difficiles?

Alors que plusieurs aimeraient interpréter le pourcentage de Québécois inscrits auprès d'un professionnel ou d'une équipe de soins de première ligne comme la proportion de personnes ayant une source régulière de soins de première ligne, « l'inscription » ne reflète qu'un accord administratif du fournisseur de soins de première ligne ou de l'équipe de soins de première ligne pour « prendre charge » d'un patient. Le fait d'être inscrit auprès d'un prestataire ne garantit pas que l'accès aux soins soit opportun, géographiquement pratique, sans frais d'utilisation, acceptable pour le patient, ni qu'il résulte d'une relation de confiance. Un indicateur de qualité tel que l'assiduité — la part de toutes les visites d'un patient chez le prestataire auquel il s'est inscrit — peut refléter une relation de confiance et de soutien, mais il peut aussi signifier l'absence d'autres options. L'inscription et l'assiduité peuvent être des outils utiles pour améliorer les performances du système de soins de santé, mais elles ne reflètent pas l'accès aux soins de première ligne centré sur la personne (6).

Pour faire bouger les choses en ce qui concerne l'accès aux soins de première ligne, nous devons cesser d'utiliser les données auxquelles nous avons accès en vue d'obtenir les informations dont nous avons besoin. Les indicateurs de l'accès aux soins de première ligne centrés sur la personne pourraient inclure le délai entre le premier contact et un rendez-vous avec un prestataire de soins de première ligne, la disponibilité du prestataire de soins de première ligne les week-ends et les jours fériés, la possibilité pour les Québécois de consulter le prestataire de soins de santé de leur choix et la proportion de Québécois qui déclarent avoir une source régulière de soins.

Des évaluations des interventions en matière de soins de première ligne sont nécessaires.

Un système de soins de santé qui apprend et s'améliore continuellement nécessite une évaluation rigoureuse des innovations visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de première ligne afin que nous puissions apprendre ce qui fonctionne, identifier les éléments clés qui entraînent le succès et s'adapter ainsi. Il faut aussi instaurer une culture qui exige ces informations, où le succès n'est pas mesuré par les millions de dollars dépensés pour les réformes des soins de première ligne, mais plutôt par les améliorations réalisées au niveau de l'accessibilité et de la qualité des soins de première ligne pour les Québécois.

Les GMF étaient censés améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins de première ligne. Cependant, selon une évaluation de haute qualité, l'expansion des GMF à travers la province n'a pas eu d'impact sur les mesures d'accès potentiel, comme la proportion de Québécois ayant un médecin régulier, les besoins de santé non comblés ou les difficultés d'accès aux soins de base (7). Elle n'a pas non plus eu d'impact sur les mesures d'accès réalisé, comme la réception appropriée de services préventifs, y compris les vaccins contre la grippe et les tests de dépistage du cancer. Bien qu'il serait intéressant de voir cette étude mise à jour avec des données plus récentes, il est essentiel de comprendre pourquoi cette réforme majeure des soins de première ligne n'a pas permis d'améliorer l'accès aux soins comme prévu. Les données suggèrent que les prestataires de soins de première ligne qui font partie d'une équipe sur le papier ne collaborent pas nécessairement aux soins des patients en pratique (8,9). En outre, de nombreux GMF ne

respectent pas leurs obligations de fournir un accès aux services de première ligne les soirs et les fins de semaine (10).

Les réformes récentes visant à améliorer l'accès aux soins de première ligne nécessitent une évaluation rigoureuse, notamment le GAMF, le GAP et la possibilité de s'inscrire auprès d'un groupe de médecins ou d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Il est essentiel d'évaluer les répercussions sur les mesures d'accès aux soins centrées sur la personne. La responsabilité du système de santé québécois envers le public exige que ce système fixe des objectifs clairs, mesure les indicateurs d'accès aux soins centrés sur la personne et évalue l'impact des réformes sur ces objectifs.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Malgré de nombreuses innovations et des millions de dollars dépensés afin d'améliorer les soins de première ligne au cours des deux dernières décennies, les mesures centrées sur la personne de l'accès aux soins de première ligne sont restées stagnantes. Notamment, la proportion de Québécois qui déclarent avoir un médecin de famille est restée essentiellement constante depuis 2001. Pour améliorer l'accès potentiel et réel des Québécois aux soins de première ligne, il faudra mesurer les bonnes informations, celles qui reflètent l'accès aux soins et pas seulement les aspects administratifs du système de santé. Cela nécessitera également une évaluation rigoureuse des réformes des soins de première ligne, en particulier de leur impact sur les mesures de l'accès aux soins de première ligne centrées sur la personne.

RÉFÉRENCES

1. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). Portrait - Comparaison de l'utilisation des services médicaux de première ligne par les personnes inscrites et celles non inscrites auprès d'un médecin de famille, en fonction de leur profil de santé. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/INESSS_Utilisation_1ere_ligne_2022-2023_EP.pdf
2. NosSoins. Explorateur de données d'enquête. (2022). <https://data.ourcare.ca/all-questions>
3. Canadian Institute for Health Information. The Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2023. <https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2023>
4. Aggarwal, M., Hutchinson, B., Abdelhalim, R., & Baker, G. R. (2023). Building high-performing primary care systems: After a decade of policy change, is Canada “Walking the talk?” *The Milbank Quarterly*, 101(4), 1139–1190. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674>
5. Tableau de bord — Performance du réseau de la santé et des services sociaux : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/performance-reseau-sante-services-sociaux>
6. Strumpf, E. C., Goldsmith, L. J., King, C. E., Lavergne, R., McCracken, R., McGrail, K. M., & Simon, L. (2022). Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients (2022PJ-03, PERSPECTIVES Journal, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/TQSB2107>
7. Dunkley-Hickin, C. (2013). *Effects of primary care reform in Quebec on access to primary health care services* [Master's thesis, McGill University]. McGill University. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/08612r804>
8. Rodríguez, C., Pozzebon, M. The implementation evaluation of primary care groups of practice: a focus on organizational identity. *BMC Fam Pract* 11, 15 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-15>
9. Roerig M, et al. 2025. “Medication management for older adults in interprofessional primary care teams: An interview study of Canadian Family Health Teams”, draft manuscript.
10. Vérificateur Général du Québec (2015). Groupe de médecine de famille et Cliniques-réseau, Services de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. *Vérification de l'optimisation des ressources Services de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec.

Gentrification des soins : un potentiel obstacle à l'équité des soins et services de première ligne

Christine Loignon, Ph. D., professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke

Julie Ouellet, candidate au Ph. D., Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Sophie Dupéré, Ph. D., professeure, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Martine Shareck, Ph. D., professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de science de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Isabelle Dufour, Ph. D., professeure, École de sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Philippe Apparicio, Ph. D., professeur, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de géomatique appliquée, Université de Sherbrooke

Justine Pineault, candidate au Ph. D., Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Nataly R. Espinoza Suarez, candidate au Ph. D., Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Simone Amagnamoua, étudiante à la maîtrise, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Isabelle Wilson, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- La gentrification des quartiers complexifie l'accès aux soins et nuit à la santé des personnes en situation de défavorisation sociale.
- La gentrification des soins de santé semble engendrer de nouveaux obstacles à l'accès aux soins. Il est crucial de comprendre ces obstacles pour évaluer leurs effets sur l'équité en santé.
- Des stratégies concertées et coordonnées à l'échelle locale et provinciale peuvent répondre aux défis de l'équité en santé.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Depuis les vingt dernières années, plus de quinze réformes en santé ont façonné le fonctionnement des équipes de première ligne au Québec, telles que la création des Groupes de médecine de famille, l'élargissement du champ de pratique de certaines personnes professionnelles ou l'introduction des guichets d'accès à la première ligne (1). Bien qu'une majorité de ces réformes visaient l'amélioration de l'accès à la première ligne, plusieurs études ont démontré qu'elles n'avaient pas eu les effets escomptés (2,3). Par exemple, on observe actuellement une augmentation des personnes non inscrites auprès d'un médecin de famille, alors que plus du tiers de la population québécoise n'y a toujours pas accès (4). De plus, l'implantation des services de première ligne demeure inégale sur

le territoire en raison d'une planification insuffisante et non fondée sur les besoins de la population (5).

Les personnes en situation de défavorisation subissent de manière disproportionnée les conséquences du manque d'accès, aggravant les iniquités en matière de santé. La pauvreté, associée à des facteurs tels que la faible littératie, la précarité de l'emploi et l'insécurité alimentaire, expose ces personnes à des conditions de vie défavorables qui diminuent leurs capacités à être et à se maintenir en santé. Elles nécessitent des soins et services offerts à proximité géographiquement et qui sont dotés d'approches socio-humanistes et culturellement sécuritaires (6).

En parallèle, on assiste à la gentrification de certains quartiers dans les villes au Québec (7). La gentrification, définie comme un processus de transformations d'un quartier initialement défavorisé par l'arrivée de ménages aisés, intensifie les barrières d'accès pour les personnes en situation de défavorisation (8,9). La gentrification modifie également l'offre et la répartition géographique des services de première ligne, conduisant à un nouveau phénomène de gentrification des soins de santé peu documenté au Québec. Une étude en cours vise à comprendre ces phénomènes interconnectés et peu documentés afin de soutenir la planification des soins de première ligne accessibles et équitables, qui tiennent compte des réalités vécues par les populations défavorisées (10).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

La gentrification complexifie l'accès aux soins et nuit à la santé des personnes en situation de défavorisation sociale

- La gentrification des quartiers a des effets négatifs bien documentés sur la santé des personnes en situation de défavorisation sociale, par exemple dans le cas de maladies chroniques autorapportées (11). Bien que la gentrification ait un impact marginal sur l'amélioration de la santé des résidents d'un quartier gentrifié, Gibbons et Barton (12) ont démontré qu'elle entraînait néanmoins une dégradation de la santé des communautés noires habitant ces quartiers. Il en est de même pour les personnes ayant un faible statut socio-économique qui sont plus susceptibles d'avoir à déménager de leur quartier, les obligeant à parcourir une plus grande distance pour accéder à leur source habituelle de soins (13).
- Plusieurs mécanismes induits par la gentrification semblent complexifier l'accès aux soins. Elle provoque notamment une augmentation des prix des loyers, entraînant une hausse du budget alloué au logement et une limitation d'autres dépenses essentielles, comme la nourriture, les médicaments et le transport (14). Elle contribue également aux déménagements forcés vers des zones moins chères, souvent plus éloignées des services de santé (15,16). Une étude participative récente et réalisée avec des personnes défavorisées à Montréal et à Québec révèle que ces personnes se retrouvent déracinées de leurs réseaux sociaux et communautaires et subissent une perte de repères. Elles éprouvent alors davantage de difficultés à chercher, trouver et se transporter vers des soins adaptés à leurs besoins (17). La transformation de l'offre commerciale dans les quartiers gentrifiés, axée sur les ménages aisés, entraîne aussi la fermeture des commerces abordables, des ressources communautaires, et des services de santé. Cette situation crée des déserts de services et limite les capacités des personnes plus vulnérables à répondre à leurs besoins essentiels (18).

La gentrification des soins de santé semble engendrer de nouveaux obstacles à l'accès aux soins. Il est crucial de comprendre ces obstacles pour évaluer leurs effets sur l'équité en santé.

Ces mêmes mécanismes s'appliquent désormais à l'offre de soins de première ligne, entraînant une gentrification des soins de santé. Celle-ci consiste en une transformation de la nature des soins offerts et de leur répartition géographique, profitant aux résidents plus aisés et excluant les résidents plus vulnérables (19). Par exemple, les cliniques de santé existantes peuvent subir des pressions pour accommoder leur offre de soins aux résidents aisés (13). De nouveaux services professionnels payants (ex. physiothérapeute, clinique médicale privée, soins esthétiques) s'établissent dans les quartiers gentrifiés selon la capacité à payer plutôt qu'en fonction des besoins de la population (20). Au Québec, les petits cabinets de médecine et les CLSC de proximité, possiblement affectés par les hausses des loyers, se voient progressivement remplacés par de grandes cliniques médicales neuves, construites en périphérie des quartiers centraux, où se trouvent des espaces vacants à plus faible coût et plus difficilement accessibles. Pour les sources de soins ou les organismes communautaires déjà en place, l'attribution d'une étiquette de quartier « aisé » peut également réduire le financement attribué à ces ressources et précipiter leur fermeture (18).

- Face à ces transformations, les personnes participantes de l'étude participative citée plus haut évoquaient un sentiment de déshumanisation du système de santé. Elles mentionnaient devoir se déplacer à plusieurs reprises à différents endroits pour obtenir de l'information, certaines renonçant tout simplement aux soins. Les difficultés importantes que représentaient la prise de rendez-vous en ligne, la compréhension des informations nécessaires pour remplir les formulaires médicaux ou le transport vers des infrastructures éloignées étaient ainsi exacerbées par cette gentrification des soins. Alors que la nature de l'offre de soins et leur localisation se transforment, les efforts réalisés pour améliorer l'accès ont eu des effets limités, contribuant à aggraver les inégalités entre les personnes.
- Plusieurs conséquences de la gentrification des soins sont documentées dans les quelques études recensées aux États-Unis et en Europe. Celle-ci risque d'augmenter l'utilisation des urgences, de renforcer la perte de confiance dans les services publics et de détériorer davantage la santé des personnes qui en ont le plus besoin (13,21,22).

Des stratégies concertées et coordonnées à l'échelle locale et provinciale pour répondre aux défis de l'équité en santé

Bien que d'importantes réformes aient été mises en place pour garantir à chacun l'accès à la bonne personne professionnelle au bon moment, une tendance inverse semble émerger au Québec. En dépit des mesures universelles visant à améliorer l'accès, le principe d'équité reste insuffisamment pris en compte dans la planification et organisation des services de santé, entraînant des conséquences notables pour les personnes en situation de défavorisation sociale. Ce principe appelle à une compréhension globale des facteurs socio-structurels qui influencent la capacité de chaque individu à atteindre une bonne santé, y compris l'accès aux soins (23). L'équité en santé doit être intégrée non seulement dans la planification et la prise de décision au sein du système de santé, mais aussi à travers une collaboration avec les organismes communautaires, les différents partenaires décisionnels des paliers gouvernement provinciaux et municipaux, mais

surtout par une participation authentique et inclusive des personnes et communautés et notamment celle en situation de défavorisation.

Des solutions globales doivent être envisagées pour faire face aux conséquences complexes de la gentrification des soins de santé. Une meilleure compréhension des effets de la gentrification des soins sur l'accès aux services de première ligne permettra d'orienter les décisions en suivant le principe d'équité pour les personnes défavorisées. Une planification concertée et coordonnée de la localisation des infrastructures et de la nature des soins, basée sur les besoins réels de la population, pourrait contrer certains effets négatifs de la gentrification des soins. De la voix des personnes concernées, il serait essentiel de maintenir et d'élargir l'offre de services à proximité du lieu de résidence, tout en veillant à ce qu'ils soient culturellement adaptés à leurs conditions sociales et besoins prioritaires, sans jugement, et offerts par des personnes professionnelles bien outillées.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La gentrification des soins représente un enjeu majeur pour les personnes en situation de défavorisation sociale, car elle renforce et complexifie les barrières socio-structurelles à l'accès aux soins en modifiant à la fois leur nature et leur localisation. Alors que les barrières d'accès associées à la gentrification sont bien connues, la gentrification des soins et ses effets est un phénomène nouveau dont la compréhension reste limitée. Les réformes en santé à venir et la planification urbaine devront intégrer le principe d'équité en santé afin que l'accès aux soins soit véritablement universel et inclusif. Cela impliquera des solutions concertées et coordonnées visant à réduire les inégalités et à répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de défavorisation sociale.

RÉFÉRENCES

1. Wankah P, Breton M, Lukey A, Gaboury I, Smithman MA, Malo MÉ, et al. Shaping Primary Health Care Teams and Integrated Care in Québec: An Overview of Policies (2000-2020). *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* [Internet]. 2022 Jan 27 [cited 2023 Feb 13];10(1). Available from: <https://mulpress.mcmaster.ca/hro-ors/article/view/4691>
2. Beaulieu, Jean-Louis Denis, Danielle D'Amour, Johanne Goudreau, Jeannie Haggerty, Éveline Hudon, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. 2006 p. 54.
3. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform. *Can Fam Physician*. 2010 Jul;56(7):e273–82.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport annuel de gestion 2022-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2022 p. 88.
5. Vérificateur général du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie, et du Centre-du-Québec, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, et al. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. 2015 p. 54.
6. Loignon C, Dupéré S, Benhadj L, Carru D, Dahrouge S. Perspectives of structurally marginalised patients attending contextually tailored and integrated care practices in Canada: a focused ethnography study. *BMJ Open*. 2022 May 1;12(5):e056133.
7. Firth CL, Thierry B, Fuller D, Winters M, Kestens Y. Gentrification, Urban Interventions and Equity (GENUINE): A map-based gentrification tool for Canadian metropolitan areas. *Heal reports NLM (Medline)*. 2021;32:15–28.
8. Cole HVS, Franzosa E. Advancing urban health equity in the United States in an age of health care gentrification: a framework and research agenda. *Int J Equity Health*. 2022 Dec;21(1):66.
9. Versey HS. Gentrification, Health, and Intermediate Pathways: How Distinct Inequality Mechanisms Impact Health Disparities. *Housing Policy Debate*. 2022 Sep 27;0(0):1–24.
10. Espinoza Suarez NR, Loignon C, Dupere S, Dufour I, Shareck M, Apparicio P, et al. Uncovering the state of knowledge about healthcare gentrification: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024;14(7):e085375.
11. Iyanda AE, Lu Y. 'Gentrification is not improving my health': a mixed-method investigation of chronic health conditions in rapidly changing urban neighborhoods in Austin, Texas. *J Hous Built Environ*. 2022;37(1):77–100.
12. Gibbons J, Barton MS. The Association of Minority Self-Rated Health with Black versus White Gentrification. *J Urban Health*. 2016 Dec;93(6):909–22.
13. Anguelovski I, Cole HVS, O'Neill E, Baró F, Kotsila P, Sekulova F, et al. Gentrification pathways and their health impacts on historically marginalized residents in Europe and North America: Global qualitative evidence from 14 cities. *Health & Place*. 2021 Nov 1;72:102698.
14. Acolin A, Crowder K, Decter-Frain A, Hajat A, Hall M. Gentrification, Mobility, and Exposure to Contextual Determinants of Health. *Housing Policy Debate*. 2023 Jan 2;33(1):194–223.

15. Lim S, Chan PY, Walters S, Culp G, Huynh M, Gould LH. Impact of residential displacement on healthcare access and mental health among original residents of gentrifying neighborhoods in New York City. *PLoS ONE*. 2017 Jan 1;12(12):e0190139.
16. Sharara E, Akik C, Martini M, DeJong J. Health system considerations related to voluntary and forced displacement in the Eastern Mediterranean Region: a critical analysis of the available literature. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2021 Dec 28;27(12):1214–28.
17. Loignon C, Dupéré S, Marcotte J, Wilson I, Bouchard A, Arsenault J, et al. *Microsite Soins et Littéracie*. [cited 2025 Mar 24]. *Soins et littéracie*. Available from: <https://view.genially.com/648137d6ada54b0018fdee80/interactive-content-soins-et-litteratie>
18. Whittaker S, Swope CB, Keene D. Rethinking the effects of gentrification on the health of Black communities in the United States: Towards a racialized health framework. *Journal of Urban Affairs*. 2023;0(0):1–23.
19. Cole HVS, Franzosa E. Advancing urban health equity in the United States in an age of health care gentrification: a framework and research agenda. *International Journal for Equity in Health*. 2022 Jun 16;21(1):1–10.
20. Cole HVS, Anguelovski I, Connolly JJT, García-Lamarca M, Perez-del-Pulgar C, Shokry G, et al. Adapting the environmental risk transition theory for urban health inequities: An observational study examining complex environmental riskscapes in seven neighborhoods in Global North cities. *Social Science & Medicine*. 2021 May 1;277:113907.
21. Bhavsar NA, Yang LZ, Phelan M, Shepherd-Banigan M, Goldstein BA, Peskoe S, et al. Association between Gentrification and Health and Healthcare Utilization. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2022 Dec;99(6):984–97.
22. Topp SM, Tully J, Cummins R, Graham V, Yashadhana A, Elliott L, et al. Building patient trust in health systems: A qualitative study of facework in the context of the Aboriginal and Torres Strait Islander Health Worker role in Queensland, Australia. *Social Science & Medicine*. 2022 Jun 1;302:114984.
23. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022 Feb 8;327(6):521–2.

Barrières aux soins de première ligne : un impact important sur la santé physique et mentale des citoyens

Josée Grenier, professeure agrégée

François Aubry, professeur titulaire

Rita M. Kouao Adou-Bla, étudiante à la maîtrise en travail social

Université du Québec en Outaouais

FAITS SAILLANTS

- Un accès amélioré à la première ligne demeure une solution pour réduire la pression sur les services d'urgence.
- La première ligne est un levier important pour lutter contre les inégalités en santé.
- Le vieillissement de la population et la hausse significative de personnes souffrant d'un problème de santé mentale exercent une pression sur la première ligne.
- Des barrières structurelles et financières limitent l'accès au système de santé et services sociaux.
- Des solutions existent pour améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne, et reposent sur des changements structurels et une meilleure contribution financière de l'État.

Les services de première ligne

Le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) repose sur trois niveaux de soins : la première ligne; la deuxième ligne; et la troisième ligne. L'articulation entre ces niveaux est essentielle pour assurer un système de santé fluide, accessible et efficace, où chaque niveau joue un rôle distinct selon les besoins des personnes utilisatrices de services. La première ligne regroupe l'ensemble des services de proximité accessibles directement à la population sans référence par différents intervenants et intervenantes de la santé et des services sociaux. Elle constitue la porte d'entrée principale du système de santé et des services sociaux¹, le premier niveau d'accès et assure une prise en charge globale et continue des personnes. Les services de première ligne constituent généralement le premier endroit où la personne fait sa demande d'aide, souvent par l'entremise du médecin de famille ou d'un autre professionnel, par exemple une infirmière, un travailleur social ou un psychologue².

¹ Bien que cette définition inclue parfois les organismes communautaires, la présente fiche se concentre spécifiquement sur les services de première ligne dispensés au sein du réseau public de la santé et des services sociaux.

² Dans ce document, le terme « services de première ligne » désigne les services de soins primaires offerts par différents intervenants et intervenantes du RSSS et constitue le premier niveau d'accès dans ce réseau.

Ces services couvrent les domaines préventif, diagnostique, curatif, de réadaptation, psychosocial et palliatif (1), et sont offerts par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille (GMF). Ils répondent aux besoins courants tout en assurant un suivi et une orientation vers des soins spécialisés si nécessaire.

PROBLÉMATIQUE

Mise en contexte de la situation des premières lignes au Québec

Au Québec, les services de santé et les services sociaux de première ligne sont essentiels, constituant le premier point de contact avec la population. Les avantages d'un suivi par un professionnel de première ligne sont largement documentés (1). Un accès amélioré et performant aux services de première ligne favorise la prévention des maladies, réduit la mortalité et améliore l'efficacité du système de santé et des services sociaux (1). Ainsi, comme le soulignent (2) Doré et al., « [...] la prise en charge rapide empêche la situation de se dégrader ». Cela diminue les hospitalisations, les visites aux urgences et le recours aux soins spécialisés, tout en réduisant les coûts et les inégalités sociales en matière de santé.

Cependant, bien que la mise en place de soins et services de proximité dans les communautés ait été priorisée dans le cadre de diverses réformes et initiatives, de nombreux obstacles subsistent, compromettant ainsi une prise en charge efficace (3).

Un système sous pression : obstacles structurels et financiers limitant l'accès aux soins et services de première ligne

Le système de santé et de services sociaux du Québec fait face actuellement à un déséquilibre marqué entre l'offre de services en première ligne et les besoins de la population. Cette dernière est de plus en plus fragilisée, notamment en raison du vieillissement démographique (3) et de la hausse significative de personnes souffrant d'un problème de santé mentale, augmentant le nombre de demandes (4).

Le vieillissement de la population entraîne une demande accrue des soins de longue durée en services spécialisés pour les maladies chroniques et neurocognitives (3) et pour les soins palliatifs. D'ailleurs, comme le souligne Le Bourdais (5), « La provision de soins médicaux de qualité, à domicile ou en institution, à une population de plus en plus âgée [...] pose des défis majeurs à la société » (p.181). Et, parallèlement, depuis la pandémie, la demande de services en santé mentale a considérablement augmenté (4), entraînant une saturation des ressources disponibles et allongeant les délais d'attente pour obtenir une consultation. L'accès aux intervenant(e)s de première ligne reste limité. Les enjeux structurels et financiers dans le RSSS conduisent à une pression constante sur l'accès aux soins et services de première ligne, créant ainsi de nombreux obstacles pour la population.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les contraintes d'accès aux soins de première ligne : enjeux structurels et financiers

L'accès aux soins de première ligne se complexifie, tant sur le plan structurel que financier et fragilise l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Ces barrières compromettent la capacité de la population à recevoir les soins appropriés en temps opportun, et exercent une pression considérable sur les familles et les intervenant(e)s du RSSS.

Parmi les obstacles, le manque de ressources pour les personnes âgées (3), les personnes en fin de vie et les personnes proches aidantes (6) demeure central. Les services de soutien à domicile, insuffisamment financés pour répondre aux besoins, ne permettent pas toujours d'offrir une alternative viable à l'hébergement (3,7).

De nombreuses personnes se retrouvent ainsi sans les soins nécessaires, obligeant la famille et les proches à pallier ces lacunes (3). Cette situation entraîne une surcharge pour les personnes proches aidantes, qui doivent combler les lacunes du système, et souvent au prix de leur propre bien-être. Les heures de répit qui leur sont accordées sont souvent très limitées. Pour avoir un nombre d'heures de services plus élevé, elles doivent se tourner vers des ressources communautaires et en assumer les coûts, ce qui représente une contrainte financière inabordable pour certaines familles. Par ailleurs, les maisons de soins palliatifs ne disposent pas de suffisamment de places, ce qui oblige plusieurs personnes en fin de vie à demeurer en milieu hospitalier ou à domicile sans bénéficier des soins appropriés (8). En parallèle, les services en santé mentale peinent à répondre à une demande croissante. Bien que certaines améliorations aient été apportées, les listes d'attente demeurent longues, empêchant plusieurs personnes d'accéder aux soins et services nécessaires et risquant que les situations se détériorent (9).

Le manque d'accessibilité est également amplifié par la fermeture de plusieurs points de services locaux, rendant l'obtention de soins plus difficile, particulièrement dans les régions éloignées. Cette situation oblige les citoyens à se déplacer sur de plus longues distances, à recourir aux urgences ou à renoncer aux soins et services faute de solutions adaptées à leur réalité. Or, pour améliorer l'accessibilité, notamment pour les populations en situation de vulnérabilité, la décentralisation et la réorganisation des services de santé et sociaux sont essentielles (10). Le développement de services mobiles et communautaires permettrait d'amener les soins et services vers les citoyens dans leur milieu de vie, facilitant ainsi l'accès aux soins de première ligne (2). L'implantation de points de services locaux renforcerait cette approche pour mieux répondre aux besoins individuels et collectifs, notamment les personnes plus difficiles à rejoindre ou celles en marge et désaffiliées (10).

À ces défis s'ajoute la lourdeur administrative qui ralentit l'efficacité du système. Une bureaucratie excessive, couplée à une gestion axée sur la performance (3) crée un environnement de travail oppressant pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Cette pression entraîne une perte d'autonomie et une déprofessionnalisation, affectant directement la qualité des soins et services offerts (11).

La privatisation croissante du réseau (10), avec une sous-traitance des services à des organismes à but lucratif, est aussi un enjeu majeur. Ce phénomène soulève des

inquiétudes quant à la qualité des soins offerts (12), notamment en raison des difficultés à encadrer adéquatement ces prestataires externes (7). Par ailleurs, en privatisant les services, que le Québec avait d'ailleurs développé, on accentue les inégalités d'accès (10). Parallèlement, les barrières financières constituent un frein supplémentaire pour plusieurs personnes. Malgré l'existence d'un système public, certains soins demeurent difficilement accessibles en raison des coûts élevés (10). Les soins dentaires, les soins de la vue, les médicaments soumis à une franchise et la physiothérapie sont autant de services qui, en raison de leur prix, ne sont pas à la portée de tous. Cette réalité crée des inégalités importantes en matière de santé, limitant la capacité des personnes les plus vulnérables à obtenir les soins dont elles ont besoin.

Par ailleurs, la pénurie de médecins de famille (13), exacerbée par la pandémie et les départs à la retraite anticipés, complique davantage l'accès aux soins en première ligne (14). Cette situation allonge les délais pour obtenir un rendez-vous médical, forçant de nombreuses personnes utilisatrices de services à se tourner vers les urgences pour des soins qui auraient pu être pris en charge autrement.

Enfin, les compressions budgétaires du RSSS ont un impact direct sur l'accessibilité et la qualité des soins. Les récentes compressions budgétaires de la réforme Dubé limitent les ressources disponibles, particulièrement en première ligne, accentuant ainsi les inégalités dans l'accès aux soins pour une grande partie de la population (postes d'infirmières et de préposés supprimés, affichages de poste retirés, projets d'infrastructure retardés), selon Lévesque (15).

L'ensemble de ces contraintes démontre que l'accessibilité aux soins et services de première ligne repose sur des solutions systémiques à plusieurs niveaux. Un financement accru dans des programmes spécifiques, une meilleure organisation des services et une réduction des lourdeurs administratives sont essentiels pour renforcer l'efficacité du réseau et assurer un accès équitable aux soins pour tous.

Pistes d'amélioration pour l'accès aux services de première ligne

Malgré certaines initiatives, le Québec peine à atteindre ses objectifs en matière d'accessibilité, d'équité et d'efficacité concernant les soins et services de première ligne. Les barrières structurelles et financières compromettent la fluidité du système et l'accès aux soins et services. Voici quelques propositions :

Financement

- Prioriser l'investissement dans le système public plutôt que de recourir à la sous-traitance auprès d'organismes à but lucratif (10).
- Augmenter le financement de certains programmes (soins et services) publics ciblés et des organismes communautaires sous-financés, afin de consolider les services de première ligne.
- Accorder un financement accru pour la prévention pour agir en amont sur les situations de vulnérabilité et prévenir leur détérioration (10).

Lourdeur administrative et pénurie de personnel

- Alléger la charge administrative et accorder plus d'autonomie aux professionnels de première ligne (10).
- Donner un rôle accru aux infirmières praticiennes spécialisées.
- Augmenter le nombre de médecins de famille pour pallier la pénurie.

Rejoindre les personnes dans leur communauté et dans les régions plus éloignées

- Promouvoir la téléconsultation comme un levier d'accessibilité pour rejoindre les populations en milieux ruraux ou sans transport (16).
- Rendre accessibles des services sociaux et de santé à partir de points de services locaux (10).
- Mettre sur pied des unités mobiles et communautaires pour offrir des soins et services à des populations en situation de vulnérabilité plus difficile à rejoindre (10).

Évaluation des pratiques d'intervention sociale et collective de première ligne et de leurs effets

- Instaurer une reddition de comptes pour les pratiques d'intervention sociale et collective en s'appuyant sur des indicateurs reflétant fidèlement le travail de terrain et ses effets (10).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'accès aux soins de première ligne au Québec est freiné par des barrières structurelles et financières qui compromettent la fluidité du système (accès rapide, coordination efficace et navigation simplifiée) tout en accentuant les inégalités en santé. Sans actions concrètes, les services d'urgence resteront saturés, rendant le système plus inéquitable et inefficace. Néanmoins, des solutions existent. Des réformes structurelles, un meilleur financement des services publics et une réduction de la lourdeur administrative amélioreraient l'accessibilité. Des mesures comme la téléconsultation, les services de proximité par l'ajout de points de service locaux (2) et l'augmentation du nombre d'intervenant(e)s sont essentielles pour revitaliser la première ligne et délester les urgences. De plus, en réponse aux défis actuels, une approche globale et intersectorielle est nécessaire pour améliorer la santé et le bien-être de la population. La santé est influencée par des déterminants sociaux, comme le revenu, le logement, l'environnement (10), l'éducation et l'inclusion sociale, etc. (17). Ces améliorations passent, entre autres, par des politiques publiques, des infrastructures adaptées à la réalité des populations locales et des services accessibles et efficaces. Sans mesures concrètes et durables, les services d'urgence continueront d'être sous tension, compromettant l'équité et l'efficacité du système de santé et de services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Smithman, M-A., Lamoureux-Lamarche, C., Dionne, É., Deslauriers, V. et Breton, M. (2023). L'accès aux services de première ligne au Québec (2023). Dans Gagnon, F., Martin, E., Morin, M.-H., et Dubois, C.-A. (dir.). *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (p. 67-80). Presses de l'Université du Québec.
2. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., Goudet, A., Joseph, J.-A., Morin, P. et Michaud, M. (2022). L'intervention de proximité : proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112-133. <https://doi.org/10.7202/1095939ar>
3. Grenier, J., Marchand, I. et Bourque, M. (2021). Les services de soutien à domicile au Québec : une analyse des réformes (1980-2020). *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 26–46. <https://doi.org/10.7202/1080868ar>
4. Dionne, M., Roberge, M.-C., Brousseau-Paradis, C., Lévesque, J., Dubé, É., Hamel, D., Rochette, L. et Tessier, M. (2023). *Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude - Résultats du 7 mars 2023*. INSPQ. *Pandémie, santé mentale et sentiment de solitude - Résultats du 7 mars 2023*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-mars-2023>
5. Le Bourdais, C. (2024). Une sociologie marquée à l'aune de la démographie. *Recherches sociographiques*, 173–182. <https://doi.org/10.7202/1115922ar>
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. Politique nationale pour les personnes proches aidantes. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000/>
7. Hébert, G., et Tremblay-Pepin, S., avec la collaboration de Tremblay-De Mestral, H. et Nguyen, M. (2013). *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Sous-traitance-WEB-03.pdf>
8. Grenier, J., Verdon, C., Cherblanc, J., Simard, C., Maltais, D. et Bergeron-Leclerc, C. (2023). Expériences d'accompagnement en fin de vie à domicile durant la pandémie de COVID-19 : enjeux et défis. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 295-315. <https://doi.org/10.7202/1109842ar>.
9. Couturier, E.-L. (2023). *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). <https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/>
10. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Goudet, A., Bourque, D. et Maltais, D. (2024). Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé. *Revue Organisations & territoires*, 33(2), 187–207. <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n2.1806>
11. Drolet, M.-J. et Ruest, M. (2023). Les enjeux éthiques et les défis professionnels dans un système de santé et de services sociaux en constante transformation. Dans Gagnon, F., Martin, E., Morin, M.-H. et Dubois, C.-A. (dir.). *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (p.164-182). Presses de l'Université du Québec.
12. Plourde, A. Privatisation du soutien à domicile : réduire les coûts, mais à quel prix? (2025). Iris. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/privatisation-soutien-domicile/>

13. Duong, D. et Vogel, L. (2023). National survey highlights worsening primary care access, *CMAJ*, 195(16), E592-E593; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.1096049>
14. Kiran, T., Daneshvarfard, M, Wang, R. et al. (2024). Public experiences and perspectives of primary care in Canada: results from a cross-sectional survey. *CMAJ (Can Med Assoc J)*. 2024;196(19): E646-E656. DOI: 10.1503/cmaj.231372
15. Lévesque, F. (6 février, 2025). Santé Québec. Des médecins dénoncent les compressions en santé. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2025-02-06/sante-quebec/des-medecins-denoncent-les-compressions-en-sante.php>
16. Grosjean, S., Giguère, L., Lessard, L. et Dionne, Ç. (2024). L'usage de technologies de santé pour accéder à des soins virtuels : une enquête exploratoire pour mieux comprendre les besoins et attentes des francophones de l'Ontario. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110634ar>
17. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025). Déterminants de la santé et pourquoi agir sur les déterminants de la santé. Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

L'organisation communautaire, première ligne en Santé et Services sociaux

Denis Bourque, Université du Québec en Outaouais

René Lachapelle, Université du Québec en Outaouais

Mélanie Mailhot, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC)

L'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

- Les organisatrices et organisateurs communautaires (OC) sont des professionnels qui jouent un rôle stratégique en promotion de la santé et pour le déploiement de l'action communautaire autonome ;
- Dans un contexte où il importe d'améliorer l'accès aux services sociaux et de santé, les OC sont porteurs d'un savoir-faire ancré dans les réalités des territoires vécus et alimenté par leur connaissance des déterminants sociaux de la santé. Ils exercent un rôle clé pour établir la liaison avec les ressources de la communauté et soutenir la participation de la société civile. Le titre d'emploi est inscrit depuis les années 1970 à la nomenclature des professions (1). Nous retenons celle que propose le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC) :

L'organisation communautaire est une pratique professionnelle d'intervention collective qui s'appuie sur une vision globale et qui s'adresse en priorité à des populations affectées par des problèmes sociaux, dans une visée de changement social. S'articulant à partir du territoire vécu, généralement à une échelle locale, l'organisation communautaire est pratiquée en soutien à une communauté géographique, d'identité ou d'intérêt, selon une approche ascendante. L'organisation communautaire vise l'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités sociales, le développement du pouvoir d'agir, la participation citoyenne, ainsi que l'inclusion sociale, en cohérence avec des valeurs de respect, d'autonomie, de solidarité, de démocratie et de justice sociale (2).

- Le développement des services de proximité pour mettre en œuvre la responsabilité populationnelle passe par l'approche communautaire et mise sur « le rôle des organisateurs communautaires [qui], par leur ancrage local, est essentiel dans l'actualisation de cette approche » (3). Cet ancrage est présentement menacé.

PROBLÉMATIQUE

Évolution et état des lieux

Les 25 dernières années ont été marquées par une rupture avec la période de mise en place de l'État social québécois (1960-2002) qui offrait à la société civile un espace de participation et d'innovation comme le démontre, notamment, la création des CLSC en 1972. L'organisation communautaire a joué un rôle significatif dans la mise en place de ces établissements (4) et pour la prise en compte de la participation citoyenne et de la société civile. Le modèle des CLSC inspiré des cliniques populaires (5) s'appuyait aussi

sur le Rapport Seebohm, au Royaume-Uni, qui recommandait que les services sociaux soient davantage reliés entre eux et avec les services de santé et regroupés dans une même unité administrative afin de rendre plus efficace la prévention et la santé communautaire (6).

Depuis 2003, l'État québécois a pris le virage de la gestion néolibérale (7). Les CLSC qui constituaient la première ligne ont été regroupés successivement avec les CSSS, puis au sein des CISSS et CIUSSS. Alors que les principaux gains en santé ne viennent pas du système de soins, mais de l'action sur les déterminants sociaux de la santé (8)¹, la priorité donnée à la pratique médicale et hospitalière s'est conjuguée avec la marginalisation des services sociaux et des stratégies de santé publique (9,10). Or, ce choix crée un problème d'équité et désavantage les petites communautés. Cela a même amené la Fédération québécoise des municipalités à réclamer, en 2022, de « refonder le réseau sur la base des centres locaux de services communautaires (CLSC) dont l'objectif originel était de répondre aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux des populations, en termes de ressources, de services et d'accès, en concertation avec les élus.es et intervenants du milieu » (11).

Les enjeux écologiques (changements climatiques, pertes de la biodiversité, etc.) et sociaux (croissance des coûts du logement, de l'insécurité alimentaire, de l'itinérance, des surdoses, etc.) génèrent des impacts tels sur la santé des populations et les ressources de l'État que la transition socioécologique (12) s'impose comme priorité au RSSS pour être en mesure de participer à « la reconfiguration des liens sociaux au niveau local [où] se produiront les innovations qui permettront la transition et rendront les communautés plus résilientes » (13).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les besoins des communautés et ceux du RSSS

Alors que l'accès aux services est un problème majeur du RSSS, le Cadre de référence sur les services de proximité propose « une vision globale et intégrée » pour une offre de services « territorialisés, visibles et coordonnés [...] en vue d'agir sur les déterminants de la santé » (3). Un tel « ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé » permet « un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS » (3). Le Cadre précise que pour mettre en œuvre la responsabilité populationnelle, « [l']approche communautaire permet de s'adapter aux besoins grâce à la connaissance des caractéristiques territoriales ainsi que des profils populationnels et épidémiologiques » (3), ce que l'article 32 de la loi sur la gouvernance du RSSS désigne comme des « pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité » (14).

Les indicateurs de santé comme l'espérance de vie et la morbidité sont fortement corrélés avec les conditions socioéconomiques dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, ainsi qu'avec la qualité des rapports humains : réseaux sociaux, participation sociale, cohésion sociale, sentiment d'appartenance, estime de soi, etc. (15,16). L'ancrage des

¹ Sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés depuis 100 ans au Québec, huit sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des habitudes et des conditions de vie.

OC dans des communautés locales permet d'intervenir au plus près des situations qui touchent les conditions et les milieux de vie. La place déterminante des territoires dans la prise en compte des enjeux de la transition socioécologique (TSÉ) donne de l'importance à l'intervention collective dédiée à la mobilisation des acteurs collectifs et à la participation citoyenne. Le Cadre de référence sur les services de proximité atteste que « le rôle des organisateurs communautaires, par leur ancrage local, est essentiel dans l'actualisation de cette approche » (3). Le Plan de transition de Santé Québec va dans le même sens : « Le renforcement des liens avec le local, en particulier l'arrimage avec le milieu communautaire, constitue un levier essentiel pour rapprocher la prise de décision des gens, élaborer des solutions adaptées aux réalités du milieu et, plus globalement, répondre aux attentes de la population. » (17).

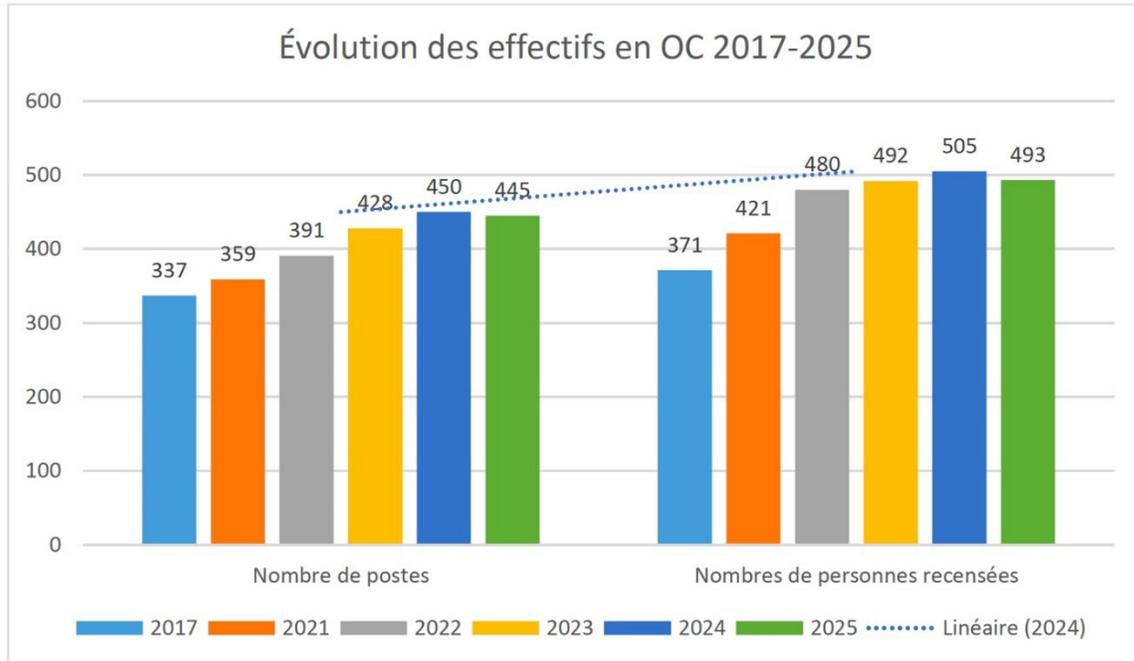
La crise de COVID-19 a mis en évidence l'organisation communautaire comme ressource de premier plan (18) pour développer de meilleurs services qui passent par la mise en réseau et la coordination sur le plan local des ressources, qu'elles soient publiques, communautaires, d'économie sociale ou autres. Ces processus de liaison, de collaboration et de partenariat sont au cœur des pratiques des OC.

Les OC ont les compétences pour animer et coordonner ces démarches qui se déploient en plusieurs phases : phase de planification (analyse du milieu, priorisation des enjeux, choix des objectifs et des actions), phase de mise en œuvre et phase d'évaluation-apprentissages. Le rôle de liaison des OC est essentiel pour établir et consolider les collaborations entre des organisations dont les cultures diffèrent. Ces professionnels, du fait de la vision globale de leur milieu d'intervention, savent se situer au-delà des intérêts sectoriels des partenaires. Ce sont des accompagnateurs des processus qui font émerger de nouveaux leaders communautaires. Dans le contexte de complexité de l'action sur la TSÉ, ces savoir-faire sont les atouts de l'intervention collective en première ligne. Le changement social requiert une capacité d'action politique des citoyennes et citoyens que les OC sont en mesure d'accompagner (19), à condition de disposer d'une marge d'autonomie professionnelle que les modèles managériaux ont affaibli.

Le RSSS comptait 505 personnes en organisation communautaire, en 2024, selon le recensement du RQIIAC. La profession a vu croître ses effectifs par rapport aux 334 postes en 2017, une tendance qui s'inverse dans le contexte de rationalisation des dépenses. Le recensement de 2025 fait état, pour une première fois depuis 2017, d'une réduction de postes au cours de la dernière année en contradiction avec les besoins sociaux et les attentes des personnes élues des localités.

Le nombre de postes d'OC dans le RSSS est crucial pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'ancrage dans le territoire et le soutien à l'action collective et communautaire. À cet effet, le rapport des commissaires aux États généraux du travail social recommande formellement de « doubler le nombre de postes à temps complet en organisation communautaire de 500 à 1 000, dans le réseau public, d'ici cinq ans » (21)².

² Le Laboratoire de recherche et d'informations en santé et services sociaux (2025, p. 4) propose de « quintupler la capacité d'action collective du système de santé en augmentant le nombre d'OC de 450 à 2 250, et de lier explicitement ces embauches à un mandat de mobilisation des communautés ... ». <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2025/02/2024-Fiche-LaRISSS-climatique-WEB.pdf>



Source : Cloutier, S. (2025). *Recensement des effectifs en OC 2025 - Faits saillants - 12 février 2025 -Version préliminaire*. RQIIAC. L'auteur précise qu'il « peut exister des différences dans la façon dont certaines données sont compilées d'une région à l'autre. Il faut donc comprendre ces résultats comme l'effet de tendances et non pas comme l'exacte réalité » (20).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Enjeux d'accessibilité et d'équité en intervention collective

Nous identifions trois enjeux prioritaires pour les services de première ligne en organisation communautaire dans le RSSS :

- L'identification et la mobilisation autour des enjeux collectifs de la transition socioécologique et l'autonomie professionnelle pour y répondre;
- La priorité absolue du rapprochement avec les communautés, l'action communautaire autonome et l'économie sociale dans un contexte où la centralisation et la privatisation des services affectent la capacité de réponse publique;
- Le développement de politiques publiques de soutien à l'action collective afin de réduire les problèmes de proximité et d'équité territoriale, notamment en investissant dans l'augmentation du nombre de postes d'OC.

RÉFÉRENCES

1. CPNSSS (2-24). Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires#c87>
2. Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC) (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Édition actualisée. Cadre de référence du RQIIAC, Presses de l'Université du Québec.
3. MSSS (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*. Cadre de référence, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
4. Chaput-Richard, L. (2024). La réforme Dubé et Santé Québec. Encore plus loin dans la même direction. Entrevue avec Anne Plourde, chercheuse à l'Institut de recherche et d'information socioéconomique. *Nouvelles pratiques sociales*, 34 (1), p. 7-18. <https://doi.org/10.7202/1114797ar>
5. Regroupement des organisateurs communautaires du Québec (1979). *Manifeste*, Mars, 4^e édition, 38 p.
6. Seebohm Report (1968). *Seebohm Report on Local Authority and Allied Personal Social Services*. https://en.wikipedia.org/wiki/Seebohm_Report
7. Gonzales Castillo, E. (2022). L'action communautaire, l'État et la collaboration partenariale au Québec : notes sur les dynamiques d'assimilation réciproque dans le contexte néolibéral, *Service social*, vol. 68, n° 2, p. 51-65. <https://doi.org/10.7202/1101456ar>
8. MSSS (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-228-01.pdf>
9. Institut du Nouveau Monde (2023a). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social, Rapport de consultation*, 6 décembre. https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Rapport-de-consultation-INM.pdf
10. Institut du Nouveau Monde (2023b). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social, Constats et recommandations des commissaires*, 18 décembre. https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Constats-recommandations.pdf
11. FQM (2022), Extrait du procès-verbal de l'assemblée extraordinaire et annuelle des membres de la Fédération québécoise des municipalités tenue les 22 et 24 septembre 2022 au Centre des congrès de Montréal, Résolution AEA 2022-09-24/21 Décentralisation de la santé. https://fqm.ca/wp-content/uploads/2023/05/re_aea_2022-09-24_21_decentralisation_sante.pdf
12. Morin, L. (2023). *Transition socioécologique et développement des communautés territoriales*, Rencontre des ASP à St-Joachim, https://drive.google.com/file/d/1J0MppcN8eaZIFig_NGSOKIUQZZWusbUS/view
13. Audet, R. (2017). Le discours et l'action publique en environnement. Dans A. Chaloux (dir.), *L'action environnementale au Québec : entre local et mondial*, Presses de l'Université de Montréal, p. 19-36.
14. Québec (2024). *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, Chapitre G-1.021, www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

15. Bernard Paul, Rana Charafeddine, Katherine L. Frohlich, Mark Daniel, Yan Kestens et Louise Potvin (2007). "Health inequalities and place : A theoretical conception of neighbourhood" in *Social Science & Medecine* 65, Elsevier Ltd., p. 1839-1852.
16. De Koninck Maria, Marie-Jeanne Disant et al. (2007). *Carnet synthèse 1, Inégalités de santé et milieux de vie*, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, mai, 12 p. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/carnetsynthese/2951.pdf>
17. MSSS (2025). Plan de transformation. Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent. Comité de transition. – Janvier 2025 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf>
18. Deshaies M.-H., Fournier-Dufour L., Morin P., Desgagnés J.-Y. et Cloutier S. (2024). D'une vague à l'autre... la contribution de l'organisation communautaire en CISSS et en CIUSSS en temps de pandémie. *Nouvelles pratiques sociales*, 34 (1), p. 148-166. <https://doi.org/10.7202/111480ar>
19. RQIIAC (2023). *Synthèse du Cadre de référence*, <https://rqiiac.qc.ca/wp-content/uploads/2023/03/Synthese-cadre-reference-RQIIAC-VF.pdf>
20. Cloutier, S. (2025). Recensement des effectifs en OC 2025 - Faits saillants - 12 février 2025 -Version préliminaire. RQIIAC.
21. Émond, A., Bourque, D. et Vollant N. (2024). Le rapport des commissaires et le Sommet des États généraux du travail social au Québec, dans D. Bourque (dir.). *Mettre en œuvre le travail social de demain. Défis et renouvellement de l'intervention sociale*, Presses de l'Université du Québec, p. 39-60.

Renforcer la première ligne par la création d'environnements favorables à la santé et à l'équité en santé

Martine Shareck^{1,2,3}, Jean-François Roos^{3,4} et Jérémy Hugonnier¹

¹ Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

² Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

³ Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

⁴ Service d'organisation communautaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

FAITS SAILLANTS

- Les ressources favorables ou défavorables à la santé sont distribuées de manière inégale et inéquitable entre les quartiers et les communautés.
- Ces inégalités socio-spatiales dans la distribution des ressources favorables et défavorables à la santé contribuent aux inégalités sociales de santé.
- Une meilleure intégration des principes de création d'environnements favorables en première ligne permettrait de la renforcer et de contribuer à l'équité en santé.
- Le développement des communautés, en tant que démarche d'action collective ancrée dans les territoires, est une solution toute avérée et incontournable pour répondre aux défis de la première ligne.

PROBLÉMATIQUE

La création d'environnements favorables est l'un des cinq piliers fondamentaux de la promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) dans la Charte d'Ottawa (1). Encore aujourd'hui, ce pilier est au centre des stratégies d'intervention en matière de santé publique, aux niveaux provincial (2) et national (3).

La création d'environnements favorables à la santé implique d'agir sur l'environnement physique et social des milieux de vie, soit « là où les gens vivent, travaillent, jouent et interagissent au quotidien » (1). Reflétant l'approche socio-écologique de la santé, elle requiert de tenir compte des facteurs personnels, environnementaux, communautaires et organisationnels qui impactent la santé et le bien-être des populations. La création d'environnements favorables a le potentiel de soutenir la santé et le bien-être, mais aussi de promouvoir l'équité en santé et de réduire les inégalités sociales de santé (4). Ces dernières renvoient à des écarts dans l'état de santé entre des groupes qui se distinguent sur la base de facteurs socialement construits comme le genre, le revenu, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, etc., et qui sont jugés évitables et injustes (5).

Les liens entre l'environnement et la santé ont largement été documentés plusieurs études démontrant que diverses caractéristiques de l'environnement physique et social du quartier de résidence sont associées à une panoplie de comportements et états de santé

et qu'elles sont des cibles d'intervention porteuses (6,7) . Toutefois, certaines questions et enjeux demeurent, notamment : comment développer, en pratique, des environnements favorables à la santé qui contribuent également à l'équité en santé? Comment mieux intégrer cette approche dans la première ligne en santé et services sociaux? Une partie de la réponse réside dans : 1. la reconnaissance du rôle que joue la distribution inégale et inéquitable des ressources favorables à la santé dans la production et le maintien des inégalités sociales de santé; 2. l'intégration des principes de création d'environnements favorables à la santé dans la première ligne; et 3. le recours à une solution éprouvée – le développement des communautés – pour promouvoir la santé et l'équité en santé au niveau local.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Constat 1 : Les inégalités socio-spatiales de santé : un obstacle majeur à l'atteinte de l'équité en santé

Les inégalités socio-spatiales de santé représentent un obstacle important à l'atteinte de l'équité en santé. Plusieurs études suggèrent en effet qu'il existe des inégalités dans la distribution de ressources favorables et défavorables à la santé entre les territoires, que ce soit les régions, les villes ou les quartiers (8). De telles inégalités dans la distribution et l'accès aux ressources de santé contribuent à maintenir et aggraver les inégalités sociales de santé entre groupes sociaux et entre territoires, ce que l'on appelle aussi des « inégalités socio-spatiales » de santé.

Par exemple, comparativement aux quartiers plus favorisés, les quartiers défavorisés sur les plans sociaux et économiques sont souvent caractérisés par une offre de services de santé moindre ou moins adaptée aux besoins des populations résidentes (9). Les quartiers plus défavorisés ont aussi, généralement, des caractéristiques physiques et sociales moins favorables à la santé, comme un accès limité à des parcs et des espaces verts de qualité (10), à des infrastructures de transport collectif et actif sécuritaires et à une offre de logements adéquate en termes de salubrité et d'abordabilité (3). De plus, les quartiers plus défavorisés peuvent présenter une plus grande disponibilité de ressources défavorables à la santé comme les commerces de restauration rapide (11) ou vendant de l'alcool (12). Enfin, au sein même des quartiers, certains groupes sociaux, comme les femmes, les enfants, les jeunes adultes, les personnes âgées, celles vivant avec un faible revenu ou dans des conditions précaires, ainsi que les nouveaux arrivants, sont également plus à risque d'être affectés négativement par la qualité de l'environnement. Bien que les associations varient en fonction des caractéristiques environnementales, des conditions de santé et des sous-groupes concernés, ce constat souligne de manière générale la contribution de l'environnement aux inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, il apparaît crucial de reconnaître les inégalités territoriales dans la distribution des ressources favorables et défavorables à la santé et leur impact sur les inégalités sociales de santé, afin d'améliorer les interventions en première ligne.

Constat 2 : L'importance de mieux intégrer la création d'environnements favorables à la première ligne

Il serait possible d'atténuer les inégalités socio-spatiales de santé en intégrant mieux l'approche de création d'environnements favorables à la santé dans la première ligne. Toutefois, cela s'avère difficile à faire en pratique. En effet, pour que cette approche contribue à l'équité en santé, une attention particulière doit être portée à plusieurs

éléments qui, bien qu'ils soient sous le giron de la première ligne (13), sont possiblement peu valorisés et difficiles à mettre en place. Ces éléments incluent, entre autres, la nécessité d'adopter une approche socio-écologique et intersectorielle de l'intervention en santé pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, d'ancrer les pratiques dans les territoires et dans la réalité socio-politique qui leur est propre, de bâtir sur les atouts des communautés qui les habitent et d'impliquer les personnes citoyennes et autres partenaires-clés dans la réflexion et l'action (4).

Une telle approche intersectorielle, intégrée, concertée et ancrée localement requiert des investissements en temps, en argent et en ressources humaines particuliers. Cette approche nécessite de former adéquatement et en continu les professionnels de la santé sur les enjeux d'environnement et de santé, de développer leur capacité d'adaptation leur permettant de sortir des silos de travail traditionnels et de soutenir leur ouverture à coconstruire les solutions avec les autres acteurs-clés. Elle nécessite également d'être reconnue à sa juste valeur même si les effets concrets de la prévention et de la promotion sur la santé sont parfois difficiles à chiffrer (14). Néanmoins, des pratiques prometteuses et des exemples de succès existent sous la forme d'initiatives de développement des communautés.

Constat 3 : Le développement des communautés : une solution incontournable

Le développement des communautés est une piste de solution incontournable qui a fait ses preuves pour la création d'environnements favorables à la santé et à l'équité en santé en première ligne (13). Cette approche, qui est d'ailleurs un second pilier de la promotion de la santé (1) est prônée par plusieurs entités comme l'Agence de la santé publique du Canada (14) et dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec (13). Cependant, alors que de nombreux pays sont dotés de politiques structurantes à long terme pour venir soutenir les communautés, le Québec reste en retrait. Le recours au développement des communautés en première ligne se heurte régulièrement à des défis administratifs et organisationnels. Le manque de leadership, les enjeux de mobilisation des acteurs-clés et le sous-investissement peuvent effectivement contraindre le plein déploiement de ces initiatives et miner les aspirations des communautés à transformer leurs milieux et leurs conditions de vie de manière à favoriser la santé et le bien-être (13, 14). Des exemples de succès existent néanmoins, comme dans le quartier Marie-Reine à Sherbrooke, un quartier dont l'indice de défavorisation est parmi les plus élevés de la ville (15).

En 2018, une initiative de développement des communautés a vu le jour dans ce quartier à la suite d'une demande de soutien adressée au service d'organisation communautaire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par l'école primaire Marie-Reine et le Service des sports, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Sherbrooke. En réponse à plusieurs défis en matière d'intégration des communautés culturelles et de l'absence d'organismes communautaires et de commerces de proximité sur le territoire, le mandat initial était d'offrir un accompagnement pour mobiliser personnes citoyennes et partenaires afin d'améliorer les relations de voisinage et les conditions de vie des résidents. Rapidement, un projet de recherche-action soutenu par l'Université de Sherbrooke et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a vu le jour afin d'assurer la rigueur scientifique de la démarche.

Depuis, deux vastes consultations citoyennes ont été organisées (en 2020 et 2025), permettant de documenter les besoins des personnes résidentes et les atouts du quartier

ainsi que de développer un premier plan d'action, puis de le mettre à jour. En 2022, les personnes citoyennes et partenaires se sont regroupées pour former, officiellement, la table de quartier « Actions Marie-Reine » ce qui contribuera à pérenniser la démarche via, entre autres, un financement récurrent et une mise à disposition de ressources humaines dédiées. Les actions déployées sont diverses et réussissent autant à soutenir le bien-être et à briser l'isolement social (p. ex. via des activités de rapprochement interculturel et intergénérationnel ou la mise sur pied d'un réseau d'entraide), qu'à améliorer les conditions de vie dans la communauté (p. ex. en sécurisant les rues pour les piétons et les cyclistes ou en documentant les enjeux au niveau du logement ou des espaces verts à protéger) (16). Il en ressort que bien que le développement des communautés soit une approche qui, par définition, se déploie sur le long terme, les gains réalisés en très peu de temps pour la communauté Marie-Reine soulignent la pertinence et les retombées potentielles pour la première ligne (13).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La création d'environnements favorables à la santé constitue un champ d'action à mieux intégrer à la première ligne en santé et services sociaux, en particulier pour répondre aux défis d'inégalités sociales et territoriales de santé. Certaines pistes de réflexion méritent d'être approfondies afin d'améliorer les pratiques. Premièrement, la reconnaissance des inégalités socio-spatiales de santé nous apparaît comme fondamentale. Cela nécessitera de développer une connaissance fine de la distribution des ressources favorables à la santé ainsi que de leur influence sur la santé, tout en restant attentifs aux réalités des communautés locales. Deuxièmement, une meilleure intégration de l'approche de création d'environnements favorables à la santé au sein de la première ligne est à privilégier, malgré les adaptations administratives, organisationnelles et de vision que cela exigera. Enfin, le développement des communautés est une solution incontournable, qui a déjà fait ses preuves, ici comme ailleurs. Le retour de l'état dans le soutien du développement des communautés est cependant indispensable si l'on souhaite (re)développer les soins et services de première ligne de manière à réellement s'engager pour l'équité en santé, en alignement avec le quintuple objectif et la santé durable.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. 1986. « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». 1986.
2. Ministère de la santé et des services sociaux. 2022. « Plan Stratégique 2023-2027 ». https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf.
3. Agence de la santé publique du Canada. 2017. « Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada: Concevoir un mode de vie sain ». Ottawa, Canada.
4. Shareck, M., K. L. Frohlich, et B. Poland. 2013. « Reducing Social Inequities in Health through Settings-Related Interventions -- a Conceptual Framework ». *Glob Health Promot* 20 (2): 39-52. <https://doi.org/10.1177/1757975913486686>.
5. Braveman, P. 2006. « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement ». *Annu Rev Public Health* 27:167-94. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>.

6. Shareck, M, E Aubé, et S Sersli. 2023. « Neighborhood Physical and Social Environments and Social Inequalities in Health in Older Adolescents and Young Adults: A Scoping Review ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20 (8): 5474. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085474>.
7. Bosch, M. van den, et Å Ode Sang. 2017. « Urban natural environments as nature-based solutions for improved public health – A systematic review of reviews ». *Environmental Research* 158 (octobre):373-84. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.05.040>.
8. Bourne, L. S., et J. D. Hulchanski. 2020. « Inequality and Neighbourhood Change: Context, Concept, and Process ». In *Changing Neighbourhoods: Social and Spatial Polarization in Canadian Cities*, édité par J. L. Grant, A Walks, et H Ramos, 5-30. University of British Columbia Press. <https://doi.org/10.59962/9780774862042-005>.
9. Cole, H. V. S., et E Franzosa. 2022. « Advancing Urban Health Equity in the United States in an Age of Health Care Gentrification: A Framework and Research Agenda ». *International Journal for Equity in Health* 21 (1): 66. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01669-6>.
10. Kiani, B, B Thierry, D Fuller, C Firth, M Winters, et Y Kestens. 2023. « Gentrification, neighborhood socioeconomic factors and urban vegetation inequities: A study of greenspace and tree canopy increases in Montreal, Canada ». *Landscape and Urban Planning* 240 (décembre):104871. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2023.104871>.
11. Black, C., G. Moon, et J. Baird. 2007. « Dietary inequalities: What is the evidence for the effect of the neighbourhood food environment? » *Health Place* 27:229-42. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.09.015>.
12. Sersli, S, J. A. Chávez Jossé, S Longo, P Apparicio, et M Shareck. 2025. « Socio-spatial inequalities in alcohol outlet availability: Evidence from register data in 15 urban areas in Québec, Canada ». *International Journal of Drug Policy* 137 (mars):104732. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104732>.
13. Leducq, K., et J-F. Roos. 2024. « Oser le développement des communautés locales! » Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS.
14. Agence de la santé publique du Canada. 2023. « Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada : Créer les conditions favorables à la résilience des communautés : une approche de santé publique en matière d'urgence ».
15. Direction de la santé publique de l'Estrie. 2016. « Tableau de bord des communautés ». Observatoire estrien du développement des communautés. 2016. <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautes/>.
16. Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie-Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke. 2021. « Quartier Marie-Reine : Ensemble créons un milieu de vie à notre image ». *Observatoire estrien du développement des communautés* (blog). 2021. https://oedc.qc.ca/documentations/https-www-iuplsss-ca-clients-santeestrie-sous-sites-centres_de_recherche-iuplsss-transfert_connaissances-outils-publications-rapports-resumes-rapport_resume_marie-reine-pdfmodele-2/.

La réponse aux besoins de la communauté locale : un grand corps malade

| **Paul Morin**, professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- Les réalités et les besoins des communautés locales sont laissées pour compte dans l'organisation des services de première ligne.
- Les CLSC sont devenus des exécutants sans participation citoyenne.

PROBLÉMATIQUE

Les services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas adaptés aux réalités et aux besoins des populations locales. Il s'agit de l'un des constats prédominants de la consultation publique issue des États généraux du travail social tenue en 2023-2024, et repris dans les recommandations des commissaires (1,2). Lors d'un échange avec l'Ordre des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ) durant l'étude en Commission parlementaire au printemps 2024 du projet de loi 15 instituant Santé Québec, le ministre Dubé avait relevé que nombre d'organismes avaient justement ciblé la dimension territoriale comme devant être un élément clé structurant l'organisation des services et de la gouvernance. Cette inadaptation des services de première ligne aux besoins des communautés locales a été soulevée également par nombre de chercheurs depuis plusieurs années sous différents angles d'analyse : gouvernance, intervention, planification/coordination, reddition de comptes. À l'assemblée annuelle des Municipalités Régionales de Comté (MRC) en mai 2023, le ministre Dubé a bien présenté aux participants les amendements au projet de loi 15 visant à impliquer les élus municipaux dans la gouvernance des établissements. Toutefois, ce n'est pas cette mesure, aussi intéressante soit-elle, qui va permettre une forme de territorialisation des services prenant en compte les spécificités des communautés locales. Cette inadaptation des services de santé et de services sociaux de première ligne en regard des besoins des communautés locales constitue le fondement de notre démonstration.

Le territoire vécu

Le territoire vécu ne se réduit pas à un simple lieu géographique caractérisé par ses infrastructures et par son environnement naturel. Il s'agit d'un milieu vivant fortement influencé par ses habitants, leurs dynamiques interpersonnelles et sociales, leurs caractéristiques démographiques, leurs histoires et leurs cultures. À son tour, ce territoire influence les personnes qui l'occupent : il leur offre des opportunités à l'actualisation de leurs capacités et pose également des contraintes à leur santé et à leur qualité de vie. Par exemple, il est reconnu que le code postal peut même être plus important que le code génétique (3). De plus, la crise sanitaire reliée à la COVID-19 a exacerbé ces inégalités sociales territoriales de santé (4).

Les recherches en épidémiologie sociale sont en effet probantes : « ...le maintien et l'amélioration de la santé d'une population passent d'abord et avant tout par une

amélioration de ces conditions de vie, de travail et de développement psycho-affectif. » (5).

La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle est le concept opérationnel employé par le MSSS permettant de « [...] prendre en compte l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population d'un territoire pour agir sur les déterminants de la santé et pour offrir, en collaboration-partenariat avec les acteurs du territoire, des interventions et des services pertinents et de qualité, gérés de manière optimale » (6). Chaque centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour ce faire doit :

- Rendre accessibles des services sociaux et de santé qui correspondent aux besoins locaux;
- Garantir l'accompagnement et le soutien nécessaires des personnes;
- Agir en amont sur les déterminants de la santé (7).

De tels services de première ligne devraient donc être adaptés localement, sous la responsabilité de la structure des ou du centre local de services communautaires (CLSC) des établissements. Ceci est congruent avec l'approche communautaire en CLSC qui est une pratique répondant à des enjeux locaux afin de favoriser la cohérence des actions (8-10). Cependant, cette adaptation territoriale des services se bute au fait que les interventions sociales des établissements « ... sont compartimentées entre des services-clientèles et qu'il existe peu d'intégration entre ces différents secteurs, ce qui n'est pas sans conséquence pour le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les limites « d'un service pour chaque problème » sont de plus en plus pointées du doigt comme une source de la consommation grandissante des services et de l'explosion des coûts qui en découle » (11).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Le travail en silo

Nous estimons que cet état de fait s'est exacerbé depuis ce constat puisque les problèmes sociaux et de santé, et leur résolution, sont encore moins qu'auparavant envisagés en référence à des communautés locales. Le territoire local demeure un impensé en regard de sa globalité et de sa complexité, sans réelle planification durable, coordonnée et intersectorielle, permettant une lecture concertée et une compréhension commune des divers enjeux présents sur de tels territoires. Tel est d'ailleurs le constat du Comité des usagers du CSSS Lucille Teasdale :

« Le travail en silo domine dans les programmes et entre les programmes : les collaborations intra-établissements entre les différents types de services (jeunesse, aîné, communautaire, santé mentale, etc.) sont grandement ralenties par leurs structures hiérarchiques. Les intervenants n'ont pas de sentiment d'appartenance à leur établissement et il en va de même pour la population. Les modes d'intervention, déterminés par les institutions et la compartimentation de la population en clientèle-cible, éloignent de fait les praticiens des facteurs liés au milieu de vie et reliés au problème ou symptôme de la personne. » (12) En Estrie, malgré sa pertinence quant à la mise en valeur des besoins des communautés locales sur la base des 113 territoires vécus, le

Tableau de bord des communautés n'a exercé aucune influence sur la territorialisation des services des différents programmes clientèles. Il s'agit pourtant d'une initiative de l'Observatoire estrien en développement des communautés et de la Direction de la santé publique en existence depuis plus d'une décennie (13).

Faut-il alors se surprendre que le Commissaire à la santé et au bien-être ait fait le bilan suivant : « Même s'ils continuent à interagir avec de nombreuses organisations publiques, privées et communautaires de divers secteurs, notamment les principaux acteurs sociaux économiques de leur milieu, les CLSC sont devenus des exécutants au service des priorités du MSSS et des CI(U)SSS. On peut s'interroger sur la capacité actuelle des CLSC à remplir leur rôle de coordination locale au sein de la communauté et à arbitrer les choix de couverture et d'intensité de services requis pour répondre à des besoins grandissants. » (14). De plus, les groupes de médecine de famille (GMF) n'ont pas de desserte territoriale et ne sont pas imputables à la population d'un territoire donné tout comme la composante CLSC de Santé Québec.

Hors du nombre, point de salut

La structure centralisée et le financement du réseau public favorisent le traitement curatif des problèmes de santé au détriment de la prévention. Depuis la *Loi sur l'administration publique* en 2000 (L.R.Q., c. A-6.01), l'administration publique québécoise a accordé une importance croissante aux mécanismes de reddition de comptes dans le but de maximiser la production des services à partir de ressources financières disponibles limitées. Cette forme de « gouvernement par les nombres » (15) privilégie une logique gestionnaire dans une optique de normes d'efficacité, d'efficience et de productivité. Ces cibles sont constituées d'indicateurs quantitatifs documentant essentiellement le volume de services prodigués (nombre d'interventions) et l'intensité de ces services (nombres d'interventions/usager/période).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Une vision holistique

Il importe donc de prendre acte des particularités territoriales et de leurs dynamiques populationnelles afin d'adapter les services de première ligne à la population sur la base de ce principe cardinal. Ceci exige une vision holistique et une cohérence dans les actions gouvernementales. Pourquoi a-t-on alors la désagréable impression que malgré l'affirmation gouvernementale de la complémentarité des politiques publiques, on a plutôt droit à des voies parallèles et au langage distinct de chaque ministère? Est-ce donc si difficile d'être innovant et créatif tout en planifiant?

Je plaide en faveur d'institutions multifonctionnelles, d'une grande plasticité, diverses et assez souples afin de pouvoir s'adapter aux besoins et savoirs locaux (16).

RÉFÉRENCES

1. Bourque, D. (dir.) (2024). *Mettre en œuvre le travail social de demain*, PUQ.
2. Institut du Nouveau Monde, (2023). Consultation dans le cadre des États généraux du travail social. Constats et recommandations des commissaires, Montréal, 18 décembre.
3. Institut national de santé publique du Québec /Initiative de partage des connaissances en développement des communautés (2015). *Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés*, Québec.
4. Morin, P. (2022). Les pratiques intégrées et le travail social à l'épreuve de la pandémie : l'exemple de l'intervention de quartier à Sherbrooke (Québec, Canada), p 119-142 dans *Lechaux, P. (dir) Les défis de la formation des travailleurs sociaux*, Entre universités et écoles professionnelles, L'Harmattan.
5. Renaud, M. (1990). Colloque de la Fédération des CLSC sur la santé mentale.
6. Initiative de partage des connaissances en développement des communautés (2012).
7. Institut national de santé publique du Québec (2023). *Responsabilité populationnelle : unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population*, <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
8. MSSS (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence, Québec.
9. MSSS, 2004, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec, 75 p.
10. Roy, M., (1988) *Les CLSC*, Éditions Albert St-Martin, 172 p.
11. Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2010). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Une révision des rôles et des responsabilités s'impose*, Montréal.
12. Comité des usagers du CSSS Lucille Teasdale (2019). *Texte de réflexion*, 2 p.
13. Observatoire estrien en développement des communautés et Direction de la santé publique. <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautés-de-lestrie/>
14. Commissaire à la santé et au bien-être (2023). *Bien vieillir chez-soi, Tome 3 : Poser un diagnostic pour agir. Degré de mise en œuvre de la Politique de SAD de 2003 au Québec*, 75 p.
15. Desrosières, A. (2014). *Prouver et gouverner*, La Découverte, 288 p.
16. Scott, J.C (2021). *L'œil de l'État, Moderniser, uniformiser, détruire*, La Découverte.

Les causes et conséquences de la place prépondérante du privé en santé au Québec

Olivier Jacques, Université de Montréal

Antoine Rondeau, Université du Québec à Montréal

FAITS SAILLANTS

- Le financement et la prestation de soins privés sont très développés au Québec et dans les provinces canadiennes en comparaison avec les autres pays développés.
- Ceci s'explique par la difficulté d'implanter des réformes en vue d'augmenter la couverture publique des soins au-delà de ce qui a été jugé médicalement nécessaire au moment de la création du système.
- Les établissements privés ne sont ni moins chers, ni plus efficaces, ni de meilleures qualités que les établissements publics.
- La privatisation a des impacts négatifs sur l'accessibilité et sur l'équité.

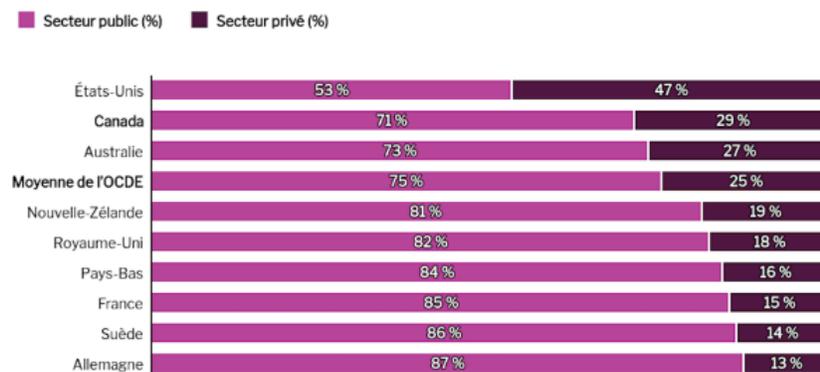
PROBLÉMATIQUE

Contrairement à ce qui est véhiculé dans l'espace public, les systèmes de santé des provinces canadiennes reposent beaucoup sur le financement privé et la prestation privée de soins de santé, si on se compare avec les autres systèmes de santé des pays développés. En effet, la figure 1, tirée de l'Institut canadien d'information sur la santé (1), montre que près de 30 % des dépenses totales de santé sont effectuées par le privé à travers des assurances ou des frais aux usagers au Canada, une proportion bien plus élevée que dans les pays comparables de l'Europe de l'Ouest. Le Québec ne fait pas exception à la moyenne canadienne rapportée à la figure 1 (1).

Figure 1.

Dépenses de soins de santé du Canada par rapport à celles d'autres pays

Part des secteurs public et privé, 2022



Graphique à barres illustrant la répartition des dépenses de 2022 entre les secteurs public et privé pour l'ensemble de l'OCDE et 9 pays sélectionnés de l'OCDE, incluant le Canada.

Non seulement le privé prend une place importante dans le financement du système de santé, mais la prestation de soins au Canada est largement effectuée par des médecins qui ne sont pas des employés du secteur public, mais plutôt des travailleurs autonomes dont les actes sont remboursés par l'assurance maladie publique (2). Ceci diffère des systèmes nationaux de santé, comme au Royaume-Uni, en Scandinavie et en Europe du Sud, où les prestataires de soins sont majoritairement des employés du secteur public (3). Comment expliquer que le financement et la prestation de soins privés prennent tant de place au Québec et au Canada?

D'abord, les médecins ont réussi à conserver leur autonomie professionnelle, la pratique privée et la rémunération à l'acte à l'aide de moyens de pression effectués au moment de la création du système d'assurance maladie canadien dans les années 1960-70. Ensuite, le gouvernement a décidé que l'assurance maladie devait couvrir les soins jugés « médicalement nécessaires » par la médecine de l'époque. Ceci a été défini en fonction du prestataire de services (les services offerts par le médecin) et de son emplacement (l'hôpital). Ainsi, les services qui ne sont ni offerts par un médecin ni par un hôpital n'étaient pas dans la ligne de mire de l'assurance maladie canadienne au moment de sa création (4).

Or, les besoins de santé évoluent et la santé n'est plus uniquement axée sur les soins curatifs pour traiter des maux physiques (5). Par exemple, la pharmacologie et la psychologie se sont énormément développées dans les dernières décennies, mais ni les médicaments utilisés hors de l'hôpital ni les services d'un psychologue n'étaient initialement couverts par le système d'assurance maladie canadien. Pourtant, les dépenses allouées à ces deux aspects des soins de santé, pour ne nommer que ceux-là, ont augmenté significativement, sans que le système public s'adapte pour les couvrir complètement. Par exemple, le Canada demeure le seul pays ayant un système d'assurance maladie universelle sans assurance médicaments universelle.

En effet, le cas canadien se caractérise par l'absence de réformes significatives visant l'expansion de la couverture publique de différents besoins de santé, l'exception étant la création de l'assurance médicaments au Québec (publique, complémentaire à un système privé), et dans une moindre mesure, de l'assurance dentaire récemment mise en place par Ottawa (6). Le système est partiellement figé sur la couverture de ce qui était jugé médicalement nécessaire au moment de sa création. Cette inadaptation du système aux nouveaux problèmes de santé entraîne une forte dépense privée. Sans entrer dans les détails, cette absence de réforme s'explique par la résistance des groupes d'intérêts et des citoyens bénéficiant du système actuel, ainsi que par les blocages créés par le fédéralisme canadien (6-7).

La prochaine section révisé la littérature scientifique pour souligner les conséquences de la prestation et du financement privé en matière d'équité, d'efficacité et d'accessibilité.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Certains pays, comme l'Allemagne, la Norvège et le Royaume-Uni, ont opté pour une déréglementation de leurs systèmes de santé, accordant une plus grande place au secteur privé dans l'espoir d'améliorer leurs performances et de réduire leurs coûts. De nombreuses études scientifiques ont analysé ces réformes, offrant des observations pertinentes pour guider les décisions du Québec. Dans l'ensemble, ces études

démontrent que la coexistence d'établissements publics et privés dans un même réseau de la santé crée une compétition entre les établissements qui génère peu de bénéfices et peut entraîner des conséquences indésirables, notamment une diminution de la qualité des services et une sélection de la clientèle faisant en sorte que certains patients sont délaissés par le système.

Efficacité et frais de fonctionnement

Bien que la plus grande efficacité et les plus faibles frais de fonctionnement des établissements privés soient des arguments fréquemment utilisés par certains partisans de l'ouverture du réseau de la santé au privé, ils ne sont pas clairement appuyés par la littérature scientifique. Une méta-analyse utilisant des données de 21 études concernant la privatisation de 80 hôpitaux aux États-Unis, en Allemagne, en Belgique, en Espagne et en Italie montre que les hôpitaux publics peuvent produire des soins à moindre coût que leurs homologues privés (8). Quant à l'efficacité, définie par la quantité de soins produits à partir d'une quantité donnée de ressources, les résultats des études sont mitigés. L'étude de Bel et Esteve (8) suggère que la prestation de soins par des établissements privés peut parfois être plus efficace qu'au public, alors que d'autres études montrent que la privatisation des soins n'est pas nécessairement plus efficace (9).

Une étude d'une vingtaine de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre que les réformes qui augmentent le financement privé des soins de santé génèrent des économies dans les premières années, mais que celles-ci décroissent rapidement pour être presque nulles après cinq ans (10). Plus encore, la hausse du financement privé de la santé peut augmenter les coûts du réseau à long terme. Selon les auteurs, une baisse du financement public peut contribuer à diminuer la demande de soins à court terme, particulièrement chez les patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance. Les soins non administrés génèrent ainsi des économies à court terme qui doivent toutefois être rattrapées plus tard lorsque les problèmes de santé s'aggravent (10).

Accessibilité financière et équité

Une récente revue de littérature compilant des études longitudinales montre que les hôpitaux des pays occidentaux convertis du public au privé ont tendance à sélectionner les patients moins coûteux et à réduire leur nombre d'employés. Les patients à faible revenu sont disproportionnellement touchés par la baisse de volume (11). Des données collectées sur des hôpitaux américains convertis du public au privé montrent une baisse marquée des admissions des patients non assurés ou couverts par un régime public, diminution attribuable au fait que les prix facturés aux assureurs privés sont généralement supérieurs à ceux du régime public. Les données montrent également que les hôpitaux privatisés ont tendance à réduire l'offre de services moins rentables, comme en témoigne la baisse marquée des soins obstétricaux (12). Les données analysées sur 36 pays européens montrent que les réformes de privatisation mènent à des besoins en soins non comblés à long terme, particulièrement chez les tranches de la population moins nantie et moins éduquée (13). À l'inverse, une étude canadienne montre que le financement public des soins de santé a un effet redistributif majeur et contribue à diminuer les inégalités de revenus (14).

Qualité

Après l'accessibilité et l'équité, la qualité des soins est une composante essentielle d'un système de santé performant; elle est toutefois difficilement observable empiriquement.

Considérant que les problèmes de santé sont complexes et nécessitent l'avis d'experts, on considère que les patients connaissent mal leurs besoins et peuvent donc difficilement juger de la qualité du service obtenu. De plus, on considère que des soins identiques administrés à des patients distincts peuvent donner des résultats différents. Bien qu'imparfaits, le taux de mortalité ainsi que le taux de réadmission à la suite d'une hospitalisation sont les deux indicateurs les plus utilisés dans la littérature pour estimer la qualité des soins. Étant donné le faible nombre d'études sur le sujet, il n'existe pas encore de consensus scientifique clair sur l'effet de la privatisation de la santé sur la qualité. Parmi celles-ci, un constat émerge toutefois : presque aucune étude ne documente une amélioration de la qualité des soins. La plupart témoignent soit d'une baisse de la qualité associée à une mortalité plus élevée (12), soit des taux de réadmissions similaires (15).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les constats de la recherche scientifique sont clairs : augmenter le financement ou la prestation de soins privés ne devrait pas entraîner d'effets positifs sur la qualité des soins, sur le contrôle des coûts et sur l'efficacité des soins, mais risque d'avoir des effets négatifs majeurs sur l'accessibilité et l'équité. Malheureusement, peu de recherches sur l'impact de la privatisation portent directement sur les soins de première ligne. Or, non seulement la prestation de soins dans la première ligne publique québécoise est largement privée (à travers les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques privées) (2), mais le Québec se distingue comme étant la province ayant, de loin, le plus de médecins désaffiliés du réseau public (16). Cette situation pourrait nuire à l'accès à la première ligne en réduisant les ressources humaines disponibles tout en nuisant à l'équité des soins offerts. Selon nous, le gouvernement du Québec devrait limiter la place du privé dans son système de santé. Ce faisant, il devra surmonter les obstacles politiques qui risquent de survenir de la part de groupes et d'individus qui profitent de la privatisation actuelle du système.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. (2024). Tendances des dépenses nationales de santé, analyse éclair. En ligne : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2024-analyse-eclair#:~:text=Les%20d%C3%A9penses%20totales%20de%20sant%C3%A9,de%205%2C7%20%25%20en%202024>
2. Pineault, R., Lévesque, J.-F., Breton, M., Hamel, M. et Roberge, D. (2008). La première ligne : quel rôle pour les organisations publiques, privées et mixtes? Dans Béland, F., Contandriopoulos, A. P., Quesnel-Vallée, A. et Robert, L. (dirs). *Le privé dans la santé : les discours et les faits*. Les Presses de l'Université de Montréal.
3. Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. et Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems : empirical results of a deductive classification. *Health policy*, 113(3), 258-269.
4. Marchildon, G. P. (2019). The single-tier universality of Canadian medicare. Dans Béland, D., Marchildon, G. P. et Prince, M. J. (eds) *Universality and social policy in Canada*. University of Toronto Press. 49-62.
5. Goijaerts, J., van der Zwan, N. et Bussemaker, J. (2023). Health and the social investment state. *Journal of European Public Policy*, 30(5), 828-848.
6. Lazar, H., Forest, P. G., Church, J. et Lavis, J. N. (2013). *Paradigm freeze : why it is so hard to reform health care in Canada*. McGill-Queen's Press.
7. Hacker, J. S. (2004). Dismantling the health care state? Political institutions, public policies and the comparative politics of health reform. *British Journal of Political Science*, 34(4), 693-724.
8. Bel, G. et Esteve, M. (2019). Is private production of hospital services cheaper than public production? A meta-regression of public versus private costs and efficiency for hospitals. *International Public Management Journal*, 23, 1-24.
9. Tiemann, O., Schreyögg, J. et Busse, R. (2012). Hospital ownership and efficiency : A review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*, 104, 163-171.
10. Eriksen, S. et Wiese, R. (2019). Policy induced increases in private healthcare financing provide short-term relief of total healthcare expenditure growth : Evidence from OECD countries. *European Journal of Political Economy*, 59, 71-82.
11. Goodair, B. et Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet*, 9, 199-206.
12. Duggan, M., Gupta, A., Jackson, E. et Templeton, Z. (2023). The impact of privatization : Evidence from the hospital sector. *National Bureau of Economic Research*.
13. Moise, A. et Popic, T. (2024). Political Determinants of Health : Health Care Privatization and Population Health in Europe. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 49, 769-782.
14. Corscadden, L., Allin, S., Wolfson, M. et Grignon, M. (2014). Publicly financed healthcare and income inequality in Canada. *Healthcare Quarterly*, 17(2), 7-10.
15. Holom, G. H. et Hagen, T. P. (2017). Quality differences between private for-profit, private non-profit and public hospitals in Norway : A retrospective national register-based study of acute readmission rates following total hip and knee arthroplasties. *BMJ Open*, 7(8).
16. Fierlbeck, K. (2024). The Scope and Nature of Private Healthcare in Canada. *CD Howe Institute Commentary*, 65

Territoires locaux et intégration des services

Une première ligne médicale en mode prépondérant

Prestations de soins et services

Voix disciplinaires

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

L'arrivée des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en GMF comme condition de liaison entre les soins primaires de santé et les services sociaux généraux

Yves Couturier, Ph. D., Université de Sherbrooke

Maude-Émilie Pépin, Ph. D., TS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Maxime Guillette, Ph. D., Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- L'arrivée des travailleuses sociales et travailleurs sociaux (TS) en groupes de médecine de famille (GMF) constitue un marqueur important de l'évolution positive des GMF comme organisation centrale des soins primaires.
- Les TS ont le potentiel d'agir en intermédiaires cliniques et fonctionnels entre les GMF, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).
- Leur contribution à des trajectoires de soins mieux intégrées et mieux coordonnées est cependant entravée par une conceptualisation déficiente de cette innovation et par des transformations qui introduisent des incohérences.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

L'élargissement des attentes de la population à l'égard des soins primaires de santé s'accroît sans cesse. Il en découle l'émergence de modèles conceptuels (collaboration interprofessionnelle, *chronic care model*, *medical home*, *social prescription*, etc.) qui cherchent tous à incarner ces attentes. Ces dernières concernent notamment la prise en charge globale et au bon moment des problèmes de santé mentale, des effets fonctionnels de la maladie chronique, de la prévention et de la prise en compte des déterminants de la santé et du bien-être (1). Cet élargissement des attentes concourt avec le vieillissement de la population, la hausse continue des besoins de la population ou les avancées thérapeutiques permettant maintenant de chroniciser des maladies autrefois aiguës et létales (p. ex. VIH). Ces transformations fondamentales sont cohérentes avec les plus récentes connaissances qui montrent que les soins primaires constituent une composante essentielle de l'efficacité des systèmes sociosanitaires. Il est donc logique que les soins primaires soient une priorité politique absolue depuis 30 ans. La création des GMF incarne de manière emblématique ce mouvement. Lors de leur création en 2002, les GMF ont d'abord permis la collectivisation de la pratique médicale puis une collaboration accrue avec les infirmières (2). Au fil des années, cette collaboration interprofessionnelle s'est étendue et intensifiée, notamment par l'augmentation du nombre d'infirmières en GMF, et par l'ajout d'autres professionnels, dont les TS. Les GMF se sont ainsi transformés en constituants essentiels des trajectoires de soins, et donc en partenaires incontournables des CI(U)SSS. Les soins primaires constituent de facto une porte d'entrée du système de santé et de services sociaux. Grâce à leur approche de proximité et interprofessionnelle,

ils peuvent répondre à la vaste majorité des besoins de la population et, lorsque nécessaire, diriger les cas complexes vers les services spécialisés. Les épisodes de services spécialisés sont le plus souvent temporaires pour évaluer une condition spécifique ou la stabiliser. Les soins primaires prennent généralement le relais pour assurer le suivi de cette condition à plus long terme.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Après quelques expériences locales innovantes, par exemple lors de la mise en œuvre du Plan Alzheimer du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a transféré, en 2016, environ 400 TS des Centres locaux de services communautaires (CLSC) vers les GMF. Les TS sont depuis géré(e)s suivant un modèle matriciel (gestion clinique médicale, gestion administrative du CI(U)SSS) incarnant en principe un modèle de liaison entre les GMF et les CI(U)SSS. Les TS ont été transféré(e)s avec un mandat de services généraux 0-100 ans, en pratique initialement centrés sur la santé mentale. Bien que peu de recherches aient été faites au Québec sur ce transfert, nous avons montré que l'arrivée des TS en GMF est très appréciée des médecins, qui perçoivent très positivement l'apport du travail social à l'élargissement du mandat des GMF et donc de leur pratique médicale. Les médecins apprécient beaucoup avoir « leurs » TS plutôt que de devoir référer à une autre organisation, le CI(U)SSS, qu'ils jugent lents à répondre aux besoins et peu collaboratifs en termes de partage des informations cliniques. Les personnes usagères sont aussi très heureuses de l'accès à un service rapide, dès un premier contact avec les soins primaires. Et les TS estiment avoir gagné en autonomie professionnelle en s'éloignant de la gouvernance jugée trop lourde et inefficace des CI(U)SSS. Hormis leur attente de respect des codes de priorités, les médecins donnent toute latitude aux TS pour accomplir leurs interventions selon les méthodes de leur choix. Cette autonomie professionnelle s'explique par la faible capacité des CI(U)SSS à baliser et encadrer le travail des TS en GMF. Cela explique aussi l'importante variation dans leur offre de services, la plupart s'étant autodéterminés localement (3,4).

Par leur provenance et leurs compétences, les TS en GMF auraient pu jouer un rôle systématique de liaison avec les services du CI(U)SSS et les ressources de la communauté. Or ce n'est pas le cas, sauf exception locale. En outre, contre toute attente, encore une fois sauf exception locale, les TS sont peu actives ou actifs auprès de clientèles pourtant prioritaires comme les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ou les familles en difficulté. Cela s'explique par :

- Un cadrage déficient de la pratique des TS en GMF par le MSSS et les établissements publics.
- Le guide de pratique qui leur a été consacré est très général et n'oriente en rien leur pratique au regard des spécificités des soins primaires.
- Leur mission est de facto centrée sur les problèmes de santé mentale.
- Leur intervention est centrée sur une logique court-termiste, et leur interdit les interventions de couple, familiale ou de groupe.
- Il leur est interdit de sortir de leur bureau et d'intervenir en contexte domiciliaire.

- Un refus ou une incapacité des GMF de penser leur action en termes d'approches territoriales. Concrètement, cela signifie que les TS sont peu autorisé(e)s à intervenir en partenariat avec les ressources de la communauté (hors référence).
- Une incohérence conceptuelle entre l'approche d'inscription en GMF et l'approche populationnelle en CI(U)SSS.
- Des outils cliniques qui demeurent cloisonnés entre organisations.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Il est possible de conclure que le transfert des TS en GMF constitue un important renforcement des services de soins primaires, mais que des difficultés majeures demeurent. Ces difficultés tendent à maintenir les GMF hors d'une logique de trajectoire, alors que leur création et leur renforcement actuel sont des conditions favorables pour rectifier la situation. Néanmoins, la remarquable triple satisfaction des personnes usagères, des médecins et des TS quant au transfert de ces derniers(ères) mérite d'être pris en considération, notamment dans l'analyse de la qualité de l'organisation centrale que sont les CI(U)SSS.

Plus spécifiquement, les efforts en cours pour relever le défi de l'accès aux soins primaires doivent être réfléchis à la lumière des constats exposés supra. Par exemple, la création et l'évolution probable du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) pourraient ne pas concourir à régler les difficultés restantes et même à les augmenter en posant les TS comme de simples ressources parmi d'autres, consommables à court terme, sans logique de trajectoire de soins et de prise en charge globale des personnes usagères. De plus, cela pourrait avoir un effet négatif sur la triple satisfaction précédemment citée en éloignant les médecins et les TS de leur clientèle en insérant des formalités qui ont montré leur inefficacité en CI(U)SSS. Le GAP ne doit pas interférer avec la logique de proximité au cœur des soins primaires.

Enfin, il importe de reconnaître et de valoriser le potentiel des TS au renforcement des trajectoires de soins pour toutes clientèles, pas seulement les individus vivant avec un problème de santé mentale. L'enfance en difficulté et les personnes éprouvant un début de perte d'autonomie devraient explicitement former une clientèle prioritaire des TS en GMF. L'espérance imprudente en la capacité des services de soutien à domicile à répondre aux besoins de cette clientèle au bon moment ne rencontre pas l'expérience empirique. La contribution essentielle et historique des TS à la continuité des soins et à la coordination des services pourrait être renforcée par un mandat qui leur serait explicitement donné à ce propos, permettant par le fait même de jouer un rôle essentiel dans l'effectivité de trajectoires de soins naissant dans les GMF puis y revenant. Les TS sont les seul(e)s à pouvoir jouer un tel rôle de liaison entre les GMF, les CI(U)SSS et les organismes communautaires. Le faible ancrage territorial des GMF entrave cependant leur capacité à contribuer à des soins primaires proximaux, globaux et continus.

RÉFÉRENCES

1. Ashcroft, R., Kourgiantakis, T., Fearing, G., Robertson, T., & Brown, J. (2019). Social Work's Scope of Practice in Primary Mental Health Care: A Scoping Review. *British Journal of Social Work*, 49(2), 318-334. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy051>
2. Wankah, P., Breton, M., Lukey, A., Gaboury, I., Smithman, M.A., Malo, M.-E., Oelke, N. (2020). Shaping Primary Health Care Teams and Integrated Care in Québec: An Overview of Policies (2000-2020). *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 10 (1): Article 1. DOI: <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v10i1.4691>
3. Pépin, M., Guillette, M., Belzile, L., Couturier, Y. (2021). Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces. *Intervention* (163) :19-29. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne//153/le-deploiement-des-travailleuses-sociales-en-gmf-ouvre-un-espace-favorable-a-lintervention-par-les-forces/>
4. Couturier, Y., Pépin, M., J. Martin (à paraître). La mise à distance des Centres intégrés de santé et de services sociaux comme condition de bien-être au travail. Le cas des travailleuses sociales transférées en groupes de médecine de famille. *Recherches sociographiques*, vol. 66.

La redéfinition du rôle des médecins de famille : un défi majeur pour l'avenir des soins de première ligne au Québec

Nancy Côté, Ph. D., Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Andrew Freeman, erg., Ph. D., Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

Marie-Dominique Beaulieu, C.M., C.Q., M.D., M. Sc., FCMF

FAITS SAILLANTS

- L'accès aux soins de première ligne constitue un enjeu crucial avec des implications importantes pour le rôle des médecins de famille.
- Le rôle des médecins est traversé par des tensions qui ont des répercussions majeures sur l'attractivité de cette profession, la santé au travail et l'engagement professionnel.
- Les principales tensions soulevées sont : (a) l'accroissement des pressions externes sur l'autonomie des médecins; (b) l'écart entre l'idéal et la réalité de pratique; et (c) un décalage entre la culture professionnelle traditionnelle et les nouvelles aspirations de carrière.

Les pistes de solutions visent : (1) l'optimisation du rôle des médecins au sein des équipes interprofessionnelles; (2) des modèles organisationnels et de pratique plus flexibles; (3) l'ajout de ressources pour soutenir les équipes interprofessionnelles; (4) une révision des modes de rémunération; (5) l'investissement dans la formation continue et le soutien professionnel; et (6) un dialogue ouvert entre les parties prenantes pour mieux aligner les attentes et les réalités du terrain.

PROBLÉMATIQUE

Des enjeux d'accès aux soins de première ligne et les implications pour les médecins de famille

L'accès aux soins de première ligne (SPL) constitue un enjeu crucial dans de nombreux pays, engendrant des répercussions significatives sur la santé des populations et l'équité dans l'accès aux services de santé (1). Au Québec, les médecins de famille font face à des pressions croissantes pour accroître leur contribution à l'offre de soins dans un contexte de pénurie d'effectifs, qui se traduit par un nombre croissant d'usagers sans accès à une source régulière de services de première ligne pour assurer les prises en charge et les suivis cliniques requis. Cette situation les incite à intensifier leur rythme de travail et à adopter une pratique médicale axée sur le volume, communément appelée médecine « à débit », tout en étant confrontés au discours des décideurs politiques que les médecins de famille ne font pas leur juste part. Cette approche soulève des questions importantes quant à la qualité des soins prodigués et à l'équilibre entre les aspirations professionnelles des médecins et les besoins du système de santé (2). La mise en place d'équipes interprofessionnelles s'est également imposée comme une stratégie

prometteuse pour améliorer l'accès à des soins et services de proximité (3). Cependant, l'efficacité de ce modèle repose sur l'ajout de professionnels au sein des équipes, une optimisation des rôles professionnels et l'établissement de relations plus égalitaires entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux (4). Il repose également sur des équipes stables composées de différents professionnels du social et de la santé afin de mieux répondre aux problèmes des usagers.

Des tendances préoccupantes sur le désengagement des médecins de famille

Parallèlement à ces changements, on observe plusieurs signes d'une certaine démotivation, voire d'un désengagement plus profond des médecins de famille envers leur profession ou le système public de santé. Depuis plusieurs années, on constate une diminution significative de l'attractivité de cette profession, qui se reflète dans les postes de résidence en médecine familiale non pourvus (5). Plusieurs pays font face à une pénurie de médecins de famille (6). Au Canada, un nombre croissant de médecins de famille choisissent de quitter le système de santé financé par l'État (7). Nos travaux récents montrent que certains médecins de famille se désengagent de la pratique en cabinet avec l'objectif déclaré de ne plus avoir la responsabilité d'une clientèle et de la continuité des soins (2). Les recherches révèlent également une forte tendance des médecins de famille à opter pour une retraite anticipée (8). De plus, un nombre important de médecins de famille ont connu un épuisement professionnel ces dernières années (9). Pris ensemble, ces phénomènes illustrent une crise pour ce secteur médical avec des implications potentiellement importantes pour l'organisation des services en première ligne et l'accès de la population à des soins de santé de qualité.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

L'urgence d'une réflexion concertée

Les constats présentés soulignent l'urgence d'une réflexion concertée sur les besoins de la population en matière de services de santé et les défis auxquels font face les médecins de famille dans leur pratique quotidienne. La crise actuelle que traverse la médecine familiale met en lumière l'importance cruciale de créer des conditions favorables au soutien d'équipes interprofessionnelles intégrées et au maintien de l'engagement professionnel des médecins de famille.

Une profession soumise à de multiples tensions

Sur la base de travaux antérieurs (2,3,10,11) et d'une analyse issue de notre étude récente (2,12), nous avons identifié trois tensions fondamentales au cœur de cette crise. Ces tensions ont des répercussions significatives sur l'autonomie professionnelle et l'attractivité de la médecine familiale, soulevant des questions sur l'évolution et l'adaptation future de cette profession.

1. Tensions entre autonomie professionnelle et pressions externes

La première tension concerne l'autonomie professionnelle face aux pressions externes. La bureaucratisation croissante de la médecine familiale est un irritant majeur, réduisant le temps disponible pour les soins directs aux patients. L'émergence d'équipes interprofessionnelles, bien que généralement perçue positivement, soulève des questions sur la spécificité de la médecine familiale dans un contexte où d'autres professions peuvent désormais accomplir des tâches traditionnellement réservées aux médecins. Ce questionnement est particulièrement aigu concernant le rôle des infirmières praticiennes

qui sont formées pour diagnostiquer et traiter la majorité des problèmes courants et des maladies chroniques sous contrôle, un champ de pratique qui représente une proportion élevée de l'activité des médecins de famille. S'il y a un certain consensus au sein du système professionnel que l'optimisation des rôles repose sur l'expertise des médecins de famille pour la prise en charge de problèmes indifférenciés et plus complexes, la question du « comment y arriver » concrètement dans l'organisation du travail pose problème. De plus, les médecins de famille comblent souvent les lacunes du système de santé en prenant en charge des cas complexes hors de leur expertise directe, redéfinissant leur rôle en fonction des besoins non satisfaits des patients plutôt que de leur expertise spécifique. Ceci est particulièrement flagrant pour les problèmes de santé mentale, les problèmes musculosquelettiques et l'accès à certaines spécialités médicales. La non-dotation de postes prévus au contrat GMF, le roulement important du personnel non médical, facilité par certaines règles syndicales et des opportunités professionnelles, ainsi que le manque de ressources professionnelles stables qui en résulte, accroissent la pression sur les médecins.

2. Écart entre l'idéal et la réalité de pratique

La deuxième tension révèle un écart croissant entre l'idéal professionnel inculqué lors de la formation et la réalité quotidienne de la pratique. Les difficultés d'accès aux soins primaires exercent une pression considérable sur les médecins pour qu'ils augmentent leur volume de patients, les poussant vers une pratique « à débit » caractérisée par des consultations plus courtes et ciblées. Cette approche entre en conflit direct avec l'idéal d'une médecine familiale holistique et personnalisée, ancrée dans une relation thérapeutique de confiance. Cette situation oblige les médecins à prioriser certaines actions au détriment d'autres, comme la prévention, pourtant considérée essentielle. Paradoxalement, la pratique d'une médecine plus expéditive, bien qu'elle semble améliorer l'accès aux soins à court terme, affecte négativement l'efficacité perçue des médecins, engendrant une perte de sens au travail qui peut avoir des répercussions sur leur engagement professionnel et leur satisfaction.

3. Une culture professionnelle en tension avec les aspirations en carrière

La troisième tension concerne l'évolution des aspirations professionnelles et personnelles, remettant en question la place traditionnelle du travail dans la vie des médecins de famille. De nombreux médecins cherchent désormais à redéfinir l'équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, s'éloignant du modèle de dévouement total à la profession qui a longtemps prévalu. Cette tendance se manifeste par un désir de limiter l'emprise du travail sur leur vie et de s'investir dans d'autres domaines, reflétant une volonté de se réaliser au-delà de leur carrière médicale. Cependant, cette évolution ne se fait pas sans difficulté : de nombreux médecins rapportent des obstacles pour établir des limites, confrontés à la culture médicale et aux attentes des patients.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'analyse de la situation actuelle de la médecine familiale au Québec révèle un système en tension, cherchant à concilier les besoins d'accès aux soins occasionnés en partie par un manque d'effectifs médicaux et d'autres professionnels avec la préservation de la qualité et de la continuité des services. Les défis auxquels font face les médecins de famille sont multiples et interconnectés, nécessitant une approche holistique pour y répondre efficacement. Si ces tensions ne sont pas prises en considération, plusieurs

effets à long terme sont à envisager : une diminution de l'attractivité de la médecine familiale, une augmentation de l'épuisement professionnel, et ultimement, une détérioration de la qualité des SPL. Cette situation agit sur toutes les dimensions du quintuple objectif en compromettant l'expérience des usagers des SPL et la capacité des équipes de SPL d'agir efficacement pour améliorer la santé. Elle occasionne également des pertes de productivité et d'efficience, ne permettant pas d'optimiser le rendement des ressources injectées, et aussi des iniquités, car ce sont souvent les usagers vulnérables qui sont touchés plus durement.

Plusieurs pistes de solutions émergent de cette analyse :

1. Offrir les ressources et les conditions d'intégration nécessaires pour soutenir des équipes interprofessionnelles intégrées et stables en mesure de répondre aux besoins sociaux et de santé des usagers.
2. Repenser l'organisation du travail en équipe interprofessionnelle pour optimiser le rôle de chaque professionnel, incluant les médecins, tout en définissant la spécificité de la médecine familiale.
3. Développer des modèles organisationnels et de pratique, plus flexibles, permettant une meilleure conciliation travail-vie personnelle sans compromettre la qualité des soins.
4. Revoir les modes de rémunération pour encourager une pratique plus globale et moins axée sur le volume.
5. Investir dans la formation continue et le soutien professionnel pour aider les médecins à s'adapter aux changements du système de santé.
6. Favoriser un dialogue ouvert entre les décideurs politiques, les gestionnaires du système de santé et les médecins de famille pour mieux aligner les attentes et les réalités du terrain.

Ces pistes nécessitent une collaboration étroite entre tous les acteurs du système de santé pour assurer leur pertinence et leur efficacité. La transformation de la médecine familiale au Québec est un défi complexe, mais essentiel pour garantir des soins de qualité, accessibles et durables pour tous les Québécois. L'urgence d'agir est claire. En redéfinissant collectivement le rôle des médecins de famille et en leur donnant les moyens de pratiquer une médecine qui correspond à leurs valeurs et aux besoins de la population, le Québec peut renforcer son système de première ligne et améliorer la santé de sa population à long terme.

RÉFÉRENCES

1. OECD (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. Paris : OECD Editions.
2. Côté, N., Freeman, A., Desjardins, L. et Denis, J.-L. (2024). Redefining work engagement: identity crisis and the quest for meaning at work of family physicians in Québec. *SALUTE E SOCIETÀ*(2/2024), 17-32. <https://doi.org/10.3280/SES2024-002003>
3. Beaulieu, M.-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L. et Boucher, L. (2008). Family practice. Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1153-1163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.019>
4. Côté, N., Freeman, A., Emmanuelle, J. et Denis, J.-L. (2019a). New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(882), 1-10.
5. Drummond, D., Sinclair, D., & Gratton, J. (2022). *Troubles in Canada's Health Workforce: The Why, the Where, and the Way Out of Shortages*. C.D. Howe Institute.
6. Lawson, E. (2023). The Global Primary Care Crisis. *British Journal of General Practice*, 73(726), 3. <https://doi.org/10.3399/bjgp23X731469>
7. Ha, T. T., & Sun, Y. (2023, August 8). Why more Quebec family doctors are leaving the public health system. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-quebec-family-doctors-public-private-care/>
8. Napier, J., & Clinch, M. (2019). Job strain and retirement decisions in UK general practice. *Occup Med (Lond)*, 69(5), 336-341. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz075>
9. Association médicale canadienne (AMC), Ipsos. *Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021*. Ottawa : L'Association; 2022 août 24. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque17> (consulté le 13 janv. 2025).
10. Côté, N., Fleury, C., Mercure, D., Doyon, H., & Savoldelli, M. (2019b). L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec. *Recherches Sociographiques*, 60(2), 287-328.
11. Denis, J.-L., Germain, S., Régis, C. et Veronesi, G. (2022). *Medical Doctors in Health Reforms. A Comparative Study of England and Canada* (1 ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv273k4pq>
12. Côté, N., Fleury, C., Freeman, A., Denis, J.-L., Mercure, D., Beaulieu, M.-D. et Sylvain, S. (2019c). Évolution du travail chez les médecins de famille au Québec : Analyse des nouvelles formes de professionnalité, de coopération et d'engagement au travail. *Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Programme Savoir* : 435-2019-0651.

Optimiser les GMF : vers une collaboration interprofessionnelle intégrée et centrée sur l'utilisateur

Nancy Côté, Ph. D.

Yasmine Frikha, M. Erg.

Andrew Freeman, erg., Ph. D.

Université Laval, VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Le modèle dominant de l'**inscription** obligatoire à un unique professionnel de la santé **limite la capacité de prise en charge des cliniques interprofessionnelles**, impactant l'implication, la contribution et l'optimisation des rôles des autres professionnels de la santé et des services sociaux.
- La **stabilité des équipes** et les **interactions sur une base régulière** entre les professionnels sont des facteurs critiques pour favoriser l'optimisation des rôles professionnels.
- Les modèles interprofessionnels innovants nécessitent des **compétences spécifiques** et de **nouveaux rôles** pour assurer la coordination, la pertinence et la continuité des soins.
- Les cliniques interprofessionnelles doivent miser sur une **meilleure intégration du social et de la santé** pour accroître l'accès et mieux répondre aux besoins complexes des usagers.
- La **pertinence**, l'**accessibilité** et la **disponibilité** des **données** sont essentielles pour **évaluer l'efficacité** des modèles et guider les décisions organisationnelles.

PROBLÉMATIQUE

Au Canada, les réformes des soins primaires ont conduit à la mise en œuvre de modèles interprofessionnels pour améliorer l'accès, l'intégration et la prévention dans les soins aux patients (1). Ces réformes ont mené à la création des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec, qui est un **modèle interprofessionnel de première ligne** au sein d'un espace physique partagé où une équipe interprofessionnelle collabore avec les médecins de famille dans un même point de service. Ce modèle requiert l'optimisation des rôles professionnels, soutenue par une collaboration interprofessionnelle accrue pour que les soins soient prodigués par « le bon professionnel au bon moment » (2).

Malgré le développement des GMF, une proportion considérable de la population n'a toujours pas accès à un médecin de famille ou à des services psychosociaux, et les services d'urgence des hôpitaux sont engorgés (3). Il est donc important de mieux comprendre le fonctionnement des modèles interprofessionnels colocalisés en première ligne afin d'identifier les éléments qui contribueront à mieux répondre aux besoins des populations au Québec et ailleurs.

L'analyse suivante se base sur les résultats du projet Archimède (4) qui évalue un modèle interprofessionnel dans un GMF, ainsi que sur une étude de portée sur les modèles interprofessionnels en première ligne qui ont comme caractéristique de s'exercer dans un espace physique partagé (5).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Inscription obligatoire à un unique professionnel limite la capacité de prise en charge des cliniques

Dans le cadre du modèle GMF, l'inscription obligatoire au médecin met une **pression importante sur les médecins** dans un contexte où ils ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre à la demande, et où la complexité de certaines problématiques requiert des expertises complémentaires. La présence de professionnels de la santé complémentaires **ne permet pas d'améliorer l'accès à la clinique**, puisque le nombre d'usagers inscrits ne dépend que de la capacité de prise en charge du médecin. Ces mêmes limites se répéteraient pour l'inscription unique à tout autre type de professionnel. En ce sens, la contribution des autres professionnels est limitée, ce qui **freine l'accès aux services autres que médicaux**.

L'inscription **collective** à une équipe interprofessionnelle est une avenue envisagée pour résoudre les problèmes d'accès, mais cela soulève des questions au sujet de la **responsabilité** des professionnels quant à la **continuité des soins**. Cette question est importante et doit être au centre des réflexions.

Stabilité des équipes et interactions fréquentes nécessaires pour l'optimisation des rôles

L'optimisation des rôles professionnels repose sur la **connaissance et la compréhension mutuelle des champs d'expertise**. Bien que les rôles professionnels soient définis formellement (au sein de la profession et des GMF), une partie de la définition des rôles reste informelle. Il existe une **variabilité** dans la manière d'exercer son rôle qui est liée à la composition des équipes, mais aussi aux **expériences et aux intérêts spécifiques des professionnels**.

Pour cette raison, les professionnels ont besoin de mieux connaître les rôles de chacun et d'apprendre à travailler ensemble, ce qui requiert des **échanges sur une base régulière** à la fois **formels** (par des rencontres interprofessionnelles et des outils comme le dossier médical électronique (DMÉ) partagé) et **informels**. Les échanges informels, facilités par la présence des professionnels dans un espace physique partagé, permettent de développer une **relation de confiance** entre professionnels et une bonne **cohésion d'équipe**. Ainsi, pour obtenir une stabilité dans le partage des rôles et les services offerts, une **stabilité des équipes est primordiale**.

Bien qu'avantageuse, le partage d'un espace physique n'est pas l'unique solution; l'essentiel pour optimiser les rôles et le modèle interprofessionnel réside plutôt dans la **connexion et la possibilité d'interactions régulières** entre les professionnels. D'autres modèles interprofessionnels existent et devraient être réfléchis au regard de la complexité des problématiques de la population desservie (4).

Compétences spécifiques requises pour travailler en contexte innovant

Travailler au sein d'un contexte innovant comme celui du modèle Archimède présente de nombreux défis qui demandent de la **flexibilité**, de l'**autonomie** et de l'**engagement** de la part des professionnels.

Cela requiert d'autres **compétences** qui ne relèvent pas uniquement du domaine clinique pour leur permettre **d'organiser leur travail**, de **collaborer** avec les autres professionnels ainsi que de prendre en considération les enjeux organisationnels et d'autres parties prenantes (p. ex. gestionnaires, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)) qui influencent les pratiques professionnelles.

Cette question de compétences soulève deux enjeux principaux : celui du **recrutement des professionnels** au sein de ces modèles, ainsi que celui de la **formation et du développement des compétences non cliniques**.

Concernant le recrutement, la **logique syndicale** actuelle est ancrée dans une **logique de qualification**, validant un éventail de compétences professionnelles reliées à l'acquisition d'un diplôme dans une discipline. Cette logique présente **quelques limites** pour recruter des professionnels dans un contexte innovant, car elle ne permet pas de prendre en compte les compétences non cliniques.

Le développement de **rôles** spécifiques liés à la **coordination des équipes et des services** est essentiel pour faciliter le travail interprofessionnel et assurer la pertinence et la continuité des soins. Le projet Archimède a, en effet, révélé l'importance du rôle de coordination pour faciliter la collaboration interprofessionnelle, développer des pratiques d'optimisation des rôles, transmettre les valeurs et la vision commune du modèle et assurer la formation des professionnels et agentes administratives. Les pratiques de **mentorat** par des professionnels plus expérimentés ont également joué un rôle crucial dans le développement des compétences.

Intégration limitée du social dans les modèles interprofessionnels

Les professionnels des services sociaux (p. ex. travailleurs sociaux, psychologues) et les professionnels des autres secteurs de la santé (p. ex. réadaptation) ne sont **généralement pas intégrés** dans les **prises de décisions** quant à l'organisation du travail au sein des cliniques et sont **sous-représentés** dans les réflexions sur l'organisation des soins en première ligne.

Par conséquent, il est difficile d'utiliser adéquatement l'ensemble des champs d'expertise des professionnels et d'optimiser leurs rôles, ce qui se répercute sur la prise en compte de l'ensemble des besoins des usagers dans une perspective **biopsychosociale**.

Pertinence, accessibilité et disponibilité des données d'évaluation des modèles

Développer les modèles interprofessionnels requiert de réfléchir aux **indicateurs** les plus pertinents pour la population ainsi que pour les professionnels, et les plus efficaces quant à l'utilisation des coûts des services de santé et des services sociaux. Ces indicateurs doivent s'accompagner de méthodes de **reddition de compte et de collecte de données** adéquates. À l'heure actuelle, l'évaluation de l'utilisation et des coûts des services de santé est **restreinte à la logique de facturation à l'acte** (notamment médical) et ne permet pas de rendre compte des pratiques de tous les professionnels de la santé au sein des modèles interprofessionnels.

En dehors du DMÉ, qui n'a pas été conçu dans cette logique de reddition de compte et ne peut donc être considéré comme fiable pour cet objectif, **il n'y a pour l'instant pas d'autre outil** pour apprécier l'utilisation des services des autres professionnels de la santé et des services sociaux. Il devient ainsi nécessaire de **développer de nouveaux systèmes** de suivi des données accompagnant le développement de modèles interprofessionnels.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Ces constats permettent de mettre en lumière les éléments clés à considérer dans l'analyse du fonctionnement du modèle GMF ainsi que dans le développement de nouveaux modèles interprofessionnels. Toutefois, il est essentiel de prendre en considération d'autres enjeux qui viennent fortement influencer le fonctionnement des modèles :

- La cohabitation de la logique privée et publique inhérente au modèle GMF;
- La cohabitation de différentes logiques professionnelles, des disparités dans la définition formelle de leur contribution dans les soins primaires et des responsabilités différentes;
- Les différences de pouvoir et de représentation des différents groupes professionnels aux instances de gouvernance politique, organisationnelle, et à l'échelle des cliniques;
- Le défi d'intégrer des citoyens et des usagers partenaires dans les instances de gouvernance.

En ce sens, la **coproduction** des services permettrait de tenir compte de ces multiples enjeux en incluant l'ensemble des acteurs impliqués dans la définition et l'opérationnalisation des services. La coproduction permet de créer des services plus flexibles et efficaces et est basée sur le principe de la participation démocratique et de **l'implication d'acteurs habituellement non représentés** (6). Il est particulièrement essentiel d'intégrer les professionnels de toutes disciplines ainsi que les usagers dans la conception, l'implantation et la coordination des modèles de soins innovants en santé et services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Aggarwal, M. et, Hutchison, B. (2012). Toward a primary care strategy for Canada. Ottawa (CA) : Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
2. Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D. et al. (2014). Optimizing scopes of practice : New models of care for a new health care system. Ottawa (CA): Canadian Academy of Health Sciences.
3. Plourde, A. (2022). Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : un modèle à revoir en profondeur. Montréal : Inst Rech Inf Socioéconomiques, p. 1-25. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/>
4. Côté, N., Freeman, A., Jean, E., Dumont, S., Laberge, M. et Duhoux, A. et al. (2022). Projet pilote Archimède : les facteurs contributifs à l'optimisation du travail d'équipe - Enjeux d'optimisation des rôles professionnels, de collaboration interprofessionnelle et d'accessibilité à des soins et des services de santé. VITAM.
5. Frikha, Y., Freeman, A. R., Côté, N., Charette, C. et Desfossés, M. (2024). Transformation of primary care settings implementing a co-located team-based care model : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(890):1-25. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11291-7>
6. Côté, N. et, Denis, J. L. (2024). Situations of anomie and the health workforce crisis : Policy implications of a socially sensitive and inclusive approach to human resources. *Int J Health Plann Mgmt*, 39:898-905.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Côté, N., Freeman, A., Jean, E. et Denis, J. L. (2019). Advanced practice nursing: Qualitative study of implications for family physicians' perceptions of their own work. *Canadian Family Physician*, 65(8):356-362.
- Côté, N., Jean, E., Freeman, A., Denis, J. L. (2019). New understanding of Primary Health Care Nurse Practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(882):1-10

Le modèle de financement de la première ligne au Québec : frein ou levier pour l'accessibilité et la qualité des soins?

Maude Laberge^{1,2,3,4} et **Balkissa Tonde**^{3,4,5,6}

¹ Département de médecine préventive et sociale, Université Laval

² Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval

³ VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

⁴ Centre de Recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

⁵ Département des opérations et des systèmes de décision, Université Laval

⁶ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Le financement de la première ligne au Québec, marqué par des réformes, repose sur un modèle hybride qui combine des fonds publics et privés (1) et couvre 80 % des besoins de la population (2).
- Malgré son rôle stratégique, la première ligne représente seulement 8 % à 10 % des dépenses publiques totales en santé (3), un niveau insuffisant pour couvrir adéquatement les services essentiels tels que la physiothérapie et la psychothérapie.
- L'augmentation des dépenses en première ligne a principalement bénéficié aux groupes de médecine de famille (GMF) et à la rémunération des médecins, sans améliorer l'accessibilité aux soins primaires. Entre 2020 et 2021, le transfert de 340 millions de dollars des Centres locaux de services communautaires (CLSC) vers les GMF a été associé à une réduction de 42 % des heures consacrées aux services sociaux et de 52 % des services psychosociaux (4).
- Bien que financés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et bénéficiant de subventions publiques, les GMF fonctionnent comme des entreprises privées, avec 73,8 % d'entre eux détenus par des intérêts privés, contre 11,3 % de GMF publics et 14,9 % de GMF mixtes (4).
- L'absence d'audits réguliers et les obstacles juridiques limitent le suivi des flux financiers des GMF; cette opacité entrave l'efficacité des ressources publiques et soulève des préoccupations quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Bien que le système combinant financements public et privé présente une certaine flexibilité, il engendre des tensions significatives liées à l'équité, la transparence et l'efficacité des ressources publiques et à la qualité des soins.

- **Équité dans l'accès aux soins** : Environ 60 % des GMF fonctionnent sous forme de sociétés par actions contrôlées par des investisseurs privés, ce qui peut être

- au détriment de l'accessibilité universelle (5). De plus, plusieurs services essentiels en première ligne, tels que les médicaments, les soins dentaires, la psychothérapie et la physiothérapie, restent partiellement couverts par l'assurance publique, limitant l'accès aux soins pour les personnes à faible revenu.
- Entre 2001 et 2019, l'offre de services de physiothérapie et de psychothérapie dans le réseau public a diminué de 20 %, tandis que l'offre dans le secteur privé a connu une augmentation de 74 % (6). Cette migration vers le privé, où plus de 50 % des physiothérapeutes et psychologues exercent, restreint l'accessibilité pour les personnes sans assurance privée. Parallèlement, la demande en santé mentale a connu une forte augmentation, avec 18 % des consultations en médecine familiale en 2021-2022 liées à des troubles mentaux, un taux atteignant 39 % chez les jeunes adultes (7). Le sous-financement public de ces services entraîne un recours accru aux hospitalisations et aux urgences alors qu'un accès élargi aux services de psychothérapie permettrait de réduire les hospitalisations de 22 % et les consultations médicales de 8 % (8).
 - **Efficiencia des ressources publiques** : Entre 2009-2010 et 2019-2020, le coût par habitant de la rémunération des médecins a augmenté de 32 %, alors que les dépenses consacrées aux autres programmes en santé et services sociaux n'ont progressé que de 13 % (9). Cette hausse s'est traduite par une augmentation de 21,72 % de l'enveloppe budgétaire allouée aux médecins omnipraticiens entre 2015-2016 et 2019-2020. En parallèle, 52,9 % des médecins de famille étaient incorporés en 2021, entraînant des pertes fiscales estimées à 80 millions de dollars pour les gouvernements fédéral et provincial (10). En outre, les restrictions d'accès à d'autres professionnels de la santé, tels que les psychologues, physiothérapeutes et dentistes, accentuent la demande pour des services médicaux couverts à 100 % par l'assurance publique.
 - **Transparence** : La gestion des GMF suscite des inquiétudes quant à l'utilisation des fonds publics. En effet, les GMF n'ont pas à rendre de compte de leurs dépenses permettant de comprendre les proportions du financement public servant à de la gestion administrative, à l'achat d'équipement, ou se transformant en profit pour les propriétaires. Les audits sont rares et des obstacles juridiques nuisent au suivi des flux financiers (4).
 - **Qualité des soins** : Le financement actuel de la première ligne intègre **peu d'indicateurs de qualité des soins, et il existe peu de mesures pour en assurer le suivi**. Un exemple marquant concerne le réseau Forcemedic, où, entre 2017 et 2019-2020, 87 patients ont été exposés à des risques graves de transmission de maladies infectieuses en raison de l'utilisation d'instruments non stérilisés⁵. Bien que les tests aient été négatifs, cet incident souligne des failles majeures dans les protocoles de qualité et de sécurité des patients. Par ailleurs, la pression financière sur certains établissements favorise des pratiques préoccupantes, telles que des consultations médicales extrêmement brèves, parfois réalisées sans examen clinique adéquat. Ces pratiques ont conduit à des erreurs diagnostiques, notamment des cas de pneumonie non détectés (5). L'absence de mécanismes de contrôle rigoureux favorise également la multiplication des consultations facturées à la RAMQ (11), un phénomène qui, au-delà des coûts engendrés, compromet la mission du GMF et la sécurité des patients.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Le financement de la première ligne de soins est marqué par une absence de vision à long terme et une gestion réactive, entraînant des retards dans l'élargissement de l'accès aux soins, notamment en santé mentale, en soins à domicile et en modernisation numérique. Malgré des investissements croissants pour l'accès aux soins de première ligne, 8 milliards de dollars alloués à la première ligne et à la santé publique en 2021-2022 (27 % des dépenses en santé), les déséquilibres systémiques persistent (12,13).

Ce montant inclut 5,7 milliards de dollars alloués aux organismes communautaires et aux CLSC, ainsi que 2,3 milliards de dollars issus des centres d'activité à missions multiples. La corporisation des GMF, dont plusieurs sont contrôlés par des investisseurs non-médecins (Forcemedic, Telus, Innovation Tootelo), accentue cette dynamique, ces cliniques recevant 298,6 millions de dollars de subventions publiques en 2024 tout en favorisant des logiques de rentabilité(4,5). L'opacité des structures administratives de certains GMF, combinée à l'absence d'audits rigoureux, aggrave ces dérives. Par ailleurs, la démocratisation des technologies et un décret dans le contexte de la pandémie à la COVID-19 ont favorisé l'utilisation de la téléconsultation en soins primaires, avec 12 % des consultations réalisées à distance en 2024. Bien qu'elle soit reconnue comme un levier stratégique pour désengorger les urgences, la réforme des tarifs pose un défi majeur. Le gouvernement a proposé des honoraires à 7,46 \$ pour une consultation téléphonique de cinq minutes et 9,95 \$ pour une consultation vidéo en cabinet contre 20 \$ à 50 \$ auparavant, ce que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a jugé « dérisoire » (14). Dans un contexte marqué par une rareté de médecins de famille, ces mesures pourraient contraindre davantage de patients à se déplacer en cabinet, aggravant les délais d'accès et la pression sur un système déjà saturé.

Ces constats révèlent des dynamiques qui compromettent non seulement l'efficacité de la première ligne et détériorent la confiance des patients, mais aussi l'équité et la qualité globale du système de santé québécois.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les mécanismes de financement de la première ligne au Québec ne sont pas optimaux pour favoriser l'accès en temps opportun, la transparence, la qualité des soins et l'efficacité. L'évaluation de l'efficacité des soins et de leur impact sur l'utilisation des services, notamment les urgences, demeure complexe. De plus, l'expansion des prestataires non affiliés à la RAMQ impose des frais aux patients, ce qui engendre des iniquités d'accès.

Recommandations

Un financement populationnel inspiré du modèle des écoles : Une gestion plus transparente et imputable des ressources allouées aux GMF est essentielle pour assurer une utilisation efficace des fonds publics. Ce modèle devrait intégrer des incitatifs axés sur l'efficacité clinique, la continuité des soins et la qualité des services offerts et qui favorisent la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge des populations vulnérables.

Renforcement des CLSC : Une réallocation équitable des ressources humaines et financières en faveur des CLSC permettrait de consolider leur rôle en première ligne. Une meilleure collaboration avec les GMF, tout en maintenant des budgets distincts,

favoriserait une meilleure coordination, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques ou nécessitant des soins psychosociaux.

Couverture publique des soins en psychothérapie et physiothérapie : L'intégration de ces services au réseau public réduirait la pression sur les consultations médicales. Des initiatives internationales, comme en Australie et en Angleterre, ont démontré qu'un financement accru de ces services réduit la pression sur les soins médicaux et améliore la santé populationnelle.

Suivi d'indicateurs de performance et évaluation des politiques mises en œuvre : L'utilisation d'indicateurs de performance (continuité des soins, expérience patient, équité d'accès et efficacité globale) permettrait un suivi de l'efficacité des soins primaires. Par ailleurs, les politiques de financement et d'organisation des soins primaires devraient être évaluées afin d'en mesurer les effets et d'apporter les ajustements nécessaires. Des évaluations empiriques permettraient d'ajuster les politiques en fonction des résultats et de s'assurer que les incitatifs financiers soient alignés sur les objectifs de santé publique.

Promotion de l'innovation technologique : Le financement ne devrait pas représenter une barrière à l'intégration et à l'adoption d'innovations qui ont une contribution démontrée à l'efficacité de la première ligne. Notamment, le financement relié à la téléconsultation est à revoir pour améliorer l'accès aux soins, et les conditions doivent promouvoir une accessibilité inclusive et équitable.

RÉFÉRENCES

1. Laberge, M. & Poirier, A. Le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
2. Smithman, M. A., Lamoureux, L. C., Dionne, É., Deslauriers, V. & Breton, M. L'accès aux services de première ligne au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
3. Breton M, Beaulieu MD. La Presse. 2024 [cited 2024 Dec 8]. Système de santé : Pour une première ligne qui répond aux besoins de la population. Available from: <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2024-06-04/systeme-de-sante/pour-une-premiere-ligne-qui-repond-aux-besoins-de-la-population.php>.
4. Anne Plourde. Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence Un modèle à revoir en profondeur [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS); 2022 [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://iris-recherche.gc.ca/wp-content/uploads/2022/05/GMF-note_web2.pdf.
5. Malboeuf MC. Dossier : Investisseurs cherchent cliniques « RAMQ » (4 articles). La Presse. 2024 [cited 2024 Nov 18]; Available from: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/investisseurs-cherchent-cliniques-ramq/2024-11-05/ou-va-l-argent-des-gmf.php>.
6. Lavoie-Moore M. Les services professionnels de santé [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; 2022. Available from: https://iris-recherche.gc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS_Serie_privée_santé_professionnels_FICHE3_VF.pdf.

7. Bibliothèque de l'Assemblée nationale. Matière à réflexion : l'accès aux soins de psychothérapie au Québec [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://premierelecture.bibliotheque.assnat.qc.ca/2023/01/16/matiere-a-reflexion-laces-aux-soins-de-psychotherapie-au-quebec/>.
8. INESSS. Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec [Internet]. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2018. Available from: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf.
9. Vérificateur général du Québec. Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. In: Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022 [Internet]. Ministère de la Santé et des Services sociaux Secrétariat du Conseil du trésor Institut de la pertinence des actes médicaux; 2021. Available from: https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/174/32347_vgq_ch06_juin-2021_web.pdf.
10. Plourde A. Les coûts élevés de la « médecine inc. ». Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2022 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/les-couts-eleves-de-la-medecine-inc/>.
11. Hébert G. La rémunération médicale au Québec : un problème à régler [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; 2018 [cited 2024 Nov 12]. Available from: https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Remuneration_mediacaale_final_web.pdf.
12. Collège des médecins du Québec. Un plan et du financement. Collège des médecins du Québec. 2022 [cited 2025 Jan 24]. Available from: <https://www.cmq.org/fr/actualites/un-plan-et-du-financement>.
13. Plourde A, Lavoie-Moore M, Hébert G. Six remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2023 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/>.
14. Cousineau ME. Les téléconsultations menacées à partir du 1er janvier. La Presse. 2024 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-25/les-teleconsultations-menacees-a-partir-du-1er-janvier.php>.

Les effets pervers de la rémunération des médecins de famille au Québec

Maude Laberge, Ph. D.^{1,2,3,4} et **Balkissa Tonde, Ph. D. (c)**^{3,4,5,6}

¹ Département de médecine préventive et sociale, Université Laval

² Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval

³ VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

⁴ Centre de Recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

⁵ Département des opérations et des systèmes de décision, Université Laval

⁶ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

FAITS SAILLANTS

- En 2024, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a estimé le nombre de médecins de famille en pratique à 9 887, et considérait qu'il en manquait plus de 1500 (1).
- Bien que le nombre de médecins de famille par 100 000 habitants ait augmenté de 140 %, passant de 55 en 1975 à 132 en 2021 (2), cette croissance n'a pas suffi à compenser l'augmentation de la demande de services. En 2024, 2,3 millions de Québécois, soit 27 % de la population, n'ont toujours pas de médecin de famille (3).
- Entre 2019 et 2024, le taux d'inscription des patients à un médecin de famille a chuté de 82 % à 73 % (4), tandis que la désaffiliation des médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a augmenté de 307 % au cours des 15 dernières années (5).
- Le paiement à l'acte représente 70 % de la rémunération des médecins de famille (6). En 2022-2023, 68,7 % des médecins ont facturé en moyenne 231,3 jours à la RAMQ, tandis que 31,3 % ont facturé moins de 175 jours (1). Leur rémunération brute moyenne au Québec (384 305 \$) dépasse celle de la moyenne canadienne (354 115 \$) et de l'Ontario (333 422 \$), soit 15,26 % de plus que leurs homologues ontariens (7).

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les mécanismes de rémunération et enjeux théoriques

Au Québec, la rémunération des médecins de famille repose principalement sur la rémunération à l'acte, avec une part marginale pour la capitation et le salaire (8). Le paiement à l'acte basé sur une facturation individuelle des consultations accroît la productivité, mais peut induire une surutilisation des services et nuire à l'efficacité du système de santé (6,9). La capitation, fondée sur une rémunération forfaitaire par patient inscrit, offre une stabilité budgétaire et favorise une approche préventive, mais son efficacité dépend d'un ajustement aux besoins des patients (6,10). **Le paiement du salaire repose sur un montant fixe** établi sur une base horaire ou annuelle,

indépendamment du volume de services rendus ou du nombre de patients traités (6). **Ce modèle a été aboli en 2011 et seuls les médecins qui étaient salariés (soit ceux pratiquant en centre local de services communautaires (CLSC)) avant cette date peuvent le demeurer** (8). Toutefois, l'absence de lien avec la productivité et le contrôle des coûts médicaux pouvait entraîner une inefficience financière pour le système de santé (10).

Enjeux de la rémunération des médecins de famille au Québec

Au Québec, la rémunération des médecins de famille représente des dépenses de 3,6 milliards de dollars en 2021-2022, dont 72 % sous forme de paiement à l'acte et 28 % sous d'autres modes de rémunération (11,12). Pour améliorer l'accès aux soins, des mesures incitatives, telles que les primes d'inscription des patients (980,5 millions de dollars entre 2016 et 2019), ont été instaurées (13). De plus, les obligations imposées aux médecins de famille affiliés à la RAMQ en début de carrière, notamment les activités médicales particulières, limitent leur disponibilité pour les soins de première ligne. Ainsi, 51 % des omnipraticiens exercent en deuxième ligne et consacrent 25 % de leur temps aux tâches administratives, ce qui réduit significativement l'offre de soins primaires (1,15). En 2021, le gouvernement a instauré les guichets d'accès à la première ligne (GAP) qui ont permis d'orienter 43 % des patients vers un médecin, mais sans augmenter la capacité globale du système (16). Parallèlement, la désaffiliation des médecins de la RAMQ accentue la pénurie en soins primaires et favorise l'essor des cliniques privées, notamment à Montréal et à Québec, où environ 80 établissements opèrent hors du régime public (5). Ces médecins désaffiliés à la RAMQ fixent librement leurs honoraires, généralement largement plus élevés que ceux du régime public, augmentant le coût des soins pour les patients.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Bien que le mode de rémunération des médecins de famille influence leur pratique ainsi que l'organisation des soins, il ne constitue pas le seul facteur déterminant. La pratique médicale repose aussi sur des normes professionnelles, des valeurs éthiques, les attentes des patients et les structures organisationnelles.

La pratique des médecins

Le paiement à l'acte s'est avéré souvent incompatible avec une organisation des soins fondée sur la collaboration interprofessionnelle, pourtant essentielle pour répondre aux besoins complexes des patients (12,17). Par ailleurs, avec les années, le paiement à l'acte s'est beaucoup complexifié au Québec avec des codes de facturation distincts pour une consultation selon des caractéristiques des patients, telles que l'âge ou le statut de vulnérabilité. Toutefois, certaines activités réalisées par les médecins ne sont pas codifiables, ce qui peut donner l'impression d'un travail non rémunéré. Cette situation influence les pratiques médicales, incitant certains médecins à privilégier les actes mieux rémunérés par rapport à l'effort requis. De plus, l'hétérogénéité des revenus chez les médecins de famille ne reflète pas uniquement le temps de travail, mais aussi une adaptation stratégique aux modes de rémunération, affectant potentiellement l'équité et l'efficacité du système de santé.

Sur les patients

Certains patients se sentent traités comme des clients et dénoncent une déshumanisation des soins¹⁸. En effet, la structure tarifaire actuelle ne tient pas toujours compte des besoins complexes de certains patients, notamment ceux nécessitant un suivi prolongé ne répondant pas aux critères de vulnérabilité de la RAMQ. En conséquence, ces patients peuvent recevoir une prise en charge inadéquate. Face aux difficultés d'accès aux médecins de famille, de nombreux Québécois se tournent vers les urgences. Bien que la cible d'assiduité de 80 % instaurée en 2018 ait été atteinte (19), 72 % des visites aux urgences pour des problèmes non prioritaires en 2018-2019 concernaient des patients inscrits auprès d'un médecin de famille (20). Pour améliorer l'accès, le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a été mis en place, avec 500 millions de dollars alloués pour réduire les listes d'attente. Cependant, son efficacité en matière de continuité des soins et d'équité régionale reste encore à démontrer (12,21). Cette situation est particulièrement critique dans les régions où les patients en attente d'un médecin de famille sont nombreux. En 2024, plusieurs régions comptaient un grand nombre de patients en attente d'un médecin, notamment Pierre-Boucher (41 345 patients), Alphonse-Desjardins (39 734) et Rivière-du-Nord/Mirabel-Nord (30 201) (3). Toutefois, au-delà des difficultés d'inscription à un médecin de famille, l'absence de régulation sur les prix des consultations des médecins désaffiliés favorise les patients ayant une meilleure capacité de payer, ce qui engendre des iniquités d'accès aux soins.

Sur le système de santé

La rémunération des médecins de famille présente des failles systémiques, notamment un suivi insuffisant de la facturation soumise à la RAMQ, favorisant les erreurs et les fraudes¹⁷. Les contrôles effectués par la RAMQ sont de deux types. Les contrôles a priori, essentiellement informatiques, ne tiennent pas compte des risques liés aux pratiques de facturation, bien que ces dépenses représentent 62 % du budget de la RAMQ (22). Les contrôles a posteriori, basés sur l'examen des dossiers et la validation des services, sont rares, touchant seulement 2 % des médecins en 2014 et se limitant souvent à un seul code d'acte (22). Cette dynamique engendre une inefficience systémique, avec des conséquences directes sur la gestion optimale des ressources publiques. Cependant, la FMOQ attribue ces dysfonctionnements non seulement au modèle de rémunération, mais aussi aux lacunes organisationnelles du système de santé (23).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les médecins de famille jouent un rôle central dans le système de santé québécois, mais les mécanismes de rémunération actuels présentent des limites qui affectent leur pratique, l'accès des patients aux soins et l'efficacité du système dans son ensemble. Une réforme structurelle est nécessaire pour aligner leur rémunération avec les objectifs d'accessibilité, d'équité et de qualité des soins.

Recommandations

1. **Offrir plusieurs modèles de rémunération et de pratique** pour mieux répondre à la diversité des préférences et des pratiques. Les modèles seraient tous mixtes, mais chacun avec un mécanisme dominant (capitation, paiement à l'acte, salaire).
2. **Privilégier une capitation ajustée au risque** pour les patients inscrits et dont le suivi est prévu à long terme. Le montant devrait couvrir les services de soins

- primaires courants, qui pourraient être dispensés selon la modalité la plus pertinente au contexte (présentiel, consultation par vidéo, téléphone, etc.).
3. **Introduire des primes de performance basées sur les meilleures pratiques cliniques**, notamment pour la prévention (p. ex. dépistage du cancer) et la gestion des maladies chroniques pour les patients inscrits. Les primes pourraient être applicables au médecin ou à la clinique selon les activités considérées et pour encourager la collaboration interdisciplinaire.
 4. Privilégier le paiement à l'acte pour des patients non-inscrits, à l'extérieur de leur territoire au moment d'accéder aux soins (p. ex. en vacances) ou pour des actes rares en soins primaires et donc exclus du panier de capitation.
 5. Diminuer le nombre de codes de facturation pour le paiement à l'acte.
 6. **Revoir les activités médicales particulières** pour permettre plus d'agilité et mieux répondre aux préférences des médecins et aux besoins en soins primaires.
 7. **Améliorer la transparence** de la pratique médicale avec des mécanismes de collecte et de diffusion (tableaux de bord publics) de données robustes et des indicateurs de qualité de soins pertinents.
 8. **Encadrer la pratique des médecins désaffiliés de la RAMQ**, notamment au niveau des prix afin de diminuer son attractivité.

RÉFÉRENCES

1. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Portrait 2024 de la médecine de famille au Québec. *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* <https://www.fmoq.org/dossier-actualites/portrait-2024-de-la-medecine-de-famille/> (2024).
2. Fortin, B., Ndoutoumou, J., Gbeto, J. & Laberge, M. *Impact Des Mesures Incitatives et Coercitives Sur Le Lieu de Pratique Des Nouveaux Médecins de Famille*. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2025RP-02.pdf> (2025).
3. Leway, É. Y. 2,3 millions de Québécois sans médecin de famille : « On n'est pas des trous de cul », plaide un médecin qui vient de prendre sa retraite de la RAMQ à 69 ans | JDM. <https://www.journaldemontreal.com/2024/03/23/23-millions-de-quebecois-sans-medecin-de-famille--on-nest-pas-des-trous-de-cul-plaide-un-medecin-qui-vient-de-prendre-sa-retraite-de-la-ramq-a-69-ans> (2024).
4. Institut de la statistique du Québec (ISQ). Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. (2024).
5. Leway, É. Y. Médecine privée : plus de 500 médecins de famille ont quitté la RAMQ. *Le Journal de Montréal* <https://www.journaldemontreal.com/2024/02/01/medecine-privee--plus-de-500-medecins-de-famille-ont-quitte-la-ramq> (2024).
6. Laberge, M. & Poirier, A. Le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
7. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données nationale sur les médecins — données sur les paiements, 2022–2023. *ICIS* <https://www.cihi.ca/fr/medecins#report> (2024).

8. Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). *La Rémunération Des Médecins*. <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/MemoireRemunerationMedecin.pdf> (2019).
9. Léger, P. T. & Strumpf, E. Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux. in *Système de paiement des médecins : Bref de politique* (2011).
10. Thomas, P. & Strumpf, E. *Système de Paiement Des Médecins : Bref de Politique*. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2010RP-12.pdf> (2010).
11. ICIS. Enquête du Fonds du Commonwealth, 2023. <https://www.cihi.ca/fr/une-enquete-internationale-revele-que-le-canada-accuse-un-retard-au-chapitre-de-lacces-aux-soins-de> (2024).
12. Contandriopoulos, D. et al. *Analyse Des Impacts de La Rémunération Des Médecins Sur Leur Pratique et La Performance Du Système de Santé Au Québec*. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/05/2015_d.contandriopoulos_remun-med_rapport-annexes.pdf (2018).
13. Vérificateur général du Québec. Mesure de l'accès Aux Soins de Santé et Aux Services Sociaux : Indicateur. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf (2020).
14. MSSS. Lois favorisant l'accès à des services de médecine de famille et de médecine spécialisée. (2014).
15. FMOQ. Écart important entre les données de l'ICIS et les données réelles sur les médecins de famille en exercice au Québec. (2023).
16. Cousineau, M.-E. Les téléconsultations menacées à partir du 1er janvier. La Presse <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-25/les-teleconsultations-menacees-a-partir-du-1er-janvier.php> (2024).
17. Hébert, G. La rémunération médicale au Québec : un problème à régler. (2018).
18. Bazzo, M.-F. On nous avait promis un médecin de famille. La Presse <https://www.lapresse.ca/dialogue/chroniques/2024-10-22/on-nous-avait-promis-un-medecin-de-famille.php> (2024).
19. RAMQ. Remplacement du taux de prise en charge par le taux d'assiduité aux fins du calcul des suppléments au volume de patients inscrits. (2017).
20. Vérificateur général du Québec. Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022* (Ministère de la Santé et des Services sociaux Secrétariat du Conseil du trésor Institut de la pertinence des actes médicaux, 2021).
21. ICI.Radio-Canada.ca, Z. P. Près de 500 millions \$ de primes en jeu pour les médecins de famille. *Radio-Canada* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2071178/primes-medecins-famille-christian-dube> (2024).
22. Vérificateur général du Québec. *Rémunération Des Médecins : Administration et Contrôle*. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap03.pdf (2015).
23. Poudrier, J.-F. & Gravel, J. Portrait actuel des médecins au Québec : « Ce n'est pas la réalité », plaide la FMOQ. *Noovo Info* <https://www.noovo.info/nouvelle/portrait-actuel-des-medecins-au-quebec-ce-nest-pas-la-realite-plaide-la-fmoq.html> (2024).

Territoires locaux et intégration des services

Une première ligne médicale en mode prépondérant

Prestations de soins et services

Voix disciplinaires

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Vieillir chez soi au Québec : un objectif réalisable ou une chimère face au manque de soins à domicile

Amélie Quesnel-Vallée, Département d'équité, d'éthique et de politiques

Clara Bolster-Foucault, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail

Claire Godard-Sebillotte, Département de médecine, division de gériatrie

Isabelle Vedel, Département de médecine de famille

Université McGill

FAITS SAILLANTS

- Les services de soutien à domicile (SAD) représentent une composante importante dans le continuum de soins de première ligne pour les personnes âgées au Québec.
- Les SAD au Québec sont sous-financés par rapport aux autres provinces et territoires du Canada ainsi qu'au niveau international.
- La demande pour les SAD pour les personnes âgées dépasse la disponibilité de ces services.
- La majorité des personnes âgées souhaitent vieillir chez soi, et un grand nombre n'ont pas accès à un soutien adéquat pour gérer une perte d'autonomie.
- Cette situation entraîne des admissions évitables dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et une augmentation des hospitalisations et du recours aux soins d'urgence.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Le vieillissement de la population québécoise est une tendance démographique qui aura des conséquences importantes sur le système de santé. Selon les projections, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 21,1 % en 2024 à 27 % en 2066, ce qui entraînera une augmentation significative des besoins en soins continus.(1) La grande majorité des personnes âgées du Québec souhaitent vieillir dans leur domicile ou du moins dans leur communauté, suivant le concept de « vieillir chez soi ».(2) Dans ce contexte, le soutien à domicile joue un rôle essentiel en permettant aux personnes âgées en perte d'autonomie de vieillir chez elles.(3)

Les services de soutien à domicile (SAD), incluant l'aide à domicile, les soins infirmiers, les soins professionnels et de réadaptation, et le soutien aux proches aidants, représentent une composante essentielle du continuum de soins pour les personnes âgées au Québec, en complément des services offerts par l'équipe multidisciplinaire de soins de première ligne, notamment en GMF et CLSC. Les SAD sont particulièrement intégrés aux services offerts par les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), qui visent à répondre aux besoins des aînés vivant avec une perte

d'autonomie. Ces services permettent non seulement d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en leur offrant des services sociaux personnalisés adaptés, mais aussi de retarder ou d'éviter l'admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Depuis la première stratégie gouvernementale sur les SAD en 1979 et la politique subséquente *Chez soi : le premier choix* en 2003, le Québec a reconnu l'importance des soins à domicile pour favoriser le vieillissement chez soi.(4) Cependant, malgré l'objectif de développer ces services, des défis persistent en matière de financement, d'accessibilité et d'intégration des SAD dans l'écosystème de soins de première ligne pour les personnes âgées. L'offre des SAD actuelle repose sur un réseau fragmenté de prestataires publics, privés et communautaires, ce qui rend l'accès difficile et inégal et complique la coordination des services. L'absence d'intégration claire des SAD dans les soins de première ligne limite leur efficacité et leur portée, créant des ruptures dans la continuité des soins et compliquant le parcours de soins des personnes âgées.

Cette situation met en évidence une rupture entre les besoins de la population et l'organisation actuelle des soins de première ligne pour les personnes âgées au Québec. Il est donc essentiel de poursuivre les efforts pour renforcer l'offre des SAD dans le cadre des programmes SAPA et d'assurer l'intégration efficace des SAD dans un système de soins de première ligne durable et adapté aux réalités démographiques actuelles.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Un pivot essentiel, mais sous-financé

Le développement des SAD est un élément clé pour répondre aux besoins croissants liés au vieillissement de la population. Malgré des investissements accrus dans les dernières années, le financement des SAD au Québec demeure insuffisant pour répondre à la demande. La province consacre seulement 20 % des dépenses de soins de longue durée aux SAD, tandis que 80 % sont alloués aux CHSLD.(5) Cette proportion est bien plus basse que la moyenne des pays de l'OCDE, où 30 % des dépenses sont dédiées aux soins à domicile et 65 % aux soins institutionnels. De plus, avec un investissement de seulement 259 \$ par personne en soins et services à domicile, le Québec se classe parmi les provinces canadiennes les moins bien financées en matière des SAD, occupant le 11^e rang sur 13.(3)

Un accès limité entraînant de longues attentes

Le sous-financement des SAD entraîne des difficultés d'accès aux services, de longues listes d'attente et des retards à l'obtention des services. Actuellement, 16 600 personnes sont en attente de leur premier service de soutien à domicile, et 3 300 personnes attendent une place en CHSLD.(6) Bien que la satisfaction des usagers des SAD soit généralement élevée, la majorité d'entre eux ne reçoit pas la quantité de services requise pour répondre adéquatement à leurs besoins. Par ailleurs, seulement 10 % des usagers des SAD reçoivent jusqu'à 70 % des interventions dispensées, ce qui laisse un grand nombre de besoins non comblés.(7)

Une intégration déficiente des SAD dans les soins primaires

L'absence d'une intégration efficace des SAD dans le réseau des soins de première ligne complique la navigation dans le système pour les patients et leurs proches.(8) Il est difficile d'accéder aux SAD directement à partir des soins primaires ou du domicile, alors les

usagers doivent passer par les soins d'urgence et être hospitalisés pour être priorisés. De plus, les intervenants des SAD n'ont pas toujours accès au dossier médical des patients, ce qui complique la coordination et entraîne une duplication des interventions. En effet, les évaluations fonctionnelles sont souvent répétées entre différents milieux de soins. Ce manque de coordination entre les services nuit à la continuité des services et complique la tâche des professionnels de la santé qui doivent souvent gérer les SAD en silo, sans une vision globale.(7)

Des contraintes organisationnelles limitant l'efficacité des SAD

L'organisation des SAD elle-même constitue un frein à l'optimisation des soins. Une grande partie du temps des professionnels de santé est consacrée à des tâches administratives, au transport entre les visites ou à des activités de supervision, réduisant ainsi la proportion de temps réellement passé auprès des usagers. Ces tâches indirectes représentent jusqu'à 60 % du temps des intervenants.(7) De plus, des pénuries de main-d'œuvre, des conditions de travail précaires et un taux de roulement élevé du personnel accentuent ces défis et rendent la coordination des soins complexe. Le recours aux agences privées de placement pour pallier les pénuries aggrave l'instabilité du personnel. Ces travailleurs, embauchés temporairement à un coût plus élevé, changent fréquemment, nuisant à la continuité des soins et compliquant le suivi des patients. Cette dépendance détourne aussi des ressources du réseau public, rendant le recrutement et la rétention encore plus difficiles.

Des impacts sur le réseau hospitalier et les CHSLD

Le manque de services de soutien à domicile a des conséquences directes sur le reste du réseau de santé. L'incapacité à maintenir les personnes âgées chez elles de manière adéquate entraîne une pression accrue sur les hôpitaux et les CHSLD. Actuellement, 30 % des usagers des SAD sont hospitalisés au moins une fois par an, souvent pour des raisons qui auraient pu être prévenues par des soins à domicile efficaces.(7) De plus, de nombreuses personnes qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers demeurent hospitalisées au niveau de soins alternatifs (NSA) car elles ne peuvent rentrer chez elles, faute de services adaptés tels que les SAD ou une place en CHSLD. Cette situation favorise leur déconditionnement en raison d'un environnement inadéquat et contribue à la congestion du réseau hospitalier ainsi qu'à une augmentation des coûts globaux de santé. Un meilleur accès aux SAD pourrait éviter ou retarder certaines admissions en CHSLD, puisqu'un résident sur neuf est admis avec des besoins comparables à ceux des aînés vivant dans la communauté, ce qui indique qu'ils auraient pu continuer à vieillir chez eux avec le soutien adéquat.(9)

Des enjeux d'équité en matière de soins aux aînés

Les limites du système de SAD accentuent également les inégalités en matière de soins. Lorsque les services publics sont insuffisants, les familles doivent mobiliser leurs ressources personnelles pour compenser, que ce soit par un recours accru aux proches aidants ou par l'achat de soins privés. Cette dynamique crée un risque de creusement des inégalités sociales, où les personnes disposant de moins de ressources financières ou de soutien familial sont plus à risque d'être orientées prématurément vers des institutions.(10) En effet, les personnes à faible statut socioéconomique ont un risque accru d'admission en CHSLD.(11)

Un enjeu pour la pérennité des soins aux aînés

Si rien n'est fait pour améliorer l'accessibilité et l'organisation des SAD, la viabilité des soins aux aînés sera mise en péril dans les prochaines décennies. Avec un vieillissement accéléré de la population, la pression sur le réseau hospitalier et les CHSLD deviendra insoutenable sans un virage clair vers une offre plus robuste et mieux financée en soins à domicile.⁽¹⁾ Cette transformation est essentielle pour garantir une prise en charge respectant les préférences des aînés tout en optimisant les ressources du système de santé.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Le vieillissement chez soi est un objectif largement partagé par les personnes âgées ainsi que les décideurs dans le système de santé, mais les lacunes dans le système de services de soutien à domicile en font une réalité inatteignable pour une grande partie de la population. Dans leur état actuel, les SAD au Québec ne répondent pas aux besoins de la population et ne permettront pas de faire face aux besoins futurs. Il est donc essentiel d'améliorer et de renforcer les SAD.

Un investissement accru dans les SAD permettrait d'élargir l'offre et d'assurer un accès plus équitable aux soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, une meilleure intégration des SAD avec les services de santé de première ligne pour les personnes âgées faciliterait l'accès aux soins et une continuité des soins plus fluide tout en assurant une répartition efficace des ressources.

RÉFÉRENCES

1. Clavet NJ, Hébert R, Navaux J, Raïche M, Michaud PC. Horizon 2040: projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec. Montréal: Commissaire à la santé et au bien-être; 2023.
2. Canada's Drug Agency. Health Technology Review: Aging in Place. Canada's Drug Agency; 2024 Jul.
3. Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi - Tome 1 : Comprendre l'écosystème. Québec (Québec): CSBE; 2023 Mar.
4. Plourde A, Boivin L. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2025. Réussir le virage vers le soutien à domicile au Québec. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/virage-soutien-a-domicile/>
5. Canadian Institute for Health Information. National health expenditure trends.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux [Internet]. [cited 2025 Feb 11]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzOTc5NDZjNmZllwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFIMjRiZTFhNzk5MiJ9>
7. Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi - Tome 2 : Chiffrer la performance. Québec (Québec): CSBE, Commissaire à la santé et au bien-être; 2023 Jun.
8. Commissaire à la santé et au bien-être. Bien vieillir chez soi - Tome 3 : Poser un diagnostic pour agir : degré de mise en œuvre de la Politique de SAD de 2003 au Québec. 2023.
9. Canadian Institute for Health Information. Common Challenges, Shared Priorities: Measuring Access to Home and Community Care and to Mental Health and Addictions Services in Canada — Volume 2. Ottawa, ON: CIHI; 2020 Aug.
10. Bolster-Foucault C, Vedel I, Busa G, Hacker G, Sourial N, Quesnel-Vallée A. Social inequity in ageing in place among older adults in Organisation for Economic Cooperation and Development countries: a mixed studies systematic review. *Age Ageing*. 2024 Aug 6;53(8):afae166.
11. Godard-Sebillotte C, Arsenault-Lapierre G, Sourial N, Navani S, Quesnel-Vallée A, Rochette L, et al. Examining equity in service use across socioeconomic status in people with dementia. *Alzheimers Dement Behav Socioecon Aging*. 2025 Mar;1(1):e70006.

La transmission d'information entre les hôpitaux et la première ligne : une opportunité pour améliorer la qualité des soins aux personnes âgées au Québec

Sandrine Couture¹, Dimitri Yang², Sabrina Lessard³, Aigul Zaripova⁴, Jennifer Tchervenkov⁵, Carolyn Pavoni¹, Martina Alkot², Marie-Christine Demers⁶, Marie-Ève Sirois⁶, José A. Morais^{1,2}, Claire Godard-Sebillotte^{1,2}

¹ Division de Gériatrie, Département de médecine, Université McGill

² Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

³ Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

⁴ Département de médecine de famille, Université McGill

⁵ Division de Gériatrie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

⁶ Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec

FAITS SAILLANTS

- La transmission d'information au médecin de famille d'un patient à la suite d'une hospitalisation permet une meilleure prise en charge des maladies chroniques, d'éviter les erreurs médicales, et d'éviter les réadmissions.
- La communication directe entre les hôpitaux et la première ligne au Québec est non-systématique et hétérogène sur le territoire.
- Les médecins spécialistes en gériatrie sont peu au courant de leur responsabilité dans la transmission d'information à la première ligne, bien que ce soit une obligation déontologique.
- La manque d'effectifs dédiés à la transmission d'information, le manque de ressources financières et matérielles, ainsi que la difficulté à identifier le récipiendaire spécifique de l'information sont des obstacles à la transmission.
- La technologie actuelle est un obstacle à la transmission d'information. La transition vers un dossier numérique unique ne sera la solution que si certains éléments clés sont en place.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

La population âgée de 75 ans et plus est le groupe d'âge qui représente la majorité des patients hospitalisés au Québec. Ce groupe a contribué à 42 % des jours d'hospitalisation pour l'ensemble du Québec entre avril 2022 et mars 2023 (1). Les personnes âgées fragiles avec multiples maladies chroniques nécessitent une coordination de leurs soins entre les hôpitaux et la première ligne (2). Durant une hospitalisation, les personnes âgées reçoivent de nouveaux diagnostics, ont des changements dans leur médication et bénéficient de consultations avec des spécialistes qui émettent des recommandations

pour améliorer leur santé. Le suivi de ces changements et recommandations repose ensuite sur les médecins de famille. La première ligne a un rôle clé dans la continuité des soins, soit « les soins interreliés et coordonnés dont bénéficient les patients lorsqu'ils passent d'un professionnel de la santé à un autre au sein du système de soins de santé » (3).

La réception d'information sur l'hospitalisation d'un patient par son médecin de famille au moment du congé de l'hôpital est associée à une meilleure prise en charge des maladies chroniques, à moins d'erreurs médicales et à moins de réadmissions (4-6). Au contraire, l'absence de continuité des soins avec la première ligne au moment du congé est associée avec des réadmissions et des visites à l'urgence (7). Les personnes âgées sont les plus vulnérables à ces risques au moment du congé (8).

Pourtant, la communication directe entre les hôpitaux et la première ligne est peu fréquente au Canada. Une étude ontarienne récente a démontré que pour les patients avec multiples visites à l'urgence, la transmission d'information au médecin de famille a baissé de 58.2 % à 45.7 % entre 2010 et 2015 (9). Selon des données de 2019 d'une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé, en moyenne pour le Canada, 54 % des médecins de famille sont informés que leur patient a été hospitalisé et 59 % reçoivent des informations des spécialistes sur la prise en charge et la médication (10). Pour ces deux indicateurs, le Québec est la province qui performe le moins bien avec 25 % des médecins de famille informés de l'admission et 30 % recevant des informations des spécialistes (10).

Ces données mettent en évidence la communication sous-optimale entre les spécialistes qui travaillent en milieu hospitalier et la première ligne, ce qui met particulièrement à risque les personnes âgées. Il est donc essentiel de mieux comprendre les raisons de ce déficit de transmission d'information et de développer des stratégies pour améliorer la continuité des soins entre les hôpitaux et la première ligne.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Une étude de cas : les gériatres

Nous avons envoyé un sondage à tous les gériatres et les résidents en gériatrie du Québec (n=146) sur leurs pratiques de transmission d'information à la première ligne. Ces derniers ont été contactés via la liste de diffusion de l'Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) et la liste de diffusion du programme réseau de gériatrie du Québec en mai 2023. Deux rappels ont été envoyés dans les 4 mois suivants. Nous avons obtenu 64 réponses, pour un taux de réponse de 44 %. Nous avons par la suite réalisé des entrevues avec 13 gériatres et résidents en gériatrie s'étant portés volontaire dans le sondage pour discuter plus en profondeur de ces pratiques ainsi que de leur vision d'une pratique optimale. Notre sondage a démontré que bien que 68 % des gériatres pensent que leurs consultations hospitalières devraient être envoyées systématiquement au médecin de famille, seulement 2 % ont une procédure en place pour effectuer cette transmission. Lors de nos entrevues, nous avons appris que les gériatres avaient très peu de connaissances sur le cadre légal et leurs obligations déontologiques entourant la transmission d'information à la première ligne (11).

Une obligation déontologique

La transmission d'information est encadrée par deux articles du Code de déontologie des médecins. L'article 113 nous dit que le médecin « doit répondre à une demande de consultation émanant d'un médecin et doit lui fournir, avec diligence et par écrit, les résultats de sa consultation » (12). Dans notre expérience clinique, cela se traduit par une transmission d'information pour les consultations en clinique externe, car les demandes y viennent souvent directement des médecins de famille. Des procédures de communications sont donc mises en place, reposant fréquemment sur le personnel administratif. Durant une hospitalisation, les médecins qui demandent des consultations au sein du même établissement ne bénéficient pas de ces procédures pour transmettre les consultations au médecin de famille par la suite. L'article 32, quant à lui, énonce que « le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin (...) puisse le faire à sa place » (12). Donc, si un spécialiste émet des recommandations pour un patient hospitalisé qui devront être suivies par son médecin de famille, s'assurer de la transmission d'information est une obligation déontologique.

Les archives médicales : une participation moins importante qu'attendu

L'Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec (AGISQ) nous a indiqué qu'au niveau provincial, les services des archives n'avaient officiellement aucun rôle défini relativement à la transmission des feuilles sommaires et des consultations. De plus, il n'y a pas de législation entourant ceci. Le rôle des archives dans la transmission d'information varie d'un établissement à un autre, et varie même au gré des départements au sein d'un même établissement. Dans le système actuel, l'AGISQ identifie plusieurs barrières à une transmission efficace, incluant le manque de procédure systématique, la difficulté à identifier le bon récipiendaire et ses coordonnées à jour, l'absence de confirmation de la réception du document par le bon récipiendaire, le manque d'effectif et le manque de financement pour les besoins matériels nécessaires à la transmission.

La transmission d'information : à qui la responsabilité?

Notre enquête nous a démontré l'absence de procédure systématique et étendue à tout le territoire de transmission d'information entre les hôpitaux et la première ligne au Québec. La transmission tend à reposer sur des efforts individuels ou sur l'initiative locale d'un département ou d'un établissement. En l'absence de procédure uniforme pour la province, la transmission d'information à la première ligne est souvent négligée. C'est cependant une recommandation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et un critère d'Agrément Canada pour les hôpitaux (13,14).

La technologie, à la fois un obstacle et une solution

L'état actuel de la technologie d'information au Québec contribue au défi de la transmission d'information. En effet, nous faisons face à de multiples organismes ayant des plateformes différentes pour leurs dossiers médicaux électroniques qui ne communiquent pas entre elles. Par ailleurs, le Dossier Santé Québec (DSQ), une plateforme dédiée au partage de renseignements de santé entre les différents organismes, ne donne pas accès aux notes médicales ou aux sommaires d'hospitalisation. L'accès à la plateforme est souvent affecté par des problèmes d'affichage et des interruptions de service.

L'implantation d'un dossier de santé numérique provincial unique est un projet majeur du système de santé québécois (15). Cependant, il est capital que la communication entre les hôpitaux et la première ligne soit prise en compte dans la conception et l'implantation de ce dossier numérique en impliquant les médecins hospitaliers et ceux de la première ligne dans un processus de coconception. Par exemple, pour identifier s'il est souhaitable qu'un dossier numérique permette une notification automatique au médecin de famille lorsque son patient est hospitalisé ou pour permettre l'accès aux informations clés dans les limites de temps d'une visite médicale de première ligne.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La transmission d'information entre les hôpitaux et la première ligne est nécessaire pour assurer des soins de qualité aux personnes âgées, qui sont la population la plus représentée dans les hospitalisations au Québec. Dans l'état actuel du système, il n'existe pas de procédure uniforme et systématique pour encadrer cette transmission, en dépit des obligations déontologiques des médecins et des recommandations de multiples organismes provinciaux et nationaux. Un investissement en technologie de l'information permettra au Québec de se doter d'un dossier de santé numérique unique au cours des prochaines années, qui a le potentiel d'améliorer la communication entre les hôpitaux et la première ligne. Cependant, nous ne pouvons attendre la réalisation de ce projet pour améliorer l'état de la transmission d'information au Québec. Des discussions ouvertes doivent être engagées entre les acteurs clés, incluant les médecins de famille, les hôpitaux, les archives, le Collège des médecins du Québec (CMQ), et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. S04-Sommaire des départs et des jours d'hospitalisation selon de groupe d'âge et le sexe: Ensemble du Québec. 2023.
2. Health Council of Canada. Canadians' Experiences with Chronic Illness Care in 2007. 2007.
3. Association Canadienne de Protection Médicale. Continuité des soins : éviter que les patients passent entre les mailles du filet 2021 [cited 2025]. Available from: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2021/continuity-of-care-helping-patients-avoid-falling-through-the-cracks#ref>.
4. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831-41. Epub 2007/03/01. doi: 10.1001/jama.297.8.831. PubMed PMID: 17327525.
5. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):646-51. Epub 2003/08/13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20722.x. PubMed PMID: 12911647; PubMed Central PMCID: PMC1494907.
6. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med*. 2002;17(3):186-92. Epub 2002/04/04. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10741.x. PubMed PMID: 11929504; PubMed Central PMCID: PMC1495026.

7. Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open*. 2016;6(12):e012287. Epub 2016/12/23. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012287. PubMed PMID: 28003282; PubMed Central PMCID: PMC5223668.
8. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists. *J Hosp Med*. 2006;1(6):354-60. Epub 2007/01/16. doi: 10.1002/jhm.129. PubMed PMID: 17219528.
9. Jaakkimainen L, Chung H, Lu H, Pinzaru B, Candido E. The receipt of information by family physicians about their patient's emergency department visits: a record linkage study of electronic medical records to health administrative data. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):235. Epub 2021/11/23. doi: 10.1186/s12875-021-01582-x. PubMed PMID: 34802416; PubMed Central PMCID: PMC8607703.
10. Canadian Institute for Health Information. *How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*. CIHI Ottawa, ON; 2020.
11. Couture S, Yang D, Lessard S, Zaripova A, Tchervenkov J, Pavoni C, Godard-Sebillotte C. "There's huge value in knowing what's going on": a mixed methods study to explore geriatricians' perspectives on best practices for information transfer between geriatricians and primary care physicians. *Can Geriatr J*. Forthcoming 2025.
12. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. *Code of ethics of physicians*. Publications Québec; Updated to 1 May 2024.
13. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Best practices for improving the continuity of transition care services for seniors living with a major neurocognitive disorder and their caregivers*. 2024.
14. Agrément Canada. *Pratiques organisationnelles requises: Livret 2021*. 2021.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Dossier de santé numérique - Une nouvelle étape franchie dans la transformation numérique du réseau de la santé et des services sociaux 2024* [cited 2025 February 24]. Available from: <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/dossier-de-sante-numerique-une-nouvelle-etape-franchie-dans-la-transformation-numerique-du-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux-53113>.

Repenser la perspective des interventions auprès des jeunes dans le système de justice pénale

Anta Niang, chercheuse d'établissement, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS de Sherbrooke; professeure associée, École de travail social, Université de Sherbrooke

Marie Dumollard, professeure adjointe, École de travail social, Université de Montréal

FAITS SAILLANTS

- Les jeunes sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) rencontrent des défis multiples dans leur parcours, notamment au moment de la transition vers l'âge adulte, qui nécessitent une prise en charge globale.
- L'intervention est cependant souvent cloisonnée et segmentée, à la fois entre des secteurs d'intervention distincts et autour de bornes d'âge institutionnalisées.
- La responsabilisation individuelle des jeunes sous la LSJPA, qui traverse les interventions, repose davantage sur une lecture des causes individuelles plutôt que sociales de leur parcours judiciaire.
- Les rapports de pouvoir entre les jeunes sous la LSJPA et le personnel intervenant privilégient souvent la voix des adultes au détriment de celles des jeunes et peuvent nuire à leurs possibilités de participer aux décisions qui les concernent.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les jeunes suivis sous la Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents (LSJPA), âgés de 12 à 17 ans, peuvent être soumis à une diversité de décisions : des mesures extrajudiciaires (p. ex. avertissement) prononcées par les agentes et agents de police, des sanctions extrajudiciaires (p. ex. travaux bénévoles) qui évitent la voie judiciaire, et des peines dites spécifiques qui ouvrent la voie judiciaire et sont effectuées soit dans la communauté (p. ex. probation), soit en unité de garde ouverte ou fermée dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CR). En 2023-2024, 9 405 jeunes ont reçu des services au titre de la LSJPA, les trois quarts environ étant des garçons (1). Le plus souvent, celles et ceux âgés de 15 à 17 ans, racisés, qui habitent un quartier précarisé au niveau socioéconomique ou qui vivent en région rurale sont les plus à risque d'entrer dans la voie judiciaire (2, 3). Par ailleurs, les jeunes avec des antécédents sous la protection de la jeunesse ont aussi plus de probabilité d'être judiciairisés à la suite d'un premier délit (3)

Les jeunes sous la LSJPA rencontrent des défis multiples pendant l'adolescence et la jeunesse, qui relèvent d'une diversité de champs d'intervention : enjeux de scolarisation, d'insertion en emploi, de santé mentale, traumatismes, etc. (4, 5). Ces défis sont souvent mis en lien avec la sortie de la délinquance et soulèvent des questions à la fois sur la manière de mieux soutenir cette catégorie de jeunes face aux défis rencontrés, notamment lors de leur transition vers l'âge adulte (4), et la place qu'ils et elles occupent dans l'intervention.

Penser l'intervention en première ligne sous le prisme des parcours des jeunes sous la LSJPA et des modalités de soutien à ces parcours est particulièrement pertinent pour réduire les inégalités sociales qui les touchent en comparaison d'autres catégories de jeunes (6).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Constat 1. Entre responsabilisation individuelle des jeunes suivis sous la LSJPA et dynamiques de pouvoir

L'approche actuelle qui guide les interventions auprès des jeunes sous la LSJPA est marquée par une histoire de la justice pénale juvénile ancrée, au Québec, dans une visée de réhabilitation. Plusieurs recherches soulignent cependant le passage progressif d'un modèle d'intervention centré sur les droits et la protection des jeunes à celui centré sur les risques et leur responsabilisation individuelle (7, 8). Ainsi, plutôt que d'agir de manière globale sur des causes sociales et structurelles (p. ex. précarité financière, logement) qui créent un cumul de vulnérabilités chez les jeunes pouvant les amener à se retrouver en situation d'infraction, les interventions auprès d'elles et eux sont souvent centrées sur des dimensions individuelles (p. ex. troubles émotionnels, problèmes de comportement). Au travers d'une telle lecture, les jeunes sous la LSJPA ont tendance à être perçus comme les principaux responsables de leurs actions (8) et se trouvent pris dans des logiques éducatives très règlementées et centrées sur les risques de récidive qu'ils et elles représenteraient pour la société (7).

Les conséquences d'une telle approche se traduisent également dans des rapports asymétriques établis entre les jeunes et les intervenants et intervenantes de la LSJPA, ces derniers faisant eux-mêmes face à plusieurs défis d'ordre structurels dans leurs interventions (p. ex. conditions de travail peu adéquates, manque de flexibilité liée au cadre institutionnel, manque de formation et incertitudes). Ces rapports hiérarchiques peuvent freiner les possibilités de participation des jeunes aux interventions qui les concernent. En effet, du fait de leur âge, ces jeunes peuvent se trouver pris dans des rapports de pouvoir et, par conséquent, d'infériorité par rapport aux adultes avec lesquels ils et elles interagissent, ceci pouvant entraver la participation (9). Dans le cas des jeunes sous la LSJPA, on peut retrouver ce type de dynamiques à plusieurs étapes de leur parcours judiciaire : par exemple lors de leurs interactions avec la police (10), avec le personnel professionnel qui décide des mesures pénales (11) ou encore avec celui qui les met en œuvre (4, 7). Ce type de rapports et les formes d'infantilisation associés peuvent nuire au processus de participation des jeunes aux décisions et à l'intervention qui les concernent (11) et, par conséquent, à leur possibilité d'être acteurs et actrices de leur propre parcours.

Dans ce contexte, penser l'intervention auprès des jeunes sous la LSJPA en lien avec la première ligne s'avère crucial, aussi bien pour agir en amont sur les dimensions sociales qui entourent les parcours de ces jeunes, qu'en aval pour assurer la continuité des services qui leurs sont offerts.

Constat 2. La sectorisation et la segmentation de l'intervention auprès des jeunes sous la LSJPA

Ajoutée aux défis reliés à cette perspective d'intervention, la mise en œuvre de l'intervention témoigne de la fragilité des arrimages entre les services et pointe des enjeux de continuité dans ces derniers, notamment entre ceux de première ligne et de seconde

ligne. Plusieurs travaux soulèvent en effet le morcellement des interventions, et ce, à différents niveaux.

D'une part, les interventions sont souvent cloisonnées ou discontinues entre plusieurs secteurs d'intervention (p. ex. pénal, emploi, logement, santé, dépendances) et différents services, à la fois institutionnels et communautaires (12, 13). Même si le cumul de services est courant pour les jeunes sous la LSJPA (14), la diversité et le nombre des intervenants et intervenantes et des services mobilisés autour d'eux varie (4). La collaboration entre les services semble aussi, aux yeux des jeunes judiciarisés sous la LSJPA, surtout se limiter à de l'échange d'informations entre les personnes intervenantes, voire parfois à du référencement (14). Du côté du personnel intervenant, si la communication, la confiance et l'interconnaissance apparaissent essentielles, plusieurs défis organisationnels (p. ex. roulement du personnel, accords de collaboration entre les services, accessibilité des services) contribuent à la segmentation de leurs interventions (12).

D'autre part, les interventions sont morcelées avec le découpage de la justice dédiée aux personnes mineures et celles pour adultes autour des 18 ans (âge de la majorité pénale). Cette distinction segmente les parcours pour les jeunes qui passeraient d'un système à l'autre comme les services qu'ils et elles reçoivent (6). Elle vient aussi séquencer le soutien à la transition vers l'âge adulte des jeunes sous la LSJPA (15). Pourtant, cette transition s'allonge dans le temps chez les jeunes québécois et se poursuit bien au-delà des 18 ans (16).

En somme, l'importance d'accompagner le parcours des jeunes au-delà de ces découpages sectoriels et institutionnels apparaît essentielle pour mieux soutenir leur insertion sociale tout au long de leur parcours, au-delà de leur seule prise en charge pénale et des bornes d'âge institutionnalisées.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Alors que l'intervention auprès des jeunes sous la LSJPA est souvent appréhendée en silos, il s'avère essentiel de penser l'intervention en première ligne en arrimage constant avec les autres secteurs et niveaux d'intervention, en tenant compte du parcours de vie des jeunes en lien avec le système de justice. Cela implique une étroite collaboration entre les services de première ligne et les services reçus par les jeunes à toutes les étapes de leur parcours sous la LSJPA et au-delà de bornes d'âge institutionnalisées (p. ex. la majorité pénale).

Enfin, un changement de regard sur ces jeunes apparaît nécessaire, en résistant par exemple à la tendance actuelle à individualiser les problèmes sociaux ayant pu mener à leur trajectoire judiciaire, au détriment d'autres causes sociales. Cela apparaît nécessaire dans la mesure où ces jeunes, au-delà d'être suivis dans le système de justice, sont avant tout des personnes actrices de la vie sociale.

RÉFÉRENCES

1. DPJ. (2024). *Quand la violence conjugale est au cœur de la vie de l'enfant*. Directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux. https://www.cisssca.com/clients/CISSSCA/DPJ2020/2024/Bilan_provincial_DPJ_2024.pdf
2. Jimenez, E. (2022). Les particularités de l'intervention auprès des jeunes auteurs d'infraction issus de l'immigration, des minorités ethnoculturelles et des Peuples autochtones. Dans J. Carpentier, C. Arseneault, & M. Alain, *Délinquance à l'adolescence. Comprendre, évaluer, intervention* (Presses de l'Université de Montréal, p. 275-301).
3. Lafortune, D., Royer, M.-N., Rossi, C., Turcotte, M.-E., Boivin, R., Cousineau, M.-M., Dionne, J., Drapeau, S., Guay, J.-P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D., & Trépanier, J. (2015). *La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : Portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques : Vol. FQRSC 2011-TA-144097*. FQRSC 2011-TA-144097. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_LafortuneD_rapport_justice-penale-ados.pdf/a6c14f3c-69ec-4baf-a7f0-584a012ac075
4. Dumollard, M. (2020). Entrer dans l'âge adulte sous contrainte sociojudiciaire : Réception de l'action publique et gouvernementalité dans les parcours des jeunes judiciairisés au pénal au Québec [École nationale d'administration publique / Université de Rennes 1]. <https://espace.enap.ca/id/eprint/220/>
5. Kang, T. (2019). The transition to adulthood of contemporary delinquent adolescents. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, 5(2), 176-202. <https://doi.org/10.1007/s40865-019-00115-6>
6. Amsellem-Mainguy, Y., & Lacroix, I. (2023). *Avoir 18 ans en prison* (2023/14). INJEP. <https://injep.fr/publication/avoir-18-ans-en-prison/>
7. Sallée, N. (2023). La discipline sous contrôle. L'enfermement des jeunes délinquants à l'ère néolibérale. *Champ pénal/ Penal field*, (29). <https://journals.openedition.org/champpenal/14669>
8. Trépanier, J. (1999). La justice des mineurs au Canada: Remises en question à la fin d'un siècle. *Criminologie*, 32(2), 7-35.
9. Checkoway, B. (2011). What is youth participation? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 40-345. <https://www.wellesu.com/10.1016/j.childyouth.2010.09.017>
10. Bernard, L. et McAll, C. (2009). *Jeunes, police et système de justice. La surreprésentation des jeunes noirs montréalais*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté.
11. Niang, A., Vargas Diaz, R., Brunelle, N., & Goyette, M. (2023). La participation au processus judiciaire: une exploration des perceptions des jeunes judiciairisés au Québec. *Criminologie*, 56(1), 11-36.
12. Hamel, S., Quirion, B., & Brunelle, N. (2022). Collaborer en contexte de COVID-19 : Point de vue d'intervenants oeuvrant auprès de personnes judiciairisées sur les obstacles qu'ils ont rencontrés. *Criminologie*, 55(2), 187-212. <https://doi.org/10.7202/1093870ar>
13. Quirion, B., Hamel, S., Gadbois, J., & Brunelle, N. (2021). La (ré)intégration sociocommunautaire comme réponse au morcellement organisationnel et clinique des personnes judiciairisées. *Criminologie*, 54(2), 13-38. <https://doi.org/10.7202/1084287ar>

14. L'Espérance, N., Aubut, V., Brunelle, N., Henry, D. (2024). Accès aux services et leur continuité. Point de vue de personnes judiciarisées, dans I. Fortin-Dufour, N. Brunelle, R. Couture-Dubé, & D. Henry (dir.). *Désistement et (ré)intégration sociocommunautaire. L'expérience de jeunes judiciarisés de 16 à 35 ans* (p. 247-268). Presses Universitaires du Québec.
15. Brewster, D. (2020). Not Wired Up? The Neuroscientific Turn in Youth to Adult (Y2A) Transitions Policy. *Youth Justice*, 20(3), 215-234. <https://doi.org/10.1177/1473225419876458>
16. Fleury, C. (2009). L'allongement de la jeunesse est-il attribuable à la précarisation de l'emploi? Examen de la question dans un contexte québécois. *Canadian Journal of Sociology*, 34(2), 283-312.

Modes de gestion et conditions de pratique en protection de l'enfance : détérioration de la santé et du bien-être des intervenantes et affaiblissement de la protection des enfants et des familles vulnérabilisés

Isabelle Le Pain, Ph. D., École de travail social, Université de Sherbrooke; chercheuse régulière IUPLSSS; chercheuse associée CRISES

Mélanie Bourque, Ph. D., École de travail social, Université de Sherbrooke; chercheuse régulière CRISES

FAITS SAILLANTS

- Les modes de gestion actuellement privilégiés dans les services de la protection de l'enfance (DPJ et première ligne) dégradent les conditions de travail dans ce secteur d'intervention.
- Ces modes de gestion augmentent les risques psychosociaux au travail.
- L'augmentation des risques psychosociaux au travail expose les intervenantes au développement de difficultés émotionnelles et diminue la qualité des services.

PROBLÉMATIQUE

Depuis 2016, on répertorie une dizaine de situations de décès d'enfants dans plusieurs régions administratives, alors qu'ils bénéficiaient de services sociaux de la première ligne, de la protection de la jeunesse ou d'organismes communautaires (1-7). Si précédemment, la province n'avait connu que quelques événements similaires durant les 30 dernières années (le tyran de Beaumont et l'affaire Shafia), l'augmentation marquée du nombre de décès survient spécifiquement à la suite de la réforme de la santé et des services sociaux en 2015 (réforme Barette). Faisant suite au cas très médiatisé du décès de l'enfant à Granby, le gouvernement mettra en place une Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de l'enfance (2). Dans son rapport de 2021, la CSPEPJ mettra en lumière l'importance de réformer les volets législatifs et structurels du système, afin de favoriser une société bienveillante envers les enfants et les jeunes. Elle convient que le rôle des intervenantes est difficile, qu'elles sont peu valorisées et que le recrutement et la difficile rétention ou le roulement du personnel sont des enjeux de taille. La commission critique également l'influence de la nouvelle gestion publique (NGP) sur les modes de gestions (de type *top down*) et sa philosophie de « toujours faire plus avec moins ». Cet effort de réduire les coûts et le « gaspillage » va mettre en scène une forte reddition de compte, tout en augmentant les pressions à la productivité, la surcharge de travail et les tâches administratives excessives. Afin de contrôler davantage le rendement des intervenantes, on standardise et protocolarise également les pratiques (*one fit for all*) et on évacue ainsi les marges de manœuvres nécessaires dans les suivis de l'humain (2,8). Ce mode de gestion centré sur le quantifiable et le tangible invisibilise également le travail

émotionnel des intervenantes (9). Or, si un chirurgien utilise un scalpel, les intervenantes, quant à elles, utilisent les émotions. En effet, l'usage des émotions au travail est central dans le développement de la relation d'aide, l'accompagnement des usagers, l'interprétation des situations et l'accomplissement du rôle professionnel (10). Lors des interactions sociales, les émotions vont également influencer les attitudes et les comportements subséquents, à la fois chez l'intervenante et son interlocuteur. Dans le cadre de cet avis, nous proposons ainsi de faire le lien entre la posture et les orientations de l'État (à travers ses réformes), les conditions de travail qui en découlent, menant à l'augmentation des difficultés émotionnelles (DÉ) des intervenantes et la diminution de la qualité des services subséquente.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les réformes successives ont engendré une dégradation des conditions de travail et une augmentation des DÉ chez les intervenantes dans les services de la première ligne et de la protection de la jeunesse. Qu'il s'agisse de l'ensemble des symptômes (anxiété, crainte, envahissement, nervosité, insomnie, stress, etc.), ou encore, l'une ou l'autre des difficultés psychologiques comme le *burn-out*, le traumatisme secondaire ou fatigue de compassion et le stress élevé, les intervenantes souffrent dans le cadre de leur fonction (11-14). Pour expliquer ce phénomène, la CSDEPJ (2) a retenu certains modèles issus de la psychologie tels que le *burn-out* ou le stress traumatique secondaire. Ces modèles ont tendance à décrire les DÉ en termes d'incapacité individuelle d'adaptation au stress, laissant sous-entendre que la personne souffrante serait « faible psychologiquement », voire « incompétente » (15). Or, certaines études montrent plutôt un risque faible ou modéré de vivre ce type de difficultés dans ce secteur d'intervention (12,13,16). Ainsi, pour mieux comprendre le phénomène des DÉ, les modèles sociologiques s'intéressant aux facteurs externes à la personne et qui forgent l'expérience individuelle nous renseignent davantage. Par exemple, le modèle des risques psychosociaux au travail (RPST) suggère que la santé mentale, physique et sociale de la travailleuse interagit avec les conditions de travail et les facteurs relationnels (17).

Les catégories de RPST, selon la littérature scientifique sont : 1) l'insécurité de la situation de travail (p. ex. les réorganisations dans les équipes, les missions et les modalités du travail); 2) l'intensité du travail et du temps au travail; 3) une autonomie insuffisante; 4) les conflits de valeurs (p. ex. des objectifs contradictoires et le manque de ressources pour faire le travail); 5) la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail; et 6) les exigences émotionnelles (activités de précarité sociale, des situations de violence et de risques d'agression verbale et physique) (17,18). Des recherches menées auprès des intervenantes au sein de la protection de la jeunesse et des services de première ligne (services de la pédopsychiatrie, services Jeunes en difficulté, crise-ado-famille, services scolaires, centres de réadaptation) mettent en lumière la présence et l'interaction des nombreux facteurs de RPST (12-14). Dans le **tableau 1**, nous avons classé les différents et nombreux facteurs des conjonctures sociales et organisationnelles invoqués par les intervenantes, sous les différentes catégories des RPST. Tous les facteurs présentés ont été identifiés minimalement par le tiers des intervenantes, mais presque la totalité d'entre eux rejoint une forte majorité. Ainsi, la forte adhésion dans l'identification de ce qui cause l'augmentation des DÉ montre une réalité de travail commune, d'une région administrative à l'autre.

Les orientations de l'État invisibilisent et aggravent les RPST

Les RPST sont considérés comme étant des facteurs impliqués dans les lésions au travail (accident de travail). Ainsi, il est de la responsabilité des organisations de réduire les effets négatifs sur la santé psychologique et les coûts de la santé qui nuisent à la productivité (absentéisme, roulement de personnel, congé maladie, départs prématurés à la retraite ou professionnels) (19). Mais pour ce faire, encore faut-il que le gouvernement reconnaisse et oriente les organisations en conséquence. Or, le gouvernement du Québec va plutôt identifier et ne reconnaître que ces RPST : 1) l'autonomie décisionnelle; 2) la charge de travail élevée; 3) la reconnaissance au travail; 4) le soutien au travail (des collègues et des supérieurs); 5) le harcèlement psychologique; et 6) l'information et la communication (la diffusion régulière et juste pour diminuer l'incertitude et la méfiance) (19). L'État considère donc peu l'interaction et l'influence de ses réformes et de ses modes de gestion sur les autres catégories de RPST, au même titre que l'on ignore les conflits de valeurs et les exigences émotionnelles qui en émergent. Ainsi, on renvoie une interprétation des DÉ centrée sur l'individu; ce qui permet de cibler essentiellement la responsabilité individuelle de l'intervenante (p. ex. faire de l'exercice et obtenir un suivi psychologique au besoin), tout en minimisant les responsabilités organisationnelles et collectives (20). Comme on peut le constater, les intervenantes sont exposées à de nombreux facteurs extérieurs et hors de leur contrôle. Ainsi, bénéficier d'un accompagnement psychologique ou « manger mieux » ne changent rien par rapport aux nombreuses conditions de pratiques détériorées; ce qui, au final, a peu d'influence sur la diminution des DÉ (21).

Il faut aussi savoir que le RPST des exigences émotionnelles est à la fois une conséquence des autres types de RPS tout en étant central dans l'intervention, puisque l'émotion est constitutive du travail relationnel (22). Autrement dit, plus l'interrelation et l'accumulation de mauvaises conditions de travail augmentent les DÉ, plus le travail émotionnel (TE) de l'intervenante est empêché et superficiel (23). Le TE (24) exercé par les intervenantes consiste en l'utilisation de leurs propres émotions, attitudes et comportements, afin de répondre aux exigences du travail et aux besoins des usagers. Ce travail est complexe, d'autant plus qu'elles ne sont pas libres de se comporter comme elle le ferait dans leur vie privée, puisqu'elles sont soumises à différentes normes et réglementations professionnelles et sociétales. Le TE est donc un savoir-faire dans le savoir-être, alimenté par les savoirs; les intervenantes sont leurs propres outils de travail (25). Ainsi, la qualité des services, l'aspect humain des interventions et la relation d'aide se matérialisent grâce au TE, puisque celui-ci vise à comprendre, analyser et accompagner l'autre dans sa gestion d'émotions, d'attitudes et de comportements subséquents. Le TE permet de composer et de maîtriser des échanges où les émotions comme la colère, la tristesse, le dégoût, la peur et l'indifférence sont parfois présentes. Le TE est d'ailleurs complexifié lors des interventions, par le caractère imprévisible, de crise et parfois de dangerosité des situations ou des personnes. Et lorsque réussi, le TE est source d'une satisfaction au travail (9).

Produire le TE exige donc un fort investissement psychologique et physique, à la fois lors de la répression (p. ex. cacher sa peur) ou de l'évocation (p. ex. être empathique, malgré tout) des émotions de l'intervenante (26). Si le TE est entravé par les RPST et en raison des DÉ qu'ils génèrent, deux éléments centraux retiennent aussi l'attention. Le développement et la protection du TE nécessitent une identité et un *leadership* propre aux services sociaux et une forte autonomie dans les organisations et pour les gestionnaires

et les intervenantes (2). En effet, ce sont à travers les équipes que se développe et se retransmet la définition de ce qu'est « un travail bien fait » d'un point de vue comportemental et émotionnel (18). Les équipes permettent de surmonter et d'ajuster ensemble les enjeux et les obstacles du travail et de diminuer les conflits de valeurs. Or, composer avec des DÉ a des conséquences sur les relations avec les gestionnaires, puisque la majorité des intervenantes mentionnent ressentir une perte de confiance, de la méfiance, de la colère et des frustrations, et évitent même des rencontres ou certains sujets de conversation avec les gestionnaires (12,27). Autrement dit, ce qui se passe réellement sur le terrain échappe potentiellement aux regards des gestionnaires. On retrouve aussi des conséquences dans les relations avec les collègues au travail. Plusieurs parlent d'une tendance à l'isolement et au retrait, des effets boule de neige au sein des équipes et d'une diminution de la collaboration et de l'entraide (12,27). Ainsi, les réformes ont contribué à augmenter les DÉ, tout en obstruant l'entraide et la coopération entre collègues et gestionnaires – des dimensions essentielles à l'exécution des mandats professionnels en protection de l'enfance (27).

Les conséquences

En plus des conséquences dans les relations avec les gestionnaires et les collègues, les RPST sont également coûteux socialement, sur la santé et le bien-être des intervenantes et la qualité des services. Par exemple, une étude montre que près du tiers (30,6 %) des intervenantes de la première ligne déclareraient avoir vécu un arrêt de travail en raison de DÉ liées à l'emploi et un pourcentage similaire déclarerait aussi faire usage de médicaments liés au stress (12). Non seulement les effets des DÉ engendrés par les conditions de travail compliquent la rétention du personnel, mais elles nuisent aussi à l'engagement dans la relation d'aide et la qualité des services (28). En effet, lorsqu'elles expérimentent des DÉ et que le TE s'amenuise, la relation avec les usagers peuvent se détériorer (12,29). Ainsi, 49 % des intervenantes en première ligne et 71 % de celles en PJ disent avoir eu des relations mutuellement blessantes avec les usagers sur le plan psychologique, émotionnel et physique (subir des charges émotionnelles négatives ou en faire subir, prendre des décisions punitives). On parle aussi d'une diminution de l'intensité des suivis et des sujets abordés (première ligne 44 %, DPJ 71 %), d'une diminution de l'aide, de l'empathie, de la gestion du risque et d'un repli dans un rôle administratif et bureaucratique (première ligne 44 %, DPJ 65 %). Enfin, des intervenantes nomment explicitement une diminution de la qualité du travail et des capacités d'objectivité et d'analyse (première ligne 28 %, DPJ 52 %). On voit ainsi clairement que la sécurité et le bien-être des enfants et des familles vulnérabilisés sont directement liés à la sécurité et au bien-être des intervenantes (29,31, 32).

Tableau 1 Les facteurs impliqués dans l'augmentation des DÉ

<p>Insécurité de la situation au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réformes de la santé et des services sociaux (2006; 2015 et 2024) - Les critiques des médias et de la société - L'arrimage entre les ressources et les partenaires externes - Multiplication des acteurs dans un dossier - Contournement des conventions collectives et tâches irréalistes en regard de la réalité du terrain 	<p>Intensité au travail et temps au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pression de productivité - La lourdeur des dossiers - La surcharge de travail - Les situations en urgence - Le manque de personnel, le roulement et les employés peu expérimentés 	<p>Manque d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - La diminution de l'autonomie professionnelle (jugement clinique, capacité décisionnelle et marge de manœuvre) - Lourdeur des tâches administratives et bureaucratiques
<p>Conflits de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conflits identitaires entre le contrôle et l'aide à la famille - Compréhension du rôle et du mandat contradictoire entre les acteurs - Écarts entre l'employeur et les ordres professionnels sur ce qu'est « un travail bien fait » - Écart entre l'employeur et les intervenants sur ce qu'est « un travail bien fait » - Le manque de ressource interne dans un contexte de fusionnement 	<p>Rapports sociaux dégradés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de soutien par les gestionnaires - Le manque de soutien clinique - Les tensions entre collègues - Le manque de formation - Le manque de reconnaissance (salaire, conditions de travail et reconnaissance symbolique) - Conciliation travail- vie personnelle (horaires, déconsidération du droit à la vie hors travail) 	<p>Exigences émotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le tabou entourant les difficultés émotionnelles - Les comportements hostiles de la clientèle - Le manque de mesures de sécurité physique, émotionnelle et psychologique au travail - L'exposition à la souffrance

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La situation des services sociaux, particulièrement en protection de l'enfance, révèle une crise profonde déjà identifiée par la CPDSJ et dont le diagnostic posé est juste. En effet, les réformes successives, centrées sur la productivité et la standardisation des pratiques, ont fragilisé les intervenantes et, par ricochet, les familles et enfants qu'elles accompagnent. Il est impératif de reconnaître que les conditions de travail des intervenantes sont le socle d'un accompagnement humain de qualité. Tant que les pressions organisationnelles et les exigences émotionnelles resteront invisibles ou négligées, la sécurité et le développement des plus vulnérables demeureront en péril.

RÉFÉRENCES

1. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2017. *Conclusion d'enquête. Enfants signalés au DPJ Saguenay-Lac St-Jean*. https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/enquete_saguenay-lac-st-jean.pdf
2. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. 2021. *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes: Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*.
3. Gerbet, T. 2020, 28 mars. « Un bébé de deux ans meurt durant une intervention de la DPJ à Joliette », *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1689375/bebe-enfant-mort-joliette-dpj>
4. Ferah, M. 2020, 3 septembre. « Fillette tuée en juillet: un signalement à la DPJ avant le meurtre », *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2020-09-03/fillette-tuee-en-juillet-un-signalement-a-la-dpj-avant-le-meurtre.php>

5. Nadeau J. et I. Porter. 2020, 14 octobre. « Enfants tués à Wendake: les drames se répètent », *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/587779/enfants-tues-a-wendake-les-drames-se-repetent>
6. Perron, L.-S. 2023, 13 avril. « Une mère sous le joug de sa famille », *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2023-04-13/fillette-morte-ebouillantee-a-laval/une-mere-sous-le-joug-de-sa-famille.php#:~:text=gravement%20br%C3%BBI%C3%A9e%20sur%2070%20%25%20de,le%20quartier%20Chomedey%2C%20%C3%A0%20Laval.&text=Une%20fillette%20de%207%20ans%20morte%20%C3%A9bouillant%C3%A9e%20dans%20des%20circonstances,inqui%C3%A9tants%20signaux%20d'alarme>
7. Drolet, A. 2023, 18 décembre. « Drame de Wendake : la DPJ dit avoir « amélioré » la prise de décisions », *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/info/long-format/2035277/dpj-wendake-chicoine-enfants>
8. Bourque, M., Barbe, M., Leroux, M. O., Grenier, J., & St-Amour, N. (2024). La réforme Barrette et sa mise en oeuvre dans les services sociaux: perceptions des travailleuses sociales. *Intervention*(158), 65-80.
9. Costakis, H. R., Gruhlke, H., & Su, Y. (2021). Implications of emotional labor on work outcomes of service workers in not-for-profit human service organizations. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 45(1), 29-48.
10. Jeantet, A. (2018). *Les émotions au travail*: CNRS éditions.
11. Lévesque, M., & Negura, L. (2021). Organizational Context and Healthcare Reforms: What Effect on the Professional Distress of Canadian Social Workers and Social Service Provision? *Frontiers in Sociology*, 6, 651240.
12. Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Truong Hieu, A. Kirouac, L. et Namian, D. (2023). Les difficultés émotionnelles et les relations sociales au travail des intervenants sociaux dans les services offerts aux enfants et aux familles en difficulté dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec -rapport préliminaire des résultats. https://www.researchgate.net/publication/388272899_Rapport_preliminaire_des_resultats_de_recherche_Les_difficultes_emotionnelles_et_les_relations_sociales_au_travail_des_intervenants_sociaux_dans_les_services_offerts_aux_enfants_et_aux_familles_en_diff?channel=doi&linkId=67910ad11ec9f9589f582d26&showFulltext=true#fullTextFileContent
13. Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D., & Kirouac, L. (2021a). L'impact des facteurs organisationnels sur les difficultés émotionnelles: perceptions des intervenants sociaux de la Protection de la Jeunesse au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(2), 359-381.
14. Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D., & Kirouac, L. (2021b). La réforme de la santé et des services sociaux (projet de loi 10) et ses effets sur les difficultés émotionnelles des intervenants de la Protection de la jeunesse au Québec: *Intervention*.
15. Vandeveldde-Rougale, A., & Fugier, P. (2019). *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse: ERES.
16. Jauvin, N., A. Freeman, N. Côté, C. Biron, A. Duschesne et É. Allaire (2019). Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse (R-1042). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101021/n/travail-emotionnellement-exigeant>
17. Gollac, M. (2012). Les risques psychosociaux au travail: d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction. *Travail et Emploi*(129), 5-10.
18. Bonnet, T. (2020). *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*: Octarès éditions.

19. Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Risques psychosociaux du travail*. <https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail>
20. Loriol, M. 2021. Les dimensions collectives des risques psychosociaux et de la souffrance au travail, *Raison Présente*, vol. 218 no 2, p. 17-26.
21. Bloomquist, K. R., Wood, L., Friedmeyer-Trainor, K., & Kim, H.-W. (2015). Self-care and Professional Quality of Life: Predictive Factors among MSW Practitioners. *Advances in Social Work*, 16(2), 292.
22. Bonnet, T. (2018). Ethnographie comparée du risque émotionnel au travail. Une tâche aveugle de l'agenda politique. *Revue internationale de politique comparée*, 25(3), 123-149.
23. Nguyen, N., Besson, T., & Stinglhamber, F. (2022). Emotional labor: The role of organizational dehumanization. *Journal of occupational health psychology*, 27(2), 179.
24. Hochschild, A. R. 1983. *The managed heart. Commercialization of human feeling*, Berkley, University of California Press.
25. Larose-Hébert, K., I. Le Pain, A. H. Truong, M. Pitre et D. Deblois. 2024. « Prescriptions émotionnelles au travail dans le milieu communautaire : sources d'influence et mise en pratique », *Intervention*, no.158, p. 19-35.
26. Jeung, D.-Y., C. Kim et S.-J. Chang. 2018. « Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature », *Yonsei medical journal*, vol. 59, no 2, p. 187-193.
27. Le Pain, I., Kirouac, L., Larose-Hébert, K., & Namian, D. (2021c). Les intervenants sociaux à l'aune de la nouvelle gestion publique : difficultés émotionnelles, relations professionnelles sous tension et collectifs de travail fragilisés. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 76(3), 519-540. doi:<https://doi.org/10.7202/1083611ar>
28. Bowman, M. E. (2022). Child welfare worker wellness: An ethical imperative in the service of children. *Child Abuse Review*, 31(5), e2758.
29. Le Pain, I., & Larose-Hébert, K. (2022). Le travail émotionnel des intervenants en protection de l'enfance: implications pour les enfants et les familles. *Service social*, 68(1), 7-25.
30. Brazil, C., Nolte, L., Rishworth, B., & Littlechild, B. (2024). "Fighting the invisible system": A grounded theory study of the experiences of child protection social workers in England. *Child & Family Social Work*, 29(2), 526-537.
31. Ferguson, H., Disney, T., Warwick, L., Leigh, J., Cooner, T. S., & Beddoe, L. (2020). Hostile relationships in social work practice: anxiety, hate and conflict in long-term work with involuntary service users. *Journal of Social Work Practice*, 1-19.
32. Le Pain, I., Truong H., A.; Larose-Hébert, A., Kirouac, L., Pitre, M. et Fugère, S. (sous presse). Sécurité et bien-être des intervenantes fragilisés, sécurité et bien-être des enfants et des familles vulnérabilisés au Québec compromis. *Revue internationale Enfances Familles Générations*, no. 47.

Le système de protection est engorgé par des situations qui devraient être prises en charge par la première ligne

Sonia Hélie, Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et École de travail social, Université de Montréal

Nico Trocmé, École de travail social, Université McGill

Delphine Collin-Vézina, École de travail social, Université McGill

Tonino Esposito, École de travail social, Université de Montréal

Sophie Morin, Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

FAITS SAILLANTS

- Le taux annuel d'enfants québécois évalués par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) à la suite d'un signalement a augmenté de 48 % au cours des deux dernières décennies.
- L'augmentation vient en grande partie de cas non fondés et de cas fondés qui ne nécessitent pas de prise en charge en protection de la jeunesse, ainsi que de signalements réalisés par les professionnels. Ces cas sont habituellement retournés vers la première ligne à l'issue de l'évaluation (parfois après plusieurs mois d'attente pour l'évaluation).
- Les situations évaluées comme fondées sont, quant à elles, moins sévères qu'avant, en termes de blessures physiques, de séquelles psychologiques, de chronicité et de co-occurrence de plusieurs formes de maltraitance.
- Les cas de négligence sont liés à des vulnérabilités socioéconomiques et représentent une grande part des interventions de la DPJ.
- Plus des trois quarts des enfants évalués en protection de la jeunesse ne sont jamais pris en charge, mais le taux de resignalement parmi ceux-ci est de 17 %, comparativement à 10 % parmi les enfants pris en charge.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Le système de protection de la jeunesse du Québec a connu de grands bouleversements dans les dernières années, notamment l'intégration des centres jeunesse dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) en 2015 et la perte d'expertise qui en a découlé, le décès tragique de la fillette qui a donné lieu à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (Commission Laurent), la pénurie de personnel, les listes d'attentes à l'évaluation des signalements qui font régulièrement les manchettes et, plus récemment, les scandales sexuels concernant des gestes inappropriés de plusieurs éducatrices envers des jeunes hébergés en centre de réadaptation.

La *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) encadre le processus qui s'enclenche lorsqu'une situation est signalée à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Lorsque le signalement est retenu à la suite d'une analyse sommaire, une évaluation est réalisée afin de déterminer si les faits sont fondés et s'ils compromettent la sécurité ou le développement de l'enfant. La LPJ confère un pouvoir d'enquête à la DPJ et aux intervenants qui la représentent. Lorsque l'évaluation statue que les faits sont fondés et qu'il y a compromission de la sécurité et du développement de l'enfant, la situation est prise en charge par la DPJ qui applique alors des mesures de protection, qui sont ensuite révisées périodiquement. La LPJ est une loi d'exception, c'est-à-dire que la DPJ intervient quand c'est absolument nécessaire et doit se retirer de la vie des familles dès que la situation est résorbée. La fin de l'intervention de la DPJ, que ce soit après une évaluation indiquant que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont pas compromis ou après l'application de mesures, ne signifie pas que la famille n'a plus besoin de services de soutien. Au contraire, lorsque la DPJ se retire, elle doit recommander la famille aux services appropriés pour assurer le bien-être de l'enfant et de ses parents. Ainsi, le système de protection et le système de première ligne fonctionnent comme des vases communicants.

Or, actuellement, il est très difficile de savoir à l'échelle du Québec jusqu'à quel point les enfants desservis sous la LPJ ont déjà reçu des services de première ligne, quels types de services préventifs ils ont reçus et avec quelle intensité. Il est également difficile de savoir si la première ligne prend le relais auprès des familles sortant du système de protection pour prévenir les resignements. À défaut de pouvoir apprécier directement l'arrimage entre la première ligne et la DPJ, on peut néanmoins examiner la fréquence et la nature des situations connues de la DPJ, ce qui fournit des indices du fonctionnement de la première ligne. En ce sens, plusieurs résultats de recherches pointent vers l'hypothèse d'une surutilisation des services de protection, ou à tout le moins de leur utilisation comme porte d'entrée pour recevoir de l'aide.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

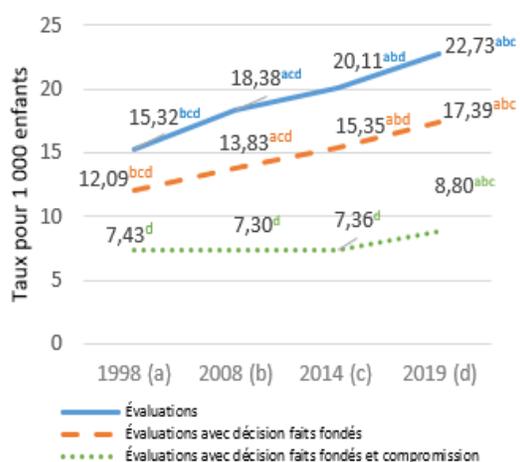
L'intervention de la DPJ auprès des enfants du Québec est loin d'être une exception, puisqu'entre les années 2000 et 2017, 19 % des enfants ont été évalués au moins une fois par la DPJ avant leur 18^e anniversaire et 10 % ont été pris en charge (1). Au Québec, durant l'année 2019, 23 enfants pour mille ont vu leur situation évaluée par la DPJ à la suite d'un signalement. Comme l'indique la figure 1, ce taux était plutôt de 15 pour mille en 1998, ce qui représente une **hausse de 48 %** sur les deux décennies étudiées (2)4. Les signalements faits par les professionnels (policiers, enseignants, employés du réseau et autres) contribuent à l'augmentation du taux d'enfants évalués, puisqu'il s'agit de la seule source de signalement pour laquelle le taux est en hausse. En effet, le taux d'enfants évalués qui ont été signalés par un professionnel est passé de 9 pour mille à 19 pour mille entre 1998 et 2019, alors que le taux d'enfants évalués signalés par une personne à titre personnel a diminué sur la même période, passant de 5 pour mille à 4 pour mille.

Bien que moins marquée (18 %), l'augmentation du taux d'enfants évalués avec faits fondés et sécurité/développement compromis est tout de même significative. Ces constats sont préoccupants puisqu'ils indiquent qu'en dépit des efforts de prévention déployés et des nombreuses réformes effectuées au cours des 22 années étudiées, le taux d'enfants en besoin de protection continue d'augmenter.

Par ailleurs, comme l'indique la figure 1, bien qu'un nombre grandissant de situations soient portées à l'attention des DPJ, une partie de plus en plus importante de ces situations ne compromettent pas la sécurité ou le développement de l'enfant et ne nécessitent donc pas de prise en charge. Dans le même sens, il a été constaté que plusieurs caractéristiques souvent associées à la complexité ou à la **sévérité** des situations sont en diminution ou sont stables au cours de la période étudiée. Précisément, le taux d'enfants évalués et placés a diminué (de 6 pour mille en 1998 à 2 pour mille en 2019) alors que le taux d'enfants évalués pour plusieurs motifs et le taux d'enfants ayant leur situation judiciairisée sont demeurés stables. Sur la période de 1998 à 2014, la proportion de blessures physiques et de séquelles psychologiques parmi les enfants évalués avec faits fondés a diminué, comme l'indique la figure 2 (3).

De plus, en 2014, on a observé qu'une partie considérable des enfants évalués avec faits fondés ne vivent pas de menace directe ou imminente à leur sécurité. Par exemple, pris ensemble, les enfants ayant vécu de l'abus sexuel, de l'abus physique ou de la négligence en bas âge (3 ans ou moins) et ceux ayant des blessures physiques nécessitant des soins représentent seulement 14 % des enfants évalués avec faits fondés (4). On sait aussi que la négligence constitue le motif principal de plus de la moitié des prises en charge (1) et qu'elle est fortement liée à la pauvreté : les enfants vivant dans un quartier défavorisé ont jusqu'à 2,8 fois plus de risque de voir leur situation prise en charge par la DPJ, comparativement aux enfants vivant dans un quartier plus favorisé (1).

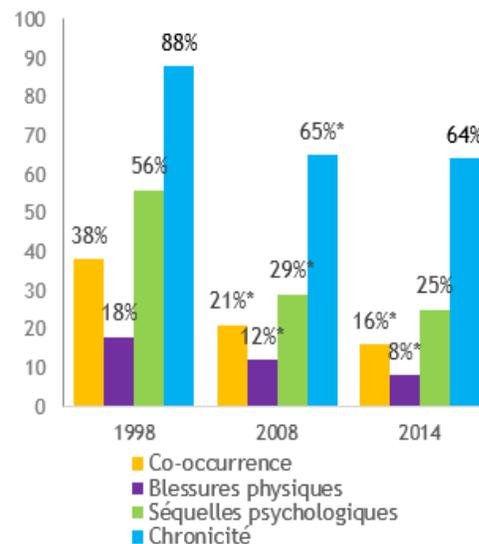
Figure -1. Évolution du taux d'enfants évalués selon la décision à l'issue de l'évaluation



Note : L'indice à droite du taux (a, b, c, d) indique une différence statistiquement significative avec l'année correspondant à l'indice.

Source : Hélie et al., 2025

Figure -2. Sévérité parmi les cas évalués comme fondés en 2014



Note : l'astérisque (*) indique que le pourcentage est statistiquement différent de celui de l'année précédente.

Source : Hélie et al., 2017

Enfin, une étude en cours révèle que parmi les 139 167 enfants évalués par la DPJ entre 2008 et 2019, 74 % n'ont jamais été pris en charge et que parmi ceux-ci, 17 % ont été resignés au moins une fois (5). Ce taux de signalement est plus élevé que celui observé après une prise en charge, qui se situait plutôt autour de 10 % entre 2002 et 2017 (6).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'augmentation du taux d'enfants évalués et la diminution de la sévérité. La plupart de ces hypothèses ont un lien avec les services en première ligne. Premièrement, il est possible que les services de première ligne existants ne soient pas accessibles, disponibles en temps voulu ou adaptés aux besoins spécifiques des familles (1). Deuxièmement, l'intervention de la première ligne auprès des familles pourrait exposer davantage celles-ci aux regards extérieurs, augmentant ainsi le taux d'enfants signalés par ces services. En soi, une plus grande vigilance de la communauté face à la protection des enfants est une chose souhaitable, dans la mesure où la DPJ dispose des ressources nécessaires pour effectuer un triage adéquat et diligent des situations signalées. Troisièmement, les services de première ligne sont possiblement plus enclins qu'avant à se tourner vers la DPJ lorsqu'il y a des inquiétudes sur la sécurité ou de développement d'un enfant.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Ces constats font ressortir l'importance d'un **arrimage** entre les services de première ligne, dont la mission est de soutenir les familles et de prévenir l'aggravation de leurs difficultés, et la DPJ qui doit être sollicitée lorsque ces services ne suffisent plus ou lorsque la famille les refuse et que la sécurité ou le développement de l'enfant en est compromis. Cet arrimage doit s'opérer dans les deux directions, soit lorsque les services de première ligne doivent signaler les situations inquiétantes à la DPJ, et lorsque cette dernière doit se retirer de la vie des familles et les référer vers la première ligne dès que la situation le permet. La capacité de la première ligne à mobiliser la famille dans une approche volontaire est cruciale. Le bon fonctionnement du système de protection québécois repose en grande partie sur cet arrimage qui a le potentiel de réduire le nombre d'enfants en besoin de protection. **Investir dans des services de première ligne ne se limite pas à une réponse administrative, mais constitue une opportunité stratégique de réduire les coûts à long terme pour l'État et d'améliorer la qualité de vie des familles. Cela permettrait notamment d'éviter plusieurs signalements liés à la défavorisation socioéconomique et réduirait les taux de resignement qui sont souvent associés à ces situations.**

À première vue, les constats sur la diminution de la sévérité font contraste avec les échos du terrain rapportant que **les situations s'alourdissent** depuis de nombreuses années. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour tenter d'expliquer cet écart apparent. D'une part, il est possible que les situations documentées en 2019 soient perçues comme étant plus lourdes qu'avant en raison d'une présence plus importante d'enjeux structurels vécus par les familles et difficiles à traiter dans le contexte de la DPJ tels que l'isolement social, la défavorisation socioéconomique et les problèmes d'accès aux services en santé mentale, plutôt qu'en raison d'une plus grande sévérité des situations en ce qui concerne les séquelles pour l'enfant. D'autre part, il se peut aussi que les membres du personnel de la DPJ soient moins formés ou moins outillés qu'avant pour accomplir leur rôle ou encore que leur charge de travail soit plus élevée qu'avant. Ceci pourrait les amener à percevoir leur travail comme étant plus lourd ou plus difficile. Ces hypothèses appuient les constats déjà émis par la Commission Laurent.

Malgré ces constats éclairants, on ne peut que spéculer sur l'insuffisance de la première ligne auprès des jeunes en difficulté, car la trajectoire des enfants de la première ligne vers la DPJ est pratiquement impossible à étudier. D'un côté, les renseignements

nominatifs qui pourraient être utilisés pour combiner l'information de la première ligne avec celle de la DPJ ne sont pas de qualité suffisante (p. ex. les noms et adresses ne sont pas saisis de la même manière dans les deux sources) et l'accès à ces données nominatives est considérablement entravé par les nouvelles lois entourant la protection des renseignements personnels. De l'autre côté, les données administratives dénominalisées qui sont générées par les deux sources ne comportent pas d'identifiant commun permettant de reconnaître un même enfant. Des travaux sont en cours depuis plusieurs années pour créer un identifiant unique permettant de relier toutes les informations d'une même personne au sein du réseau, mais les données des DPJ sont traitées en dernier lieu dans ces initiatives, voire écartées, en raison notamment des enjeux de confidentialité qui les entourent.

RÉFÉRENCES

1. Esposito, T. Caldwell, J., Chabot, M., Blumenthal, A., Trocmé, N., Fallon, B., Hélie, S., Afifi, T.O. (2023). Childhood Prevalence of Involvement with the Child Protection System in Quebec: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023, 20(1), 622.
2. Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., Fallon, B., Morin, S. et Cardin, J-F. (2025). Étude d'incidence québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse entre 1998 et 2019 (ÉIQ-2019) : Rapport final. Institut universitaire Jeunes en difficulté, 67 pages. <https://iujd.ca/fr/etude-dincidence-quebecoise-sur-les-enfants-evalues-en-protection-de-la-jeunesse-en-2019-eiq-2019>
3. Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)*. Direction des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/eiq-2014_rapport_final.pdf
4. Trocmé, 2019. *Commentaires sur certains défis de la protection de la jeunesse*. Pièce P-029 déposée à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, audiences du 10 décembre 2019. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-029_Presentation_Nico_Trocme.pdf
5. Hélie, Châteauneuf, Lavallée et al. (2025). Étude sur la trajectoire socio-judiciaire des enfants dont la situation est prise en charge sous la Loi sur la protection de la jeunesse. Rapport déposé au ministère de la Santé et des services sociaux et au ministère de la Justice du Québec, 249p.
6. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Gestion fondée sur les indicateurs de suivi clinique en protection de la jeunesse (GFISC)*. Rapport provincial GFISC. Rédigé par T. Esposito, N. Trocmé, M. Chabot, G. Gates-Panneton, I. Beaudoin, V. Lortie et C. Gaumont. Québec, Qc : INESSS; 2019, 32p. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-418_Rapport_GFISC_2017.pdf

Neurodivergence en santé et services sociaux : vers une première ligne inclusive pour les personnes usagères et professionnelles neurodivergentes

Julie-Christine Cotton

Marjorie Desormeaux-Moreau

Alison Jolly

Sarah DeGrâce

Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- **Fonctionnements distincts** : Les personnes neurodivergentes présentent un fonctionnement neurocognitif pouvant s'écarter des normes sociales.
- **Discrimination et santé** : La discrimination qu'elles vivent nuit à leur bien-être physique et mental et à l'efficacité des soins et des services.
- **Pathologisation des différences** : Les approches courantes pathologisent la neurodivergence, ce qui exacerbe les défis des personnes neurodivergentes.
- **Manque de formation et de sensibilisation** : Les personnes gestionnaires et professionnelles manquent de connaissances sur la neurodiversité.
- **Besoin d'approches inclusives** : Des pratiques neuroinclusives sont essentielles pour mieux accompagner les personnes neurodivergentes et contribuer à leur mieux-être.

PROBLÉMATIQUE

Composant jusqu'à 20 % de la population générale (1), les personnes neurodivergentes (ND) présentent des fonctionnements neurocognitifs qui peuvent s'écarter des normes sociales dominantes (2). Ces fonctionnements sont associés à diverses conditions, dont l'autisme, les profils Dys (p. ex. dyslexie, dyspraxie, dysphasie), les profils attentionnels divergents ou de Tourette (respectivement associés, dans le modèle médical, au « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » et au « syndrome de Tourette »), la douance et la « déficience » intellectuelle (3). Ces conditions présentent néanmoins certains lieux communs, notamment des façons différentes de percevoir et de traiter l'information sensorielle, de communiquer des idées ou d'exprimer des émotions (4,5).

Plusieurs caractéristiques du monde social et matériel sont en inadéquation avec les besoins et le fonctionnement neurocognitif des personnes ND, ce qui peut engendrer des situations de handicap ou de la discrimination, notamment dans le système de la santé et des services sociaux (6). Même involontaires ou inconscientes, ces situations peuvent affecter la santé mentale et physique de ces personnes (7,8), en plus de compromettre la qualité et l'efficacité des soins et services (6).

Cet avis sensibilise aux défis et obstacles rencontrés par les personnes ND, qu'elles soient bénéficiaires ou prestataires de soins et services de santé. Il propose également des recommandations pour une première ligne plus inclusive qui permette d'améliorer :

- La qualité des soins et services pour les personnes usagères ND, mais aussi plus largement;
- Le bien-être des personnes prestataires de soins et services ND;
- La compréhension et la collaboration entourant la neurodiversité parmi les parties prenantes de la première ligne en santé et services sociaux.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Trois **principaux constats** peuvent expliquer les défis rencontrés par les personnes ND au sein du système de santé et de services sociaux, soit : 1) la neuronormativité, 2) la pathologisation de la neurodivergence et 3) le manque de formation adaptée.

1) *Neuronormativité*

Le système de santé et de services sociaux a été érigé par une majorité de personnes dont le fonctionnement neurocognitif correspond aux normes dominantes (parfois dites « neurotypiques »). Il en résulte des pratiques qui, favorisant leur mode de fonctionnement neurocognitif (contexte neuronormatif), s'avèrent souvent désavantageuses pour les personnes ND. L'**encadré 1** propose des exemples illustrant comment la neuronormativité imprègne les pratiques du système de santé et de services sociaux, définissant implicitement ce qui est considéré comme « normal » et socialement « approprié » en termes de pensée, de communication et de comportement – et par le fait même ce qui est perçu comme moins souhaitable (9).

Encadré 1. Exemples de pratiques neuronormatives en première ligne

1. **Collecte d'informations** rigide (p. ex. formulaires écrits obligatoires).
2. **Mode de communication** généralement imposé par les prestataires, non adapté aux préférences individuelles.
3. **Modalités et processus d'évaluation** peu flexibles (p. ex. séquentielle, rythme rapide, courte durée) et aux étapes prédéfinies par les prestataires, mais inconnues des bénéficiaires.
4. **Environnement de consultation** peu accessible sensoriellement ou cognitivement (p. ex. bruyant, lumière vive, surstimulant), avec une intimité insuffisante pour la confidentialité.

2) *Pathologisation de la neurodivergence*

Le système de santé et de services sociaux repose sur une **compréhension médicale du handicap**, contrairement aux perspectives sociales ou critiques soulignant l'apport des environnements dans la production des handicaps (6). Ainsi, les contextes de soins et de services peuvent, parfois bien involontairement, perpétuer des pratiques pathologisantes, voire oppressives. L'**encadré 2**, propose des exemples qui illustrent comment, dans un contexte neuronormatif, certaines des façons d'être, d'agir et de communiquer adoptées

par les personnes ND sont perçues comme déficitaires ou problématiques, et donc à corriger.

Encadré 2. Exemples de pratiques pathologisantes en première ligne

5. **Formulaire papier obligatoire** : Une personne dyslexique et dyspraxique préfère transmettre ses antécédents médicaux oralement plutôt que de remplir le formulaire demandé. Sa médecin perçoit cette demande comme le signe d'une faible intelligence, voire d'une manifestation d'apathie, pathologisant ainsi la neurodivergence.
6. **Synthèse écrite refusée** : Un adulte demande à l'infirmier de faire une synthèse écrite de ses recommandations. Celui-ci associe la demande à la présence de déficits sur le plan de l'attention et de l'organisation, pathologisant ainsi le besoin exprimé.
7. **Contact visuel imposé** : Une enfant autiste a du mal à tolérer le contact visuel et à répondre aux demandes de sa neuropsychiatre. Interprétant cela comme de la rigidité et des déficits sur le plan relationnel et social, celle-ci réfère l'enfant au programme ICI (intervention comportementale intensive) pour modifier ses comportements sociaux et l'amener à s'adapter à son environnement (neuronormatif), pathologisant ainsi son autisme.

Le point 3 de l'encadré souligne la répression des comportements intuitifs des personnes ND (dans ce cas, autistes), plutôt que de valoriser leurs forces (10). Controversée, l'ICI (ainsi que l'*Applied behavioral analysis* (ABA) dont elle s'inspire) est de plus en plus contestée au sein des communautés autistes, par les groupes de défense des droits, ainsi que par un nombre croissant de personnes chercheuses et professionnelles, notamment en raison de sa nature intensive et rigide (11). Fondamentalement basées sur la conformité à la norme dominante (la neuronormativité), ces approches représentent une forme de violence faite aux personnes autistes (12) et leurs effets négatifs sur leur santé mentale ont été démontrés (13).

3) *Manque de formation adaptée*

Si des pratiques pathologisantes ou oppressives persistent dans certains contextes de soins et de services, cela découle en partie du manque de formation adaptée aux réalités neurodivergentes et aux pratiques neuroinclusives. Cela résulte aussi, plus largement, de la persistance d'informations erronées circulant au sein même des milieux académiques et du système de la santé et des services sociaux (14). À titre d'exemple, des stéréotypes à l'endroit des personnes autistes, dont leur présumé « manque » d'empathie, couplé à la méconnaissance (voire au rejet) de connaissances scientifiques récentes (12), sont sources de préjugés, d'exclusion et de discrédit. C'est notamment le cas des personnes prestataires autistes qui sont parfois jugées inaptes à offrir des soins de santé ou des services sociaux.

Ce manque de formation est particulièrement problématique pour les personnes ND qui présentent un fonctionnement neurocognitif et des expériences de vie qui s'écartent de celles de leurs prestataires de soins et services. Cela génère des difficultés mutuelles à comprendre et interpréter les styles communicationnels et les besoins de l'autre (12,15), en plus d'affecter la sensibilité et l'analyse clinique des prestataires, compromettant ainsi la qualité et l'efficacité des soins.

Les trois constats présentés ci-haut entraînent une diversité de **conséquences** dans la vie des personnes bénéficiaires ou prestataires de soins et services concernées, dont trois sont explicités ci-dessous.

1) Camouflage social et les autres conséquences qu'il entraîne :

Pour éviter la stigmatisation et les contextes de soins inadaptés dus aux pratiques neuronormatives, les personnes ND utilisent diverses stratégies pour dissimuler ou modifier leurs réactions spontanées, appelées « camouflage social ». Cela peut impliquer de cacher certaines difficultés, d'éviter de partager certaines informations ou de se forcer à maintenir un contact visuel. En contexte de soin ou de service, le camouflage social est notamment source de fatigue, de stress et d'anxiété (16). Il contribue aussi au maintien d'obstacles supplémentaires à l'accès aux soins et services, ainsi qu'à des pratiques de gestion inéquitables, des difficultés de rétention du personnel et des démissions ou licenciements des prestataires ND (12).

2) Résultats d'évaluation biaisés :

Comme exploré au point précédent, le manque d'adaptation des soins et services peut générer des expériences difficiles pour les personnes ND, pouvant les pousser à masquer leurs difficultés, affectant ainsi la qualité des évaluations. L'intersection d'identités sociales marginalisées (genre, âge, orientation sexuelle, ethnicité) ajoute des obstacles supplémentaires (17). Par exemple, les personnes racisées ou encore femmes, de même que les personnes non-binaires ou les hommes trans sont plus nombreux à recevoir des « diagnostics » tardifs d'autisme ou de « TDAH ».

3) Menace à la qualité et à la sécurité des soins et services :

Au Québec comme ailleurs, plusieurs personnes professionnelles ne se sentent pas suffisamment outillées pour intervenir auprès de personnes ND (18,19). Le manque de formation sur la neurodiversité et la neurodivergence menace la qualité et la sécurité des soins et services. Il peut mener à de « mauvais » diagnostics (p. ex. une personne douée intellectuellement diagnostiquée à tort avec un trouble de l'humeur en raison d'épisodes d'hyperexcitabilités) ou encore nuire à l'accès à des soins ou services pourtant requis (p. ex. des critères d'éligibilité de programmes en santé mentale qui excluent les personnes autistes, alléguant qu'elles n'ont pas les habiletés introspectives nécessaires). Il est également préoccupant que des personnes ND évitent de consulter la première ligne malgré leurs besoins par crainte de recevoir des services inadaptés ou préjudiciables (6), souvent en réaction à de mauvaises expériences passées.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les constats et les conséquences de ce présent rapport d'expertise soulignent l'importance de transformer les approches courantes en santé et services sociaux pour transitionner vers des approches neuroinclusives. Les huit recommandations qui suivent visent à améliorer l'expérience des bénéficiaires ND, les retombées des soins et services offerts et le bien-être des ressources humaines en santé et services sociaux, avec comme pierre angulaire l'amélioration de l'équité en santé et services sociaux.

1. **Lignes directrices** : Élaborer des lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes ND. Les impliquer concrètement dans les décisions et collaborer avec des organismes communautaires qui fonctionnent selon le principe « par, avec et pour » les personnes ND.

2. **Personne répondante** : Désigner une personne répondante « en santé et bien-être des populations ND » pour chaque région, afin d'assurer la mise en place de ces lignes directrices.
3. **Formation des prestataires de soins** : Créer et offrir une formation de base obligatoire sur la neurodiversité (incluant les réalités intersectionnelles) pour sensibiliser les prestataires et déconstruire les stéréotypes. Accorder le *leadership* de la création de cette formation à des personnes chercheuses et professionnelles ND et impliquer des organismes qui fonctionnent selon le principe « par, avec et pour » les personnes ND.
4. **Pratiques neuroinclusives** : Adopter des pratiques cliniques d'évaluation et d'intervention informées par la neurodiversité. Adopter des outils et des modalités plus flexibles (p. ex. diversifier les modes de communication, élargir l'usage de la télépratique). Accepter, voire valoriser les façons ND d'être, d'agir et de communiquer (p. ex. les comportements d'autostimulation, communément appelé *stimming*, le déversement d'informations, également nommé *infodumping*). Favoriser l'autodétermination. Répandre les principes permettant de faciliter une meilleure communication neuromixte.
5. **Environnements accessibles** : Créer des espaces sensoriellement inclusifs, adapter les consultations et soutenir les personnes professionnelles ND par la mise en place de mesure d'accessibilité (parfois dites « d'aménagement » ou « d'accommodation »).
6. **Lutte contre la discrimination** : Mettre en place des mécanismes pour prévenir la stigmatisation, les discriminations et l'oppression. Réduire et dénoncer les pratiques pathologisantes.
7. **Information et outils** : Développer des outils pour soutenir autant les personnes bénéficiaires que prestataires de soins et services ND. Adopter des stratégies permettant d'établir et de faciliter le dialogue entre personnes ND, prestataires de soins et gestionnaires. Informer les personnes ND de leurs droits au sein du système de santé et de services sociaux (comme personnes bénéficiaires ou employées).
8. **Poursuivre la recherche en contexte québécois** : Mieux documenter les expériences des personnes ND au Québec, dont celles présentant des intersectionnalités. Inclure ces personnes dans la production des savoirs (20) et encourager des pratiques de recherche participatives inclusives (21). Diffuser largement les connaissances scientifiques sur la neurodivergence et les approches neuroinclusives et offrir des activités de mobilisation des connaissances.

OUTIL POUR ALLER PLUS LOIN (pour en apprendre plus sur le camouflage social ainsi que sur les enjeux et les bienfaits de la communication neuromixte)
https://crispesh.ca/app/uploads/2024/06/Guide_FaciliterCommunicationNeuromixte.pdf

RÉFÉRENCES

1. Doyle, N. (2020). Neurodiversity at work: a biopsychosocial model and the impact on working adults, *British Medical Bulletin*, 135(1), 108-125. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa021>
2. Bertilsdotter Rosqvist, H., Chown, N. et Stenning, A. (2020). Neurodiversity studies: a new critical paradigm. Routledge.
3. Swain, J. et French, S. (2000). Towards an Affirmation Model of Disability. *Disability & Society*, 15(4), 569-582. <https://doi.org/10.1080/09687590050058189>
4. Catala, A. (2023, 11 avril). Understanding Neurodiversity, Unlearning Neuronormativity | Blog of the APA. <https://blog.apaonline.org/2023/04/11/understanding-neurodiversity-unlearning-neuronormativity/>
5. Wood, V. R., Bouchard, L., De Wit, E., Martinson, S. P. et Van Petegem, P. (2024). Prevalence of emotional, intellectual, imaginational, psychomotor, and sensual overexcitabilities in highly and profoundly gifted children and adolescents: A mixed-methods study of development and developmental potential. *Education Sciences*, 14(8), 817. <https://doi.org/10.3390/educsci14080817>
6. Shaw, S. C., Carravallah, L., Johnson, M., O'Sullivan, J., Chown, N., Neilson, S. et Doherty, M. (2024). Barriers to healthcare and a 'triple empathy problem' may lead to adverse outcomes for autistic adults: A qualitative study. *Autism*, 28(7), 1746-1757. <https://doi.org/10.1177/13623613231205629>
7. Botha, M. et Frost, D. M. (2018). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and mental health*, 10(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/2156869318804297>
8. Mitchell, P., Sheppard, E. et Cassidy, S. (2021). Autism and the double empathy problem: Implications for development and mental health. *The British Journal of Developmental Psychology*, 39(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12350>
9. Catala, A., Faucher, L., et Poirier, P. (2021). Autism, epistemic injustice, and epistemic disablement: A relational account of epistemic agency. *Synthese*, 199(3-4), 9013-9039. <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03192-7>
10. Winter, J. (2024, 12 février). The Argument Over a Long-Standing Autism Intervention. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/science/annals-of-medicine/the-argument-over-a-long-standing-autism-intervention>
11. Leaf, J.B., Cihon, J.H., Leaf, R., McEachin, J., Liu, N., Russell, N., Unumb, L., Shapiro, S. et Khosrowshahi, D. (2022). Concerns About ABA-Based Intervention: An Evaluation and Recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 2838- 2853. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05137-y>
12. Désormeaux-Moreau, M. (2024). Savoirs sur l'autisme et savoirs autistes. Réflexion sur les enjeux épistémologiques et les injustices épistémiques qui caractérisent la recherche et les connaissances dans le domaine de l'autisme. *Cahiers franco-latino-américains d'études sur le handicap*, (2). https://doi:10.56078/cfla_discapacidad.345
13. Kupferstein, H. (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*, 4(1), 19-29. <https://doi.org/10.1108/AIA-08-2017-0016>
14. Botha, M. (2021). Academic, activist, or advocate? Angry, entangled, and emerging: A critical reflection on autism knowledge production. *Frontiers in psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727542>

15. Milton, D.E. (2012). On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'. *Disability & Society*, 27(6), 883-887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
16. Cleary, M., West, S., Kornhaber, R. et Hungerford, C. (2023). Autism, discrimination and masking: Disrupting a recipe for trauma. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(9), 799-808. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2239916>
17. Connolly, T., Rahimi, S., Vukovic, B. et Brown, H.M. (2024). Une perspective neurodivergente : Pratiques recommandées pour l'inclusion de la neurodiversité. *Institut de l'accessibilité de l'Université Carleton*, Ottawa.
18. Brault-Labbé, A., Poirier, J. et Brassard, A. (2023). État des connaissances, perceptions et besoins professionnels de psychologues québécois face à la douance : Une étude exploratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 127. <https://doi.org/10.7202/1100440ar>
19. Corden, K., Brewer, R. et Cage, E. (2022). A systematic review of healthcare professional's knowledge, self-efficacy and attitudes towards working with autistic people. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(3), 386-399. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00263-w>
20. Boisvert, M. E. et Odier-Guedj, D. (2024). Donner la parole à des adolescents autistes: l'ethnographie pour soutenir leur discours. *Revue internationale de communication et socialisation*, 11(1), 75-91. <https://doi.org/10.7202/1112589ar>
21. Poulin, M.-H., Désormeaux-Moreau, M. et Grandisson, M. (2023). Guide de pratiques inclusives en recherche participative. Trois-Rivières, Canada: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Santé physique et diagnostic psychiatrique : quand le masquage diagnostique compromet l'accès aux soins requis par la condition de la personne

Marie-Claude Jacques¹, Pierre Pariseau-Legault², Magaly Brodeur¹, Aziza Driouch¹

¹ Université de Sherbrooke

² Université du Québec en Outaouais

FAITS SAILLANTS

- Le masquage diagnostique est un phénomène par lequel des symptômes physiques sont attribués à tort au trouble mental d'une personne.
- Ce phénomène est rapporté par de nombreuses personnes qui ont un diagnostic psychiatrique, dont les problèmes de santé physique en viennent à être ignorés.
- Il peut entraîner des délais de traitement importants, pouvant dans certains cas mener à des décès, faute de soins au moment opportun.
- Les causes de ce phénomène sont complexes, mais la stigmatisation envers les personnes psychiatisées en est un facteur central.
- Pour réduire le masquage diagnostique, les professionnel(le)s de la santé de première ligne devraient bénéficier d'activités de sensibilisation, de formations pertinentes et d'un meilleur soutien dans leur pratique.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les données épidémiologiques révèlent une réduction significative de l'espérance de vie de 10 à 20 ans chez les personnes vivant avec un trouble de santé mentale par rapport à la population générale, atteignant jusqu'à 15,4 années de vie perdues pour certains troubles, tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires (1,2). Ce phénomène est également aggravé par des maladies cardiovasculaires, les cancers et le suicide (3). De plus, le risque de décès est doublé pour les maladies infectieuses et est triplé pour les infections respiratoires telles que la pneumonie (3).

En plus des comportements de santé à risque comme le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité, qui ne sont pas uniques aux personnes ayant un problème de santé mentale, la surmortalité résulte de multiples facteurs. Pour ces personnes, les comorbidités physiques mal prises en charge et un accès limité aux soins (1) sont des facteurs importants expliquant cette situation. L'un des facteurs expliquant ce manque de soins en temps opportun est **le phénomène du masquage diagnostique**. Ce phénomène survient lorsque les symptômes physiques d'une personne sont erronément attribués à un trouble mental (4). Il est rapporté par de nombreuses personnes ayant à leur dossier un diagnostic de trouble mental ou un trouble lié à l'usage de substances (TUS) (5–7), indépendamment de leur condition mentale. Au Québec, le Collectif *La santé sans préjugés*, composé de personnes qui ont subi le masquage diagnostique, le définit

comme le fait de ne pas être reconnu, écouté et cru lorsqu'elles rapportent des maux physiques, des agressions subies ou des effets secondaires de leur médication psychiatrique (8).

Le diagnostic de trouble mental ou de TUS devient un objet de stigmatisation permanent dans le dossier médical de la personne. Même si son état mental est stable depuis des années, ses plaintes physiques seront interprétées comme des symptômes psychiatriques; on lui dira que « c'est dans sa tête », on mettra en doute son adhésion à sa médication psychiatrique et souvent, elle sera orientée vers une unité de soins psychiatrique, sans investigation sur l'origine réelle de ses symptômes (5,6).

Par exemple, nous avons documenté dans une étude antérieure l'expérience de Bastien [pseudonyme], survenue dans le système de santé québécois. Pendant des mois, Bastien a souffert de vomissements persistants et d'une soif intense, mais ses symptômes ont été systématiquement attribués à une schizophrénie récemment diagnostiquée. Plutôt que d'être pris au sérieux et d'obtenir des examens appropriés, il était interrogé sur son niveau de stress et sur son adhésion à la médication antipsychotique. Ce n'est qu'après avoir consulté dans une clinique où il était inconnu, sans mentionner sa schizophrénie, qu'un diabète sévère a été diagnostiqué, avec une glycémie atteignant des niveaux critiques. Il a dû être hospitalisé plusieurs jours pour que son diabète soit stabilisé (9). Pourtant, l'hyperglycémie est une conséquence relativement courante de la prise d'antipsychotiques. Ce cas illustre d'une manière frappante les conséquences du phénomène du masquage diagnostique sur l'accès aux soins, et soulève les risques de détérioration évitables de la santé et une augmentation des coûts pour le système de santé.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Stigmatisation. La stigmatisation en santé mentale est un phénomène largement documenté et reconnu comme une barrière à l'accès aux soins de santé physique (4). Ainsi, 20 % des Canadiens diagnostiqués d'un trouble mental et 50 % de ceux en rétablissement d'un TUS déclarent avoir subi des préjugés, de la stigmatisation ou de la discrimination dans le système de santé canadien (10). Parmi les mécanismes en cause, les biais cognitifs influencent la prise de décision des professionnels, les amenant à se fier seulement à leur première impression, à tirer des conclusions hâtives et à fonder leur jugement sur des préconceptions concernant des catégories de personnes (p. ex. genre, ascendance culturelle, état psychiatrique). Les préjugés les plus courants envers les personnes psychiatisées suggèrent qu'elles sont incapables d'évaluer leur propre état de santé, peu crédibles ou incompetentes dans la gestion de leurs soins (11). Plus préoccupant encore, soulignons que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont souvent perçues comme une clientèle impopulaire dans les milieux de soins de première ligne, particulièrement à l'urgence. Plusieurs professionnels œuvrant en première ligne ne sont pas désireux de les soigner et des cas de refus de prise en charge médicale ont été clairement documentés (12).

Présentations cliniques complexes. Les comorbidités physiques et psychiatriques constituent des défis diagnostiques complexes en contexte de première ligne, rendant leur investigation plus difficile. Par exemple, les symptômes psychiatriques peuvent compliquer l'évaluation, notamment si la personne est désorientée, agitée ou peu coopérative. Il peut également être difficile pour la personne elle-même de distinguer si

ses symptômes sont d'origine physique ou psychologique. Plus encore, par crainte de stigmatisation, certaines personnes dissimulent leurs diagnostics psychiatriques ou leurs traitements pharmacologiques associés, rendant l'évaluation plus difficile pour les professionnel(le)s et augmentant ainsi le risque d'interactions médicamenteuses indésirables (5).

Enjeux structurels. L'organisation fragmentée des services, la formation des professionnel(le)s de la santé, la pratique en silo et l'absence de consensus sur la répartition des responsabilités entre professionnel(le)s et spécialistes peuvent compliquer la prise en charge des personnes atteintes de comorbidités complexes. De plus, des cultures profondément ancrées dans certains milieux de soins perpétuent des attitudes stigmatisantes envers les personnes vivant avec un trouble de santé mentale (11). Les contraintes de temps, la pression pour réduire les listes d'attente ou encore les systèmes de facturation médicale (p. ex. une visite = un seul diagnostic) sont également identifiés comme éléments défavorables aux soins médicaux de qualité pour cette population (4,5). Enfin, les étiquettes de « grand(e) utilisateur(trice) de services » dans le dossier médical (physique ou informatisé) sont particulièrement dommageables et contribuent à la stigmatisation (13).

Délais ou non-accès aux soins. Le masquage diagnostique entraîne des délais de soins pouvant être fatals (6). Les personnes peuvent se retrouver indûment orientées vers la psychiatrie, privées des investigations requises et exposées à des délais de diagnostic et de prise en charge. Certaines quittent l'urgence avec une simple modification ou augmentation de leur médication psychiatrique, sans intervention complémentaire. Des témoignages rapportent une détérioration de l'état de santé et des dommages irréversibles (14).

Sentiment de déshumanisation et stratégies de survie. Il est essentiel de ne pas sous-estimer la détresse profonde et la colère ressentie lorsqu'une demande d'aide pour un problème de santé légitime n'est pas prise au sérieux. Ces personnes se heurtent à un manque de réponse à leurs questions tandis que les propos du personnel soignant à leur égard peuvent être désobligeants (7). Cette situation fragilise davantage des personnes déjà vulnérables sur le plan mental, les amenant à douter d'elles-mêmes et de leurs capacités, ce qui engendre un profond sentiment de perte de pouvoir (5). Pour contourner ces obstacles, certaines adoptent des stratégies risquées pour recevoir des soins, comme cacher leur diagnostic psychiatrique lors d'une visite à l'urgence ou attendre trop longtemps avant de consulter, augmentant ainsi le risque de complications (13). Enfin, pour être prises au sérieux, des personnes choisissent de toujours se présenter aux consultations médicales accompagnées d'une personne proche ou d'un(e) intervenant(e), renforçant ainsi l'image d'incapacité à gérer sa propre santé (13).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Bien que le phénomène du masquage diagnostique ait été identifié par la recherche il y a une quarantaine d'années, il demeure courant, toléré dans certains milieux et rarement dénoncé. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux hésitent à porter plainte à la suite de tels événements, ce qui contribue à minimiser l'ampleur réelle du phénomène et de ses conséquences. La recherche actuelle repose principalement sur des enquêtes et des témoignages, offrant ainsi une vision partielle du problème. En effet, bien que le phénomène et ses conséquences sur les personnes soient bien décrits, les mécanismes

sous-jacents liés à la culture organisationnelle et à la gestion de ces situations dans les milieux de soins restent peu connus.

Néanmoins, il est impératif d'agir sans attendre. Les professionnel(le)s de santé de première ligne, incluant ceux et celles œuvrant à l'urgence, devraient bénéficier de formations et d'activités de sensibilisation basées sur les meilleures pratiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant un trouble mental ou liés à l'usage de substances, principalement des activités impliquant des personnes ayant vécu le masquage diagnostique. Par ailleurs, les directions d'établissements devraient prendre position pour dénoncer ce phénomène et s'engager à mettre en place des mesures concrètes pour le combattre, accompagnées d'une évaluation continue de leur efficacité (15).

RÉFÉRENCES

1. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, Chu RST, Fung VSC, Wong GHS, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023 Nov 1; 65:102294.
2. Chen D, Ejlskov L, Laustsen LM, Weye N, Sørensen CLB, Momen NC, et al. The Role of Socioeconomic Position in the Association Between Mental Disorders and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024 Feb 1;81(2):125–34.
3. Ronaldson A, Santana IN, Carlisle S, Atmore KH, Chilman N, Heslin M, et al. Severe mental illness and infectious disease mortality: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 Feb 2];77. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00446-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00446-2/fulltext)
4. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, Chammay R el, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*. 2022 Oct 22;400(10361):1438–80.
5. Molloy R, Brand G, Munro I, Pope N. Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 1];n/a(n/a). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.16151>
6. Happell B, Ewart SB, Bocking J, Platania-Phung C, Stanton R. 'That red flag on your file': Misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2016 Oct;25(19–20):2933–42.
7. Cunningham R, Imlach F, Lockett H, Lacey C, Haitana T, Every-Palmer S, et al. Do patients with mental health and substance use conditions experience discrimination and diagnostic overshadowing in primary care in Aotearoa New Zealand? Results from a national online survey. *Journal of Primary Health Care*. 2023;15(2):112–21.
8. Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, Action autonomie, Prise II, ReprésentAction santé mentale Québec. Collectif la santé sans préjugés. n.d.
9. Jacques, M., St-Cyr Tribble, D. et Bonin, J. (2016). Le dévoilement de soi chez les hommes vivant avec la schizophrénie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 126(3), 80-92. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0080>.

10. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2019). « Lutte contre la stigmatisation, vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019 ». Ottawa, ON: ASPC. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
11. Nash M. Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*. 2013 Dec;17(4):22–6.
12. Ozenne J. La stigmatisation en santé mentale dans le contexte de pandémie. Observations cliniques et premières interrogations. *L'information psychiatrique*. 2021;97(1):19–26.
13. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007 Apr;16(2):126–131.
14. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2014 Nov 4;9(11):e111682.
15. Commission de la santé mentale du Canada. Combattre la stigmatisation structurelle dans les soins de santé. Un guide de mise en œuvre pour susciter un véritable changement pour et avec les personnes vivant avec la maladie mentale et/ou des problèmes d'usage de substances [Internet]. Ottawa, canada; 2023. Available from: <https://commissionsantementale.ca/stigmatisation-structurelle/eliminer-stigmatisation-structurelle-dans-les-soins-de-sante/>

Les défis de la surmédicalisation en santé mentale

Mélissa Généreux, professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- On observe une hausse de la souffrance psychologique et des consultations en santé mentale, ce qui exerce une pression croissante sur la première ligne de soins.
- Notre système de santé, nos systèmes d'assurance et notre société contribuent à la surmédicalisation en santé mentale, soit la tendance à poser des diagnostics ou à administrer des traitements inutilement.
- Un modèle de soins de première ligne davantage centré sur l'analyse des besoins et les approches non pharmacologiques en réponse à ces besoins permettrait d'atténuer le phénomène de la surmédicalisation en santé mentale.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

On sera tous et toutes un jour ou l'autre affecté(e)s par une moins bonne santé mentale, directement ou indirectement, que ce soit par une expérience personnelle ou celle d'un proche. Environ la moitié de la population, parvenue à l'âge de 40 ans, aura déjà souffert d'un trouble mental (1). Il apparaît légitime, voire sain, dans ce contexte de poser un regard critique sur notre modèle de soins de première ligne en santé mentale, afin d'identifier de possibles pistes d'amélioration.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

La santé mentale de la population, en particulier celle des jeunes, est mise à mal depuis une ou deux décennies, la pandémie ayant accéléré la hausse de la souffrance. Ce phénomène serait attribuable aux facteurs de stress relevant de changements sociétaux rapides (p. ex. omniprésence des écrans, hausse du coût de la vie, conflits géopolitiques) envers lesquels on a peu de contrôle et qui nécessitent des actions collectives s'attaquant à leur racine. Une enquête menée par l'Université de Sherbrooke en 2023 auprès de 18 000 jeunes âgés 12 à 25 ans de quatre régions du Québec a révélé que 37 % d'entre eux rapportaient des symptômes modérés d'anxiété ou de dépression (2). Dans la même veine, les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) révèlent qu'en dix ans, les troubles anxieux ou dépressifs (diagnostiqués par un médecin) ont bondi de 104 % chez les filles de 10 à 14 ans, de 95 % chez celles de 15 à 19 ans et de 46 % chez celles de 20 à 24 ans (3). Plusieurs sources de données (ordonnances traitées en pharmacie, assureurs privés, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)) arrivent à la même conclusion : la consommation d'antidépresseurs est en forte hausse depuis une quinzaine d'années au Québec.

Par exemple, selon les données d'IQVIA¹, les filles de 12 à 17 ans étaient six fois plus nombreuses à prendre des antidépresseurs en 2023 qu'en 2019 (4). Une analyse récente de l'Institut national de santé publique du Québec sur les comportements suicidaires au Québec mène à des constats tout aussi préoccupants. On y constate que de 2023 à 2024, les visites aux urgences pour idées suicidaires semblent à la hausse, et ce, dans tous groupes d'âge, tant chez les femmes que chez les hommes (5).

La hausse à la fois de la souffrance psychologique et des consultations en santé mentale exerce une pression croissante sur la première ligne de soins. De nombreux écueils compromettent cependant sa capacité à répondre à cette demande accrue, incluant la rareté de la main-d'œuvre, le glissement du personnel vers les services privés et la culture médico-centrée. En découle une inadéquation entre les besoins exprimés, d'une part, et la capacité d'y répondre adéquatement, d'autre part. Le tout contribue au phénomène de la surmédicalisation, soit la propension de la médecine à poser des diagnostics (c.-à-d. le surdiagnostic) ou à administrer des traitements (c.-à-d. le surtraitement) inutilement. Ce phénomène complexe est lié à au moins cinq grands défis collectifs présentés ci-dessous :

Premièrement, en tentant de trouver une explication médicale à tout souci de santé mentale, notre société participe elle-même à la surmédicalisation. Au lieu de se concentrer sur les besoins (de sécurité, d'attachement, de sens, de reconnaissance, etc.) qui se cachent derrière la souffrance, on la camoufle d'un terme clinique qui dévie l'attention vers une solution médicale. Dès l'identification d'un diagnostic, on cherche à traiter la maladie plutôt que de s'attaquer à l'origine du problème. Nos différents systèmes contribuent, malgré eux, à cette tendance, par l'accès facilité aux ressources d'aide (à l'école, en milieu de travail, en CLSC, à l'hôpital, etc.) en présence d'un diagnostic.

Deuxièmement, l'avènement d'un outil diagnostique plus « performant », à savoir la version la plus récente du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V), détient sa part de responsabilité. L'augmentation du nombre de diagnostics et l'assouplissement de certains critères requis pour les poser ouvrent la porte au surdiagnostic. Des scientifiques lui reprochent ainsi sa contribution à l'augmentation non justifiée des diagnostics et, par conséquent, de l'usage de médicaments (6). On ne peut ici passer sous silence l'influence probable de l'industrie pharmaceutique, puisque l'accès au traitement pharmacologique (remboursable par les assurances) nécessite un diagnostic médical, qui est généralement fondé sur les critères dictés dans le DSM-V (7).

Troisièmement, le positionnement central qu'occupent les médecins, par rapport à d'autres professionnel(le)s qualifié(e)s en santé mentale, dans la prise en charge de la souffrance psychologique en première ligne exacerbe la surmédicalisation. Il faut savoir qu'au Québec, environ 40 % des consultations auprès d'un médecin de famille seraient dorénavant pour un trouble mental (8) et que 80 % des ordonnances d'antidépresseurs seraient rédigées par des médecins de famille (9). L'approche médicale prédominante fait en sorte que, souvent, les efforts en première ligne sont déviés vers la recherche d'un diagnostic et d'un traitement, plutôt que vers l'analyse et la réponse aux besoins sous-jacents. C'est en tentant de comprendre les difficultés qui se cachent derrière leur

¹ IQVIA est une multinationale qui se spécialise dans l'analyse de données de santé. Les données d'IQVIA sont utilisées sous licence « GPM Custom Insights ». Elles reflètent des estimations générées à partir des ordonnances dispensées en pharmacies communautaires et correspondant à environ 80 % de toutes celles dispensées au Canada.

souffrance ainsi que les préférences individuelles que des approches thérapeutiques non pharmacologiques, souvent plus adaptées à la réalité des patient(e)s, sont privilégiées.

Quatrièmement, les défis d'accessibilité et de continuité des soins de première ligne (notamment lié au manque de personnel) peuvent, de manière paradoxale, amplifier la surmédicalisation. Prenons le cas typique d'une personne qui doit consulter dans une clinique « sans rendez-vous » ou à l'urgence pour une détresse psychologique intense, faute d'avoir accès à une équipe soignante plus stable. De telles évaluations cliniques rapides, ponctuelles et impersonnelles ont le potentiel de mener au surdiagnostic et au surtraitement des troubles mentaux. Les professionnel(le)s œuvrant dans ce contexte n'ont en effet pas la chance de discuter en profondeur des alternatives non pharmacologiques ni d'offrir un suivi permettant de réévaluer l'état afin de préciser le diagnostic et de prescrire un traitement plus approprié. La prescription d'antidépresseurs devient alors une approche rapide, simple et accessible pour apporter un répit à la souffrance. De plus, en l'absence d'accès stable à une équipe, la réévaluation de la pertinence de poursuivre ou non la prise d'antidépresseurs n'est pas garantie. Plusieurs personnes se retrouvent ainsi à consommer des antidépresseurs pendant plusieurs années, avec un renouvellement annuel presque automatique.

Cinquièmement, si la psychothérapie est une forme de traitement non pharmacologique des troubles mentaux largement reconnue, les systèmes de santé et d'assurance québécois encouragent davantage le recours à la médication. La médication est assurée par les régimes d'assurance privée ou par la RAMQ pour les personnes qui ne détiennent pas d'assurances privées. En prenant en considération la couverture offerte par la RAMQ, une dose d'antidépresseur peut coûter aussi peu que 0,30 \$ (10) pour un total approximatif de 9 \$ par mois, ce qui est beaucoup plus abordable qu'une séance de psychothérapie au privé, souvent offerte sur une base hebdomadaire, au coût de 120 \$ à 180 \$ la séance (non couvert par la RAMQ).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

En somme, il est clair que notre système de santé, nos systèmes d'assurance et notre société de manière plus large encouragent chacun à leur manière le phénomène de surmédicalisation observé en santé mentale. Cette surmédicalisation n'est pas sans conséquence pour le bien-être des personnes souffrantes, dont les réels besoins demeurent sans réponse, ou encore pour le système de santé, qui doit faire face à une escalade de demandes et de coûts pourtant évitables.

Devant cette pente glissante de la surmédicalisation en santé mentale, plusieurs pistes d'amélioration gagneraient à être considérées afin de revoir le modèle de soins en première ligne. Selon la nature et l'intensité de la souffrance, de nombreuses options non médicales pourraient être préconisées, comme le recours à l'autosoins (11), à la psychoéducation, à la psychothérapie assistée par ordinateur, à un programme structuré d'activité physique, à la luminothérapie, au yoga, etc. Les préférences de la personne souffrante devraient dans tous les cas être considérées dans l'établissement du plan de traitement, en l'informant des effets bénéfiques, des effets secondaires et des alternatives possibles. La mise en place de stratégies visant à diminuer ou cesser la médication (lorsqu'indiqué) devrait également faire partie de l'approche prônée lors du rétablissement. En outre, l'accès à la psychothérapie, sans frais et dans un délai raisonnable, devrait être la norme pour tous et toutes, même si cela implique un

rehaussement de salaire et une révision des conditions de travail des professionnel(le)s autorisé(e)s à l'exercer. Devant l'ampleur des besoins en santé mentale, il faut par ailleurs veiller à impliquer et à soutenir davantage les proches des personnes souffrant de troubles mentaux dans les soins et services. Enfin, on doit chercher à construire des réseaux plus intégrés à l'échelle des communautés, afin d'assurer aux personnes souffrantes et à leurs proches l'accès à une gamme diversifiée et complémentaire de services leur permettant de retrouver une qualité de vie et de s'épanouir.

RÉFÉRENCES

1. Faits saillants sur la santé mentale et la maladie mentale, sur le site de l'Association canadienne pour la santé mentale. Repéré à <https://cmha.ca/fr/brochure/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>
2. Généreux, M., Bergeron, J., Bourassa, L., Brisson Sylvestre, M.-P., Fafard, A.-C., Melançon, M.-È. (2023). Enquête sur la santé psychologique des 12 à 25 ans. Université de Sherbrooke. https://reussirestrie.ca/wp-content/uploads/2023/05/RAPPORT_mai_2023_vf.pdf
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), actualisation découpage territorial version M34-2022. Québec : Gouvernement du Québec.
4. Fournier, M.-È. (20 juillet 2024). Attention : humains fragiles. La Presse. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2024-07-20/attention-humains-fragiles.php>
5. INSPQ (2025). Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2025. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/3611>
6. Pearce S. (2014). DSM-5 and the rise of the diagnostic checklist. *Journal of Medical Ethics*; 40: 515-516. <https://jme.bmj.com/content/40/8/515>
7. Frances, A.J., Nardo, J.M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 203(1):1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127647.
8. Desautels, K. (21 juin 2024). Le ministre Carmant veut étendre les services en santé mentale, La Presse.
9. IQVIA. (2024). Fiche d'information sur la Prévalence et traitements des troubles de santé mentale : Tendances de l'utilisation des antidépresseurs au Canada, 2019-2023. Repéré à <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/fact-sheets/snapshot-antidepressants-2024-fr.pdf>
10. Teboul, E., Raymond, J.-C. (2022). Coûts des antidépresseurs. Repéré à <https://ampq.org/wp-content/uploads/2022/06/juillet-2022-couts-des-antidepresseurs-eric-teboul-jean-christophe-raymond.pdf>
11. Laboratoire Vitalité. (2024). Aller mieux à ma façon. Université du Québec à Montréal (UQÀM). Repéré à <https://allermieuxamafacon.ca/>

SOURCE SUGGÉRÉE

- Généreux, M. (2025). Renforts : un essai pour la santé mentale. Leméac.

Troubles mentaux courants et retour au travail : un défi de collaboration et de coordination pour les soins de première ligne au Québec

Brigitte Vachon, Ph. D.^{1,2}, **Catherine Briand**, Ph. D.^{2,3}, **Cynthia Cameron**, M.D.⁵, **Marie-José Durand**, Ph. D.⁴, **Nadia Giguère**, Ph. D.¹, **Quan Nha Hong**, Ph. D.¹, **Justine Labourot**, M. Sc.^{1,2}, **Elyse Marois**, Ph. D.¹, **Matthew Menear**, Ph. D.⁵, **Francine Roberge**, patiente partenaire², **Marielle Trottier**, M.D. et patiente partenaire⁶

¹ Université de Montréal

² Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

³ Université du Québec à Trois-Rivières

⁴ Université de Sherbrooke

⁵ Université Laval

⁶ Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

FAITS SAILLANTS

Les personnes en arrêt de travail à cause d'un trouble mental courant (TMC) ont besoin d'avoir accès en temps opportun à des traitements pharmacologiques, psychologiques et de réadaptation au travail pour éviter les rechutes, l'invalidité et les retraites prématurées.

- Actuellement, de nombreuses personnes n'ont pas accès à ces services, n'ayant pas de couverture assurantielle. Il importe qu'ils soient accessibles en première ligne pour tous afin de réduire les iniquités en santé et les conséquences socioéconomiques.
- La prise en charge unique par un médecin de famille s'avère souvent insuffisante dans ce contexte et peut être la cause d'invalidité prolongée.
- Bien que la combinaison d'un traitement pharmacologique à des interventions psychosociales par un psychologue ou un travailleur social soit efficace pour réduire les symptômes associés au trouble mental courant, elle s'avère souvent insuffisante pour favoriser le retour au travail.
- Les interventions assurant la collaboration et la coordination entre la personne en arrêt de travail, l'employeur, l'assureur et les professionnels de la santé sont des composantes clés pour favoriser un retour au travail durable et en santé.
- Les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les psychologues sont les professionnels maintenant habilités par la loi pour prescrire un arrêt de travail et recommander le retour au travail. Toutefois, la gestion des arrêts et des retours progressifs au travail exige une expertise pour évaluer les capacités fonctionnelles de travail d'une personne ainsi que pour évaluer et adapter les tâches et l'environnement de travail, ce qui correspond au champ d'exercice des ergothérapeutes.

PROBLÉMATIQUE

Une personne sur cinq vivra au cours de sa vie au moins un épisode de TMC, s'exposant ainsi à un risque accru d'incapacité prolongée au travail (1). Au Canada, chaque semaine, un demi-million de personnes s'absentent du travail en raison d'un trouble mental (2). Alors que la prévalence des incapacités liées aux TMC ne cesse d'augmenter (3), il est particulièrement préoccupant de constater que près de 25 % des personnes touchées subissent un arrêt de travail prolongé de plus de six mois (4). Or, plus un arrêt se prolonge, plus les chances de rétablissement et de retour au travail diminuent (5). Les rechutes sont également fréquentes : sur une période de sept ans, 19 % des personnes ayant vécu un TMC connaîtront un nouvel arrêt de travail. De plus, 90 % des récurrences surviennent dans les trois mois suivant l'épisode initial, avec des arrêts souvent plus longs que le précédent (6). Au-delà des impacts humains et sociaux, le fardeau économique des troubles mentaux est considérable. Chaque année, ils coûtent plus de 50 milliards de dollars au Canada, dont 6 à 19 milliards sont attribuables à la perte de productivité due à l'absentéisme, au présentéisme et à l'exclusion du marché du travail (2).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Décider d'un arrêt de travail ou d'un retour au travail

Au Québec, la gestion des arrêts de travail relève légalement des médecins de famille, des IPS) et, plus récemment, des psychologues, qui sont désormais habilités à prescrire un arrêt et un retour au travail (7,8). Toutefois, des études récentes révèlent que de nombreux médecins de famille ne se considèrent pas comme les professionnels les plus compétents pour évaluer les capacités de travail et gérer les arrêts prolongés. Ils rapportent un manque de formation, de connaissances et de compétences en santé mentale, ce qui limite leur capacité à orienter adéquatement leurs patients vers les ressources appropriées (7,9). Leur décision repose principalement sur l'intensité des symptômes, sans toujours tenir compte des exigences spécifiques du travail.

Par ailleurs, la collaboration avec d'autres professionnels de la santé est rare, tout comme la communication avec les assureurs et les employeurs (9). En conséquence, les patients doivent souvent évaluer eux-mêmes leurs capacités de travail, identifier les tâches qu'ils peuvent accomplir (10) et négocier directement leurs conditions de retour avec leur employeur et leur assureur. Or, cette responsabilité repose sur des personnes déjà en situation de vulnérabilité, alors même que l'accès aux services de soutien psychologique et de réadaptation au travail demeure limité. Cette réalité représente un défi majeur pour les personnes aux prises avec un trouble mental, qui éprouvent des difficultés à s'organiser et à fonctionner au quotidien pendant cette période.

Être centré sur les besoins de la personne

L'importance de l'accès à des services adaptés aux besoins de la personne

M. Chicoine ressent actuellement beaucoup de stress au travail associé au manque chronique de personnel dans son entreprise. Il ne se sent plus en mesure de réaliser ses journées de travail à cause de ce stress. Son médecin diagnostique un trouble d'adaptation, prescrit un antidépresseur et recommande un arrêt de travail pour deux semaines. Le patient n'est pas très enclin à prendre de la médication et se questionne à savoir comment « rester à la maison » l'aidera à diminuer le stress ressenti au travail. Il a besoin de soutien pour trouver des solutions qui l'aideront à gérer son stress, améliorer son rendement et sa satisfaction au travail. Avec le soutien adapté du bon professionnel, M. Chicoine pourrait probablement éviter un arrêt de travail.

Lors d'un arrêt de travail lié à un trouble mental courant, il est essentiel de soutenir à la fois le rétablissement de la personne et son retour au travail. Cela nécessite une évaluation approfondie de ses besoins dès la consultation, afin de l'aider à surmonter des difficultés d'adaptation liées à une situation exceptionnelle, à envisager un changement d'emploi ou même à planifier une retraite en cohérence avec son projet de vie. Il importe d'évaluer le contexte et les besoins spécifiques de la personne pour éviter de prolonger inutilement l'arrêt de travail. Il est donc crucial de lui offrir un accompagnement adapté pour l'aider à identifier ses besoins, à naviguer dans le système de santé et des services sociaux et à comprendre les enjeux liés à son arrêt de travail de manière à prendre des décisions favorables à sa santé.

Les professionnels de la santé doivent reconnaître que la prise de décision partagée repose sur un processus d'information et d'accompagnement permettant à la personne d'identifier et de comprendre les facteurs qui influencent sa situation. Si les personnes souffrant de symptômes dépressifs ou anxieux ont besoin de soutien psychologique, elles doivent également être accompagnées dans l'identification de solutions adaptées ainsi que dans la mobilisation de leur environnement social, professionnel et de ressources communautaires afin de favoriser un rétablissement durable.

La valeur ajoutée de la collaboration interprofessionnelle

Une étude récente souligne l'importance pour les usagers d'avoir accès au bon professionnel en temps opportun (10). Qu'il s'agisse d'un pharmacien pour ajuster ou modifier une médication, d'un travailleur social ou d'un psychologue pour offrir des interventions cognitivo-comportementales brèves en première ligne, ou encore d'un ergothérapeute pour gérer l'arrêt de travail et faciliter la reprise des activités quotidiennes et professionnelles, un accès rapide et adapté est essentiel. Pour y parvenir, ces services devraient être intégrés au sein d'une même équipe interdisciplinaire, travaillant en partenariat avec la personne afin d'assurer une

Des situations complexes qui exigent la collaboration interprofessionnelle

Mme Ahmed est une femme de 51 ans qui est au Canada depuis 4 ans. Elle consulte un médecin de famille à cause d'une situation d'abus qu'elle vit dans son milieu de travail. L'IPS identifie des symptômes dépressifs importants. La patiente ne veut pas bénéficier d'un arrêt de travail, car elle craint de perdre son emploi. L'IPS est convaincue que cela serait nécessaire. La patiente comprend peu ses droits et ses protections juridiques. La collaboration interprofessionnelle avec le travailleur social de son équipe lui permet de s'assurer que Mme Ahmed sera bien accompagnée pour comprendre ses droits et naviguer les ressources disponibles dans le milieu communautaire.

communication fluide et une collaboration efficace. Lorsque des ressources externes (p. ex. services privés) sont impliquées, la présence d'un professionnel agissant comme un coordonnateur dédié à la gestion de l'arrêt de travail devient cruciale. Son rôle est d'orchestrer l'intervention des professionnels et des partenaires afin d'éviter des décisions fragmentées qui pourraient compromettre le rétablissement, le retour au travail et l'engagement de la personne dans son processus de soins.

Les interventions qui soutiennent le retour au travail et le rôle méconnu des ergothérapeutes

Les interventions favorisant un retour au travail réussi reposent sur une coordination efficace des services et sur l'adaptation du travail ou de son environnement. Si une période d'arrêt est parfois essentielle pour atténuer les symptômes des troubles mentaux courants, elle ne doit pas se prolonger au-delà du nécessaire, sous peine de compliquer la reprise et de priver la personne des bienfaits du travail sur la santé. Toutefois, un retour précipité, sans prise en compte des capacités de la personne et sans ajustements des tâches, de l'horaire ou de l'environnement, augmente considérablement le risque d'échec du retour au travail et de rechute. Il est donc crucial que les interventions soutiennent à la fois la personne en arrêt et l'employeur dans un processus de retour progressif et adapté.

L'apport de la collaboration avec l'employeur grâce au soutien de l'ergothérapeute en première ligne

Mme Wu amorce un retour progressif au travail après une dépression. Elle s'inquiète de la réaction et des attentes de ses collègues et de son employeur. L'ergothérapeute du GMF organise une rencontre avec son employeur afin qu'elle puisse nommer ses craintes et déterminer, en partenariat avec l'employeur, l'horaire et les tâches à réaliser au travail, en tenant compte de ses capacités. L'ergothérapeute soutient le processus en posant les bonnes questions sur l'organisation du travail et les possibilités d'accommodements qui correspondent aux capacités de Mme Wu ainsi qu'aux besoins et attentes de chacun. La patiente, l'employeur et le médecin se sentent soutenus. La patiente réalise que son employeur est ouvert et prêt à favoriser son retour au travail, alors qu'elle craignait que celui-ci exige son retour à temps plein sans modification de ses tâches. Elle souligne qu'elle ne se sentait pas en mesure de faire cette démarche seule.

Les travailleurs sociaux, présents dans les GMF, sont des intervenants qui peuvent évaluer et soutenir la personne en arrêt de travail à comprendre comment son environnement social ou de travail influence son fonctionnement social. Les ergothérapeutes, pour leur part, évaluent les capacités fonctionnelles, analysent les tâches de travail et offrent des interventions de réadaptation au travail. Toutefois, ils restent peu présents dans les GMF, limitant ainsi l'apport de leur champ d'exercice spécifique et leur rôle de soutien aux autres professionnels de l'équipe. Malheureusement, l'accès aux services d'ergothérapie se fait majoritairement par une recommandation de l'assureur, qui intervient souvent après plus d'un an d'arrêt. Par conséquent, les personnes sans couverture privée y ont rarement accès (10,11). Certaines pratiques innovantes émergent au sein des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec, où des ergothérapeutes sont intégrés aux directions des ressources humaines pour favoriser le rétablissement, le retour au travail et prévenir les absences du travail prolongées. Toutefois, ces services sont limités aux employés de ces établissements. L'absence d'un tel accès pour

les personnes sans assurance privée constitue une iniquité majeure, particulièrement pour celles à faible revenu.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Pour des soins primaires globaux, intégrés et humanisants

Les TMC représentent un enjeu de santé majeur pour les soins primaires, avec des répercussions significatives sur les individus, le système de santé, les employeurs et l'économie de notre province. Une gestion efficace des arrêts et des retours au travail nécessite une approche interdisciplinaire, où les professionnels de la première ligne, les employeurs et les assureurs collaborent pour offrir un accompagnement adapté et en temps opportun. L'accès limité aux services psychosociaux et de réadaptation au travail, notamment en ergothérapie, constitue une iniquité importante, particulièrement pour les personnes sans couverture assurantielle. Or, des interventions précoces et coordonnées peuvent non seulement favoriser un retour au travail durable, mais aussi prévenir les rechutes et les arrêts prolongés. Il est donc essentiel d'améliorer l'accessibilité et l'intégration des services de soutien, afin de garantir que chaque personne en arrêt de travail bénéficie des ressources nécessaires pour un rétablissement optimal et un retour au travail en santé.

RÉFÉRENCES

1. Statistiques Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2019. 2020 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200806/dq200806a-fra.htm>].
2. Commission de la santé mentale du Canada. Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques 2017 [Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_fr.pdf].
3. Statistique Canada. Augmentation de l'incapacité liée à la santé mentale chez les travailleurs canadiens pendant la pandémie, 2021. 2022.
4. Dewa C, mcdaid D. Investing in the Mental Health of the Labor Force: Epidemiological and Economic Impact of Mental Health Disabilities in the Workplace. *Work Accommodation and Retention in Mental Health*: Springer Science+Business Media; 2011. P. 33-51.
5. Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(1):27-34.
6. Koopmans L, Bernaards CM, Hildebrandt VH, Schaufeli WB, de Vet Henrica CW, van der Beek AJ. Conceptual frameworks of individual work performance: a systematic review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(8):856-66.
7. Boileau-Falardeau F, Turcotte J-R, Lafleur P-A, Corbière M. Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : illustration par des vignettes cliniques. *Santé mentale au Québec*. 2020;44(2):219-37.
8. Ordre des psychologues du Québec. Arrêt de travail et avis sur la médication d'un client : le point sur ce qui est autorisé au psychologue 2025 [Available from: <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/arret-travail-psychologues?>].
9. Sylvain C, Durand M-J, Maillette P, Lamothe L. How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Family Practice*. 2016;17(1):71.
10. Labourot J, Pinette E, Giguère N, Menear M, Cameron C, Marois E, et al. Factors affecting patients' journey with primary healthcare services during mental health-related sick leave. *Health Expectations*. 2024;27(02):e14036.
11. Sylvain C, Durand MJ, Maillette P. Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;28(3):531-40.

Soutenir les pères dans la relation avec leurs enfants en misant sur l'expertise développée dans les milieux communautaires

Guadalupe Puentes-Neuman, Ph. D., Département de psychologie

Stéphanie Breton, Ph. D., Département de pédagogie

Michèle Loko, étudiante à la maîtrise, Faculté d'éducation

Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- **La vulnérabilité paternelle est complexe.** Entre défis parentaux et précarité socio-économique, de nombreux pères se sentent démunis et isolés.
- **La séparation fragilise les pères.** Perte de contact avec les enfants, stress financier et détresse psychologique affectent leur bien-être et leur rôle parental.
- **Les services d'aide existent mais demeurent (encore) sous-utilisés.** Peu adaptés aux réalités des pères, ils souffrent d'un manque d'accessibilité et de reconnaissance.
- **L'amélioration de la relation père-enfant transforme la vie des enfants.** Un père positivement présent favorise leur équilibre émotionnel, réduit les risques sociaux et renforce les liens familiaux.
- **Un réseau d'organismes communautaires a su développer une expertise dans l'intervention auprès des pères et de la relation père-enfant.**

PROBLÉMATIQUE

La paternité est un phénomène sociologique et psychologique qui influence directement le bien-être des hommes et de leurs enfants (1,2). Cependant, plusieurs obstacles viennent complexifier l'engagement des pères dans leur rôle parental, notamment en situation de vulnérabilité vécue par les pères ou de séparation conjugale (3). Cette synthèse met en lumière les principaux constats issus des recherches sur la paternité, en portant une attention particulière aux formes de vulnérabilité et aux services d'aide disponibles pour ces pères. En analysant ces différents enjeux, nous explorerons les dimensions socio-économiques, sociales et émotionnelles qui influencent l'implication des pères ainsi que les réponses mises en place par les services de première ligne.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

1. La vulnérabilité paternelle et ses manifestations

Les pères peuvent faire face à deux types de vulnérabilité : une vulnérabilité dite ordinaire, universelle et propre à l'expérience de la parentalité, et une vulnérabilité dite particulière, issue de conditions socio-économiques, familiales ou personnelles difficiles. La vulnérabilité ordinaire se manifeste par un manque de repères, un déficit de confiance en

ses compétences parentales et un faible sentiment de gratification dans l'exercice du rôle parental (4). De nombreux pères ressentent également une pression sociale quant à la réussite de leur rôle parental, ce qui peut accroître leur stress et leur anxiété. Les pères qui rapportent des comportements d'engagement, de stimulation et de transmission de valeurs auprès de leurs enfants rapportent également un sentiment de compétence parentale accru et plus de satisfaction dans l'exercice de la paternité (5). Ainsi, le soutien à la paternité aura des retombées pour la qualité de l'engagement paternel et de la relation père-enfant (6).

La vulnérabilité dite particulière concerne des enjeux personnels et sociaux plus complexes (santé psychologique, précarité financière, chômage, difficulté à se loger, séparation récente, haut niveau de conflits parentaux). Parmi les plus de 2 000 pères québécois sondés en 2022 (7), 13% vivaient de la détresse psychologique. Dans ce groupe, ils étaient plus nombreux à déclarer un faible revenu ou une absence d'emploi, à vivre dans une famille recomposée ou à avoir vécu une séparation dans les 5 dernières années. Entre le quart et le tiers de ces pères affirment également retirer peu de satisfaction de leur paternité, et vivre de l'anxiété en lien avec le rôle de père. La moitié de pères perçoit les services comme peu adaptés aux réalités des pères et ont l'impression de recevoir peu de soutien dans leur rôle parental.

L'impact de la vulnérabilité paternelle s'observe également dès l'enfance, influençant le développement de la relation père-enfant et les trajectoires scolaires et sociales des enfants (8). En effet, les enfants de pères en difficulté sont plus susceptibles de présenter des troubles du comportement et des difficultés d'adaptation sociale, ce qui renforce l'importance de services de soutien adaptés.

Environ 81% des pères en situation de vulnérabilité qui sollicitent les services des ressources en hébergement pour père en difficulté sont en instance de séparation (9), et près de 25% des familles monoparentales desservies sont dirigées par des hommes (10). De plus, 74% de ces pères en difficulté subissent une précarité économique, 59% vivent de l'isolement social et 30% rencontrent des problèmes de santé mentale. Ces difficultés limitent leur engagement parental et rendent leur accès aux services de soutien plus ténu. L'isolement, en particulier, est un facteur aggravant qui empêche les pères de solliciter de l'aide ou de partager leurs expériences avec d'autres figures paternelles. L'adaptation des services à ces réalités devient cruciale pour préserver le développement des enfants.

2. L'impact de la séparation conjugale sur les pères

Au Québec, plus de 30% des enfants vivront une rupture parentale avant l'âge de 15 ans (11). L'engagement des pères séparés auprès de leur enfant est influencé par leur état de santé psychologique et la qualité de la relation coparentale (3). La séparation conjugale est un facteur aggravant de la vulnérabilité paternelle, générant des tensions coparentales et réduisant l'accès des pères à leurs enfants. Des obstacles juridiques et des conflits interparentaux peuvent entraîner une détérioration de la relation père-enfant, provoquant chez les pères un sentiment d'exclusion et une augmentation des symptômes anxiodépressifs (12). L'absence prolongée des enfants dans la vie d'un père peut générer une détresse émotionnelle importante, affectant la santé mentale et physique et ayant un impact sur l'engagement paternel.

En parallèle, les conséquences financières d'une séparation sont lourdes : le paiement de pensions alimentaires et les coûts liés à un nouveau logement fragilisent la stabilité

économique des pères, ce qui peut limiter leur capacité à maintenir une relation suivie avec leurs enfants (13). L'instabilité résidentielle constitue un enjeu central, forçant certains pères à réduire leur temps parental faute de moyens adéquats. Pour pallier ces difficultés, plusieurs services d'aide existent, mais leur accessibilité demeure limitée en raison de barrières structurelles et de préjugés persistants sur le rôle paternel. Le manque de reconnaissance du rôle paternel par les institutions légales et sociales accentue la perception d'injustice ressentie par de nombreux pères (3,14).

Les pères séparés doivent souvent composer avec des difficultés d'accès aux décisions parentales, notamment en ce qui concerne l'éducation et la santé de leurs enfants. L'engagement paternel peut être limité par des conflits interparentaux, qui rendent difficile la mise en place d'une coparentalité efficace et équitable. L'accès à l'enfant et la qualité de la relation coparentale sont deux facteurs d'influence dans l'engagement paternel. L'hébergement assorti de services psychosociaux permet aux pères de maintenir l'accès à l'enfant tout en travaillant sur ses compétences parentales et ses aptitudes en tant que coparent (3).

3. Les services d'aide aux pères : accès et impact

Depuis les années 1990, l'offre de services spécifiques pour les pères en situation de vulnérabilité s'est progressivement développée. Des initiatives comme les Maisons Oxygène, les groupes de soutien psychologique et les ressources en aide juridique ont été mises en place pour accompagner les pères dans leur parcours. Toutefois, l'accès à ces services reste inégal, notamment en raison d'un manque de sensibilisation et d'une faible sollicitation des services par les hommes eux-mêmes. En effet, la perception négative de la demande d'aide, vue comme un signe de faiblesse, constitue une barrière culturelle importante (15).

En effet, les hommes consultent significativement moins que les femmes les services psychosociaux courants, soit 9,5% contre 15,1%, différence qui est expliquée également par un manque de visibilité des adaptations aux services existants (10). Par ailleurs, les intervenants signalent que les services existants sont souvent conçus pour répondre aux besoins des mères, ce qui peut rendre les pères réticents à demander de l'aide (16). L'adaptation des services aux besoins spécifiques des pères, par le biais d'approches centrées sur la relation père-enfant et le soutien entre pairs, est donc un enjeu clé.

L'efficacité de ces services est démontrée par des données empiriques. Par exemple, des pères qui ont bénéficié d'un accompagnement spécialisé rapportent une amélioration de leur bien-être psychologique, une meilleure stabilité résidentielle et une implication accrue dans la vie de leurs enfants (17-20). La pérennisation de ces initiatives et leur déploiement sur l'ensemble du territoire sont des facteurs déterminants pour soutenir un engagement paternel durable et qui s'inscrit dans une relation positive qui favorise le développement des enfants.

4. Effets des services sur les pères et leurs enfants

Au Québec aussi, les services d'aide aux pères produisent des effets significatifs sur la stabilité émotionnelle et la qualité de la relation père-enfant. Par exemple, les Maisons Oxygène ont permis une diminution de la détresse psychologique de 54% à 20% chez les pères ayant complété leur programme d'hébergement (21). Les pères qui bénéficient de ces services rapportent une amélioration de leur estime de soi et une plus grande capacité à gérer les conflits familiaux. Les pères qui participent à des activités père-enfant visant

l'amélioration de la qualité de la relation père-enfant affichent une meilleure sensibilité paternelle (8).

Sur le plan économique, les pères accompagnés dans leur insertion professionnelle ont vu leur taux d'emploi augmenter de 22% à 36% en fin de parcours, et 17% d'entre eux ont réintégré le marché du travail (21). En matière de relation père-enfant, ces services ont également contribué à réduire les placements d'enfants par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), avec 107 placements évités grâce aux interventions et au travail en partenariat avec les services en protection de l'enfance. La stabilité financière et la reconnaissance légale de leur rôle parental sont des facteurs qui favorisent la continuité de la relation entre les pères et leurs enfants.

L'engagement paternel, favorisé par ces services, joue un rôle clé dans le développement des enfants. Les études montrent que l'engagement des pères améliore les compétences sociales des enfants et diminue leur niveau d'anxiété (6,22). L'implication des pères est donc un levier essentiel non seulement pour le bien-être des hommes, mais aussi pour celui de leurs enfants.

La contribution et l'expertise des organismes communautaires offrant des services aux pères comble un vide de services identifié au sein la première ligne. Suite à son analyse des services offerts aux pères, le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (23) propose la mise en place d'un continuum de services afin de mieux répondre aux besoins variés, spécifiques et parfois complexes des pères, dans une perspective de complémentarité des services. Les rencontres individuelles ou de groupe, les services de consultation et de prévention peuvent répondre à des besoins d'accompagnement, d'information, de référence et de soutien ponctuel. Toutefois, certains pères plus vulnérables requièrent une plus grande intensité de services comme par exemple, l'intervention parent-enfant ou l'hébergement. Des organismes communautaires, comme les Maisons Oxygène, ont développé une expertise et une approche spécifique à l'intervention père-enfant. Cette approche intègre les considérations relatives à la spécificité du rôle paternel aux connaissances des besoins de cette clientèle (5,8,23).

Quelques recommandations

- Accroître et pérenniser le financement des organismes communautaires qui développent des services et des approches spécifiques aux pères et à la relation père-enfant;
- Favoriser le partenariat entre les organismes dispensant des services auprès des pères et les soins et services sociaux de première ligne en mettant de l'avant l'expertise développée par les milieux communautaires;
- Élargir les moyens de formation à l'intervention auprès des pères chez les futurs intervenants et les intervenants en place qui œuvrent auprès des familles et des enfants;
- Valoriser et financer la recherche sur la coparentalité et la relation père-enfant afin d'alimenter la formation et les pratiques d'intervention auprès des pères.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les recherches sur la paternité et les services d'aide destinés aux pères mettent en évidence des besoins spécifiques et des difficultés psychosociales qui entravent leur engagement parental et nuisent à une relation père-enfant de qualité. Les services d'aide jouent un rôle essentiel dans la réduction des inégalités et la promotion d'une paternité épanouie. Toutefois, des obstacles persistent, tant en matière d'accessibilité que de reconnaissance de la place des pères et de la spécificité du lien père-enfant dans les services offerts, notamment dans les services de première ligne. Une meilleure prise en compte des spécificités paternelles reste donc un enjeu majeur pour favoriser une parentalité équilibrée et inclusive.

RÉFÉRENCES

1. Nelson-Coffey, S. K., Killingsworth, M., Layous, K., Cole, S. W., et Lyubomirsky, S. (2019). Parenthood is associated with greater well-being for fathers than mothers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(9), 1378-1390. <https://doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1177/0146167219829174>
2. Bakermans-Kranenburg, M. J., Lotz, A., Alyousefi-Van Dijk, K., & Van IJzendoorn, M. (2019). Birth of a father: Fathering in the first 1,000 days. *Child Development Perspectives*, 13(4), 247–253. <https://doi.org/10.1111/cdep.12347>
3. Dubeau, D., Deslauriers, J.-M., Théorêt, J., et Villeneuve, R. (2016). La séparation conjugale, un regard différencié porté par et sur les pères. In M.-C. Saint-Jacques, C. Robitaille, A. St-Amand et S. Lévesque (Dir.), *Séparation parentale, recomposition familiale: Enjeux contemporains* (pp. 53-72). Québec: Presses de l'Université du Québec.
4. Lacharité, C., Mony, A., Roy, J., Dubeau, D., Deslauriers, J.M., Villeneuve, R. (2023). *Paternité et vulnérabilité : un état des lieux*. Rapport de recherche présenté au Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes (PERSBEH).
5. Zaine, Y.-L. N., Charbonneau, E., Cindea, D. M., Fontaine, É., Dorion, A.-S., & Puentes-Neuman, G. (2023). Échelle des rôles paternels (ERP) : Liens avec des facteurs de vulnérabilité chez les pères québécois. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*. <https://journals.openedition.org/efg/16553>
6. Pruett, M.-K., Cowan, P. A., Cowan, C. P., Gillette, P. et Pruett, K. D. (2019). Supporting Father Involvement: An Intervention with Community and Child Welfare—Referred Couples. *Family Relations*, 68, 51–67. DOI:10.1111/fare.12352.
7. Regroupement pour la Valorisation de la Paternité - Som (2022). *Sondage portant sur la vulnérabilité dans le contexte de la paternité*. Rapport final présenté au regroupement pour la valorisation de la paternité. Montréal, mai 2022. <https://www.rvpaternite.org/wp-content/uploads/2022/11/sondageSOM-peres-vulnerabilite-juin2022.pdf>
8. Paquette, D., & Puentes-Neuman, G. (2024). Intervening with fathers and their children from the perspective of the activation relationship. In J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren, et K. Puura (Eds.), *WAIMH handbook of infant and early childhood mental health: Biopsychosocial factors* (pp. 275–291). Springer Nature, Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-48627-2_17
9. Réseau des maisons oxygène (2023). *Rendre visible la vulnérabilité des pères pour contrer l'exclusion sociale*. Mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique pour le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. <https://maisonsoxygene.ca/wp-content/uploads/2023/08/Memoire-Rendre-visible-la-vulnerabilite-des-peres-2023-06-30.pdf>

10. Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (2020). Mémoire présenté à la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. <https://www.rvpaternite.org/publications/memoire-commission-laurent-2020/>
11. Desrosiers, H., Tétreault, K., & Ducharme, A. (2018). *Les trajectoires familiales diversifiées des jeunes nés au Québec à la fin des années 1990*. Québec : Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/portrait-201809.pdf>
12. Deslauriers, J.-M., et Dubeau, D. (2019). L'expérience de pères ayant des difficultés d'accès à leur enfant après une séparation. *Enfances Familles Générations*, 32, 1-19. <http://journals.openedition.org/efg/7022>
13. Unterreiner, A. (2018). Les relations familiales après la séparation conjugale : Revue de littérature internationale sur les familles de couples séparés. *Revue des politiques sociales et familiales*, 127, 83-89. <https://doi.org/10.3406/caf.2018.3290>
14. Quéniart, A., et Imbeault, S. (2003). *Les jeunes pères et l'accès aux services : entre autonomie revendiquée et besoin de soutien*. Québec: Presses de l'Université Laval.
15. Roy, J., Tremblay, G. et Houle, J. (2022). Les hommes et leur rapport aux services: deux mondes? Dans J.-M. Deslauriers et al. (Dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités (2^e édition)*. Québec: Presses de l'Université Laval.
16. Tremblay, G. et Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. Dans J.-M. Deslauriers, G., Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités* (p. 305-329). Presses de l'Université Laval.
17. Connor, L. A., et Stolz, H. E. (2022). Child development knowledge and father engagement: the mediating role of parenting self-efficacy. *Journal of Family Issues*, 43(3), 831-851. <https://doi.org/10.1177/0192513X21994628>
18. Jeong, J., Sullivan, E. F., et McCann, J. K. (2023). Effectiveness of father-inclusive interventions on maternal, paternal, couples, and early child outcomes in low-and middle-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 328, 115971. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115971>
19. Scott, K., Dubov, V., Devine, C., Colquhoun, C., Hoeffner, C., Niki, I., ... & Goodman, D. (2021). Caring Dads intervention for fathers who have perpetrated abuse within their families: Quasi-experimental evaluation of child protection outcomes over two years. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105204. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105204>
20. Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., et Garfield, C. F. (2018). Father-inclusive perinatal parent education programs: a systematic review. *Pediatrics*, 142(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0437>
21. Réseau des maisons oxygène (2024). Rapport annuel 2023-2024. https://maisonsoxygene.ca/wpcontent/uploads/2024/07/RMO_RapportAnnuel_2023-2024_WEB.pdf
22. Dubeau, D., de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Brodeur, N., Parent, C., & Roy, B. (2013). *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants: des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*. Québec: Fonds de recherche Société et culture Québec. <https://maisonsoxygene.ca/wp-content/uploads/2019/03/Soutenir-les-p%C3%A8res-en-contexte-de-vuln%C3%A9rabilit%C3%A9...D.Dubeau.pdf>
23. Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (2023). Cartographie québécoise des services de soutien aux pères en difficulté et à leurs enfants. Montréal, novembre, 2023. <https://www.rvpaternite.org/publications/2023-cartographie-quebecoise-des-services-de-soutien-aux-peres/>

La santé et le bien-être des hommes dans les services de première ligne

Philippe Roy, professeur agrégé, École de travail social, Université de Sherbrooke; membre du Pôle d'expertise en santé et bien-être des hommes; membre de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)

David Guilmette, professionnel de recherche au Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes, M. A., anthropologie et doctorant en travail social, Université Laval

Jérémy Bouthot, organisateur communautaire dans le RLS du Val-Saint-François; coordonnateur du Collectif en Santé et Bien-Être des Hommes de l'Estrie (SBEH-E) de juin 2023 à février 2025, service d'organisation communautaire, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Gilles Tremblay, professeur-chercheur retraité, École de travail social et de criminologie, Université Laval

Pierre L'heureux

Note : Le premier auteur tient à remercier John Oliffe - UBC Men's Health Research Program; Jenny Caron, Ekino Neashish et le comité mieux-être des hommes de Wemotaci pour les échanges ayant alimenté les réflexions menant à cet avis d'expert.

FAITS SAILLANTS

- L'organisation des services de première ligne auprès des hommes doit porter attention aux normes masculines traditionnelles et leurs impacts sur les comportements de santé, incluant la demande d'aide en particulier.
- Le Plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes 2017-2022 est une étape importante pour mieux répondre aux besoins spécifiques des hommes.
- Un croisement des savoirs scientifiques et professionnels converge vers sept champs d'action prioritaires : adaptation des services, promotion et prévention, formation, gouvernance, recherche, milieux de vie et développement des communautés.
- La mobilisation est une clé importante de la mise en œuvre de ces champs d'action, mais l'avenir incertain du financement pourrait faire perdre des avancées importantes en matière de santé et de bien-être des hommes et de leur entourage.

PROBLÉMATIQUE

Le portrait de la santé et du bien-être des hommes québécois montre qu'en comparaison avec les femmes, les hommes sous-utilisent les services sociosanitaires, y compris les services de première ligne, et y ont recours de manière plus tardive (1,2). Cette tendance est associée à une forte conformité aux normes masculines traditionnelles (se montrer fort, cacher ses émotions, réussir tout seul, contrôler, etc.). Les jeunes générations d'hommes expriment plus facilement leurs émotions à leurs pairs que les générations plus âgées, mais la demande d'aide demeure difficile pour tous les groupes d'âge. Comparés

aux femmes, les hommes adoptent moins souvent des mesures préventives et sont plus enclins à adopter des comportements à risque pour leur santé et celle de leurs proches, tels que la conduite automobile dangereuse et la consommation abusive d'alcool et de drogues. Ceci peut expliquer en partie l'espérance de vie des hommes qui est de quatre ans inférieure à celle des femmes, mais il faut aussi considérer des écarts importants parmi les hommes, notamment entre les groupes favorisés et défavorisés sur le plan matériel et social (3). Le suicide chez les hommes a connu une hausse marquée dans les années 1990 et des variations beaucoup plus faibles que chez les femmes. Par la suite, le taux de suicide des hommes a baissé de 48,6 % entre le sommet historique de 1999 et 2023 (4). La mortalité par suicide demeure trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec des taux significativement plus élevés au Nunavik (4) (chez les hommes et les femmes). De plus, le contexte actuel est marqué par une recrudescence de l'homophobie (5), des violences basées sur le genre (6) et la plus grande visibilité des mouvements masculinistes (7). Ces éléments affectent la santé, la sécurité et le bien-être des hommes, des femmes et des personnes de diverses identités de genre.

Au tournant des années 2000, le Québec s'est graduellement investi pour répondre aux besoins des hommes et s'est ouvert à leurs réalités (6). Le Rapport Rondeau, publié en 2004, a été l'un des premiers documents à guider le développement des politiques publiques en santé et bien-être telles qu'elles existent aujourd'hui. Par la suite, plusieurs études et enquêtes ont permis de cibler les enjeux prioritaires pour l'intervention de première ligne auprès des hommes (1,7,8) :

- Pour les garçons et les jeunes hommes : la scolarisation et le faible soutien social;
- Pour les adultes et les aînés : les conditions de vie des hommes en difficultés socioéconomiques, les hommes vivant seuls, avec peu ou pas de réseau social, la violence agie et subie, le suicide, les problèmes de santé physique et leur prévention, en particulier concernant les maladies cardiovasculaires, le diabète, le surplus de poids et l'adoption de saines habitudes de vie;
- Pour tous les groupes d'âges : la santé mentale et la prévention dans ce domaine de manière générale, le soutien aux hommes autochtones, à ceux qui sont nouvellement arrivés au Québec et à ceux qui sont issus des minorités sexuelles.

En 2017, une nouvelle étape a été franchie avec le lancement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec d'un premier Plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes (PAMSBEH). Ce plan repose sur trois orientations : 1) la promotion de la santé des hommes; 2) l'adaptation des services; et 3) l'amélioration des connaissances par la recherche.

Cet avis d'experts présente les principaux constats en santé et bien-être des hommes dans les services de première ligne au Québec. Il met en lumière les progrès accomplis, les initiatives positives, ainsi que les bonnes pratiques, tout en soulignant les défis persistants dans ce domaine. Nous présentons ces constats à partir de sept champs d'actions prioritaires identifiés dans les politiques publiques internationales (9–11) (gouvernance, adaptation des services, promotion et prévention, formation, recherche, milieux de vie et développement des communautés).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Gouvernance. L'organisation des services de première ligne pour les hommes implique une série de mesures sur le plan de la gouvernance (10,11). Pour y parvenir, il est essentiel de désigner une personne ou une équipe responsable, à tous les niveaux (provincial, régional, local), pour mettre en œuvre les politiques et les plans d'action. Un exemple de bonne pratique de gouvernance adoptée au Québec est la désignation d'une personne responsable du dossier au MSSS ainsi que des personnes responsables dans chaque CISSS et CIUSSS, rassemblées dans une communauté de pratique pour soutenir leurs actions. Au cours des dernières années, la précarité d'emploi liée à cette fonction a mené à des changements fréquents de responsables. Plusieurs postes ont été abolis à la suite des coupures récentes. L'enjeu spécifique ici est donc de pérenniser cette fonction.

Adaptation des services. Pour créer des conditions favorables à la santé et au bien-être des hommes, il est essentiel d'adapter les services à leurs besoins spécifiques, en considérant l'ensemble des groupes d'hommes (en fonction des dimensions géographiques, culturelles, socioéconomiques, de genre, etc.). À ce titre, plusieurs moyens sont connus : offrir des horaires d'ouverture en soirée, offrir des relances téléphoniques pour les hommes en attente de services, proposer des interventions à distance, entre autres. Au Québec, plusieurs exemples d'adaptation des services aux réalités masculines, ont été mises sur pied au fil des ans (guide d'adaptation des pratiques pour les hommes immigrants, guide de pratiques de gestion pour adapter les services de première ligne à la clientèle masculine, guide pour la responsabilisation des hommes auteurs de violence conjugale). Certaines de ces initiatives demeurent isolées, sans véritable consolidation et avec une existence parfois éphémère. De plus, l'accès aux services est parfois difficile, notamment en raison de la pénurie et du roulement de personnel et les difficultés d'accès en médecine familiale.

Promotion / Prévention. La prévention et la promotion de la santé constituent des axes essentiels des politiques publiques en matière de santé et de bien-être des hommes (10,11). Le personnel des services de première ligne joue un rôle clé dans la promotion et la prévention de la santé et du bien-être des hommes et de leurs proches en contribuant au dépistage de situations à risque (suicide, violence, etc.) et en modifiant les attitudes nuisibles à leur santé, entre autres. Plusieurs outils ont été créés pour soutenir l'intervention auprès des clientèles masculines dans divers contextes (diversité culturelle, diversité sexuelle et de genre, santé, etc.). Certaines campagnes sociétales visent à promouvoir auprès des hommes des comportements sains, incluant la demande d'aide (#alecoutedeshommes, allume.org, Prendslair.ca) et présentent des résultats encourageants (12). Leur nombre demeure toutefois limité, considérant qu'il s'agit d'un enjeu majeur (1,7,11).

Formation. En 2004, le Rapport Rondeau soulignait la nécessité de développer des programmes de formation basés sur des données probantes pour le personnel de première ligne intervenant auprès des hommes dans divers secteurs (santé, services sociaux, justice, police, etc.). Le PAMSBEH 2017-2022 réaffirme ce besoin, essentiel pour favoriser l'application des politiques et renforcer les compétences en matière de genre et de santé et bien-être des hommes. Le Québec dispose d'une formation solide destinée aux équipes psychosociales. Celle-ci est évaluée positivement (13) et soutenue par le MSSS. Une centaine de personnes formatrices assurent le déploiement de la formation dans l'ensemble des secteurs publics et communautaires. Dans plusieurs régions, les

personnes responsables signalent que des groupes professionnels en santé ont demandé une formation spécifique (médecine, soins infirmiers, réadaptation, notamment), mais le MSSS a avisé de la suspension de ces travaux. Certaines universités proposent également des cours ou des sections de cours sur l'intervention auprès des hommes. Cependant, il existe des disparités importantes dans la formation académique d'une institution à l'autre.

Recherche. Une stratégie de recherche claire et bien structurée est essentielle dans ce domaine. La création du Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes, issu directement du PAMSBEH, constitue un exemple concret de pratique innovante dans ce secteur. Cette initiative a permis de réunir les compétences de 40 chercheurs et chercheuses en santé et bien-être des hommes, de relier chaque région à un membre de l'équipe de recherche, et de contribuer au développement des connaissances ainsi qu'à l'amélioration des pratiques au sein des services de première ligne. Elle a également favorisé la diffusion des connaissances liées à la santé des hommes dans le réseau de la santé et des services sociaux. À ce titre, les webinaires organisés par le Pôle rejoignent en moyenne plus de 2 000 personnes chaque année. L'enjeu majeur réside actuellement dans les réductions de financement dans le réseau de la santé et à la fin du financement du PAMSBEH au-delà du 1^{er} avril 2025. En dehors du Pôle, la recherche en santé et bien-être des hommes repose sur certaines initiatives spécifiques, comme les hommes avec un trouble du spectre de l'autisme, les hommes autochtones en milieu urbain (8), l'intervention psychosociale à distance, etc.

Milieux de vie. Il y a un consensus sur l'importance de rejoindre les garçons et les hommes dans leurs milieux de vie (école, famille, travail) (10,12,14). Un des volets importants développés au Québec vise à intégrer les pères et futurs pères dans les services de périnatalité, en soutenant l'engagement paternel et la coparentalité. En ce sens, plusieurs guides et outils destinés aux gestionnaires et au personnel ont été élaborés afin d'intégrer les pères dans la planification et la mise en œuvre des services de première ligne. Ces efforts nécessitent d'être poursuivis. Il importe aussi de développer les interventions dans les autres milieux de vie (travail, école, sports, etc.), afin de mieux rejoindre les garçons et les hommes où ils sont.

Développement des communautés. L'amélioration des services de première ligne pour les hommes passe notamment par le soutien et le développement des communautés (7,9). Cet objectif vise à renforcer le réseau communautaire et à favoriser la synergie entre les réseaux publics, communautaires, bénévoles et privés. Il s'agit aussi de créer des espaces de participation citoyenne pour les hommes. À cet effet, les tables de concertation régionales ou locales en santé et bien-être des hommes constituent une pierre angulaire pour favoriser la mobilisation régionale. Le PAMSBEH mise également sur le vaste réseau communautaire. Les organismes en santé et bien-être des hommes se retrouvent principalement au sein de cinq grands regroupements : Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes, À Cœur d'Homme, réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence (soutien aux conjoints ayant des comportements violents), Réseau des Maisons Oxygène (offrant un hébergement et accompagnement aux pères et leurs enfants), Regroupement pour la valorisation de la paternité, Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle, Regroupement des organismes québécois pour les hommes agressés sexuellement. Diverses initiatives communautaires ont vu le jour au cours des dernières années, notamment la mise sur pied de quelques Men's Sheds (ébénisteries communautaires visant à briser l'isolement

des hommes âgés). Par ailleurs, plusieurs communautés autochtones développement des projets inspirants (Centre Napeu d'Ekuanitshit, QAJAQ Network et Unaag au Nunavik). Certains projets sont actuellement soutenus par un plan d'action en santé et mieux-être des hommes (Nunavik(15)) ou en cours de développement (Wemotaci). Le PAMSBEH a permis de consolider le financement de plusieurs organismes communautaires, mais la pandémie a fait bondir le niveau de demandes d'aide de telle sorte que les besoins de financement se sont largement accrus depuis 2017 et de nouveaux organismes ont vu le jour également.

La mise en œuvre de ces champs d'action a permis des retombées significatives sur la santé et le bien-être des hommes et de leur entourage. Malgré ce portrait positif, l'avenir du PAMSBEH est incertain et pose des limites à plusieurs égards. Ceci risque d'affecter notamment les initiatives de promotion et de prévention et leurs effets à long terme. Les coupes dans les fonds régionaux annoncées en septembre 2024 restreignent l'offre de formations pour adapter les services. La gouvernance est aussi affectée par la suppression de postes et l'incertitude qui plane sur le financement du PAMSBEH. Le milieu de la recherche s'inquiète de la fin du financement du PAMSBEH après le 1^{er} avril 2025. Enfin, les tables de concertation manquent de soutien financier et de leadership stables, ce qui freine la circulation de l'information et la mobilisation. Alors que les organismes communautaires reçoivent un nombre grandissant de demandes d'aide des hommes depuis la pandémie de COVID-19, l'incertitude financière pose un obstacle majeur quant à la capacité d'accueil et d'intervention.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Le PAMSBEH représente le point culminant de décennies d'efforts concertés pour améliorer la santé et le bien-être des hommes et de leur entourage. Il a notamment permis de structurer la réponse sociale aux problématiques rencontrées dans les services de première ligne aux hommes. Il a été démontré que l'amélioration de la santé et du bien-être des hommes nécessite une approche globale couvrant plusieurs domaines clés, tels que la gouvernance, la recherche, la formation, et l'adaptation des services (10,11). Plusieurs initiatives efficaces ou prometteuses ont été présentées en lien avec les objectifs de santé durable : améliorer la santé de la population masculine, améliorer l'efficacité des services, tendre vers l'équité en santé et services sociaux entre les femmes, les hommes et les personnes de diverses identités de genre, mais aussi parmi les différents groupes d'hommes, favoriser l'adaptation des pratiques de gestion et d'intervention permettant d'améliorer l'expérience des usagers et le sentiment de compétence du personnel qui travaille avec les clientèles masculines. Toutefois, il existe plusieurs obstacles actuels concernant l'application des politiques publiques en santé et bien-être des hommes dans les services de première ligne. Les changements fréquents de responsables et l'incertitude sur le financement, comme celui du PAMSBEH, entravent la mobilisation et ralentissent les progrès dans la mise en œuvre des politiques de santé pour les hommes. Le financement non récurrent de certaines initiatives limite l'impact à long terme des activités de prévention, de promotion et de formation. En outre, bien que des efforts aient été faits pour améliorer l'accès aux services pour les hommes, des obstacles persistent, notamment en raison de l'inadéquation des services face à la diversité géographique, culturelle et socioéconomique des hommes. Actuellement, les organismes de première ligne, particulièrement dans le milieu communautaire, militent pour que le plan d'action en santé et bien-être des hommes soit renouvelé. Les retombées

positives qui émergent des champs d'action prioritaires incitent à poursuivre les efforts concertés afin de soutenir les services de première ligne pour les hommes.

RÉFÉRENCES

1. Roy J, Tremblay G, Cazale L, Cloutier R, Lebeau A. *Les Hommes Au Québec. Un Portrait Social et de Santé*. Les Presses de l'Université Laval; 2017.
2. Seidler ZE, Benakovic R, Wilson MJ, et al. Approaches to Engaging Men During Primary Healthcare Encounters: A scoping review. *Am J Mens Health*. 2024;18(2):15579883241241090. doi:10.1177/15579883241241090
3. Institut national de santé publique du Québec. Inégalités sociales de santé [Socio-economic comparisons]. Published online November 1, 2015. <https://www2.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=5&Lg=en&nav=N>
4. Levesque P, Perron PA. *La Mortalité Par Suicide Au Québec. Mise à Jour 2025*. Institut national de santé publique du Québec; 2025. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3611-comportements-suicidaires-quebec-portrait-2025.pdf>
5. Richard G, Graindorge A, Charbonneau A, Vallerand O, Houzeau M. *Augmentation Des Niveaux de Malaise. Ce Que Les Élèves Du Secondaire Pensent de La Diversité Sexuelle, 2017-2024*. GRIS-Montréal; 2025. https://www.gris.ca/app/uploads/2025/01/GRIS_rapport-final_30jan2025.pdf
6. Institut national de santé publique du Québec. Homicides familiaux. Published online 2023. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-de-la-violence-interpersonnelle/dossiers/homicides-intrafamiliaux>
7. Roy P, Tremblay G, David A. Quebec's Model for Men's Health: Connecting Community, Research, Practice, and Policies. *Int J Mens Soc Community Health*. 2022;5(1):27-42. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5i1.64>
8. Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec. *L'intervention Auprès Des Hommes Dans Les Centres d'amitié Autochtones Du Québec*. RCAAQ; 2019. <http://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2019/12/FR-Intervention-hommes.pdf>
9. Oliffe JL, Rossnagel E, Bottorff JL, Chambers SK, Caperchione C, Rice SM. Community-based men's health promotion programs: eight lessons learnt and their caveats. *Health Promot Int*. 2020;35(5):1230-1240.
10. Lahaie H, Tremblay G, autres. Politiques En Santé et Bien-Être Des Hommes Dans Le Monde : Recension Des Bonnes Pratiques et Conditions Gagnantes. Rapport Remis Au Ministère de La Santé et Des Services Sociaux Du Québec. Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes; 2022.
11. Global Action on Men's Health. *Delivering Men's Health*. GAMH; 2021. Accessed February 16, 2022. <https://gamh.org/wp-content/uploads/2021/09/Delivering-Mens-Health-report.pdf>
12. Roy P, Poirier L, Villeneuve P, Chamberland I. Marketing social et promotion de la santé mentale des hommes : l'exemple de Et moi comment ça va ? In: Deslauriers JM, Tremblay G, Genest Dufault S, Blanchette D, Desgagnés JY, eds. *Regards Sur Les Hommes et Les Masculinité*. 2e ed. Presses de l'Université Laval; 2022.

13. Deslauriers JM, Groulx J. Implantation de La Formation «Intervenir Auprès Des Hommes» Dans Le Cadre Du Projet «For’Hommes» de La Montérégie [Evaluation of the Training “Intervene with Men” in Monteregie’s Project “For’Hommes”]. *Masculinités & Société*; 2014.
14. Robertson S, White A, Gough B, et al. *Promoting Mental Health and Wellbeing with Men and Boys: What Works?* Centre for Men’s Health, Leeds Beckett University; 2015.
15. Nunavik Regional Board of Health and Social Services. *QIMMILIURNIK Regional Action Plan for Men Well-Being 2024-2028*. NRBHSS; 2024.

Les personnes issues des communautés culturelles : enjeux d'accessibilité et d'adaptabilité des services

Annick Lenoir, professeure titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke
Roxana Cledon, organisatrice communautaire DSPu, praticienne chercheuse, IUPLSSS

NB : 1) Bien que nous reconnaissons la présence prédominante des femmes dans la profession de travailleuse sociale, nous n'utiliserons pas l'écriture inclusive afin de respecter le nombre de mots qui nous est accordé. 2) Le terme « usager » renvoie ici indistinctement à la personne, à la famille, à la communauté immigrante.

FAITS SAILLANTS

- Des barrières communicationnelles, culturelles, institutionnelles et légales persistent dans l'accès et l'octroi des services en matière de santé et de services sociaux concernant les immigrants.
- À ces barrières se greffent des obstacles, tels qu'une surcharge de travail ou mentale chez les intervenants en lien avec la complexité des cas, de nombreux enjeux éthiques, une collaboration intersectorielle fragile et un manque de formation en interculturel.
- Ces obstacles s'interpénètrent et s'ajoutent aux interventions culturellement orientées, ce qui affectent la confiance des personnes usagères quant aux services, à leur implication dans l'intervention et leur santé mentale et physique.
- Nous constatons une polarisation de la société autour de l'immigration. Il importe de répondre à cet enjeu rapidement.

PROBLÉMATIQUE

La diversité des origines, l'accroissement des travailleurs temporaires et les nouvelles mesures relatives à l'immigration constituent autant de défis pour l'adaptation de l'intervention. À ce sujet, en 2024, le Conseil multidisciplinaire du CIUSSS - CHUS relevait dans un avis (1) la détresse des usagers immigrants et celle de ses intervenants. Pour répondre à ces enjeux, des formations relatives à l'intervention en contexte interculturel (information et sensibilisation aux processus migratoires, adaptation des services) et une bonification des outils d'intervention et de leur accessibilité étaient demandées.

Ce présent avis fait état de la situation de la première ligne concernant l'intervention psychosociale auprès des usagers immigrants. Il s'appuie essentiellement sur plusieurs dizaines d'entretiens menés depuis 2020 auprès d'usagers, d'intervenants et de gestionnaires du réseau dans le cadre de nos projets de recherche et leurs publications associées, et de notre expérience professionnelle dans le milieu.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les barrières communicationnelles

- L'accès aux services est étroitement lié à la barrière de la langue, un enjeu crucial dans un contexte où l'accessibilité à un interprète est faible (1,3,5). La traduction par un tiers (ami, famille) n'est pas idéale lorsque la situation est sensible. Les intervenants utilisent des logiciels de traduction qui ne sont pas toujours adéquats. Cela limite l'échange d'informations et ne permet pas de valider la compréhension de l'usager, réduisant ainsi la portée de l'intervention (2,3,4).
- Certains quartiers sont peu desservis par les transports en commun (4). Plusieurs usagers sont dépendants d'un tiers pour se déplacer (2). Leur accès aux services serait facilité par un octroi de rendez-vous groupés tenant compte des besoins de consultation des autres membres de la famille (3).
- Certaines clientèles, dont les personnes âgées et les femmes avec un statut précaire, sont particulièrement fragilisées par ces obstacles (3,5,6,7,9). Plusieurs sont aussi analphabètes fonctionnels ou informatique, ou n'ont pas accès à Internet (3,4). Or, les informations relatives aux services circulent majoritairement par le numérique.

Les barrières culturelles

Une surcharge pour les intervenants

- Les nouveaux arrivants sont souvent ignorants des services disponibles et de leurs droits à les utiliser (3,6,8). Les intervenants sentent un devoir moral de les éduquer à ce sujet, tâche qui s'ajoute à leur mandat officiel et qui, parfois, les met dans une situation inconfortable auprès d'autres services ou collègues (3).
- L'organisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et le mandat associé à chaque service peuvent être mal compris. Leur sursollicitation, notamment par des personnes sans statut cherchant une aide, produit de la frustration chez les intervenants, soucieux de l'équité dans leurs interventions. Mais, s'ils sont perçus par les usagers comme participants à leur contrôle, une résistance à l'intervention s'installe. Le rôle coercitif adopté alors par les intervenants s'oppose à une valeur-clé de leur identité professionnelle, l'empowerment, créant ainsi une perte de sens pour ces derniers (2,3).

Une intervention culturellement orientée

- Les outils (entretiens individuels, questions ouvertes) et les modes d'évaluation (critères, modèles) sont culturellement construits pour une clientèle d'origine québécoise, ce qui peut biaiser les évaluations et orienter culturellement les interventions préconisées (9) qui deviennent non efficaces.
- L'usager et l'intervenant ont régulièrement une conception différente, selon leur culture respective, de la situation problématique. Or, la représentation des besoins et leur priorité accordée modèlent à la fois l'offre de services, les interventions proposées, et la relation usager-intervenant (10). Ainsi, les intervenants peuvent victimiser les usagers par une analyse de la situation culturellement orientée, alors que les usagers peuvent percevoir des préjugés, une dévalorisation ne pas se sentir entendus, et se retirer de l'intervention ou se revictimiser (2,3,11).

- Les intervenants peuvent faire subir aux usagers une discrimination inconsciente (10,11). Une absence de conscientisation de leurs biais et préjugés amènent ces derniers à interpréter, expliquer et rationaliser des attitudes ou des comportements au travers d'un filtre déformant qui voit les individus associés à un groupe culturel ou religieux comme un tout homogène (8,10,11). Ce filtre a pour effet de réduire l'immigrant à sa différence imaginée ou, à l'inverse, à invisibiliser ses caractéristiques (10,11).

Le manque de formations en interculturel

- La méconnaissance des réalités migratoires empêche de nombreux intervenants de poser des liens entre les problématiques actuelles et les traumas passés, et ainsi comprendre les réactions de l'utilisateur ou le sens donné au problème lors de l'intervention (2).
- Il arrive que cette méconnaissance, de la part cette fois de gestionnaires, induise la nécessité pour les intervenants d'avoir à surjustifier, à de multiples reprises, une demande d'accompagnement jugée non pertinente selon un cadre de références se fondant sur un usager-type québécois d'origine, ce qui contribue à la surcharge.
- Le point commun aux espaces de difficultés est le questionnement, dans l'interaction, des valeurs constitutives de l'identité des acteurs en présence, autour de l'autonomie notamment (3,4,9). Ces valeurs les guident dans la détermination de ce qui est juste et bon : comment se comporter, exprimer ses émotions, gérer le temps, exprimer sa spiritualité, prendre soin de soi, etc. (2-4,8-10). Souvent, un vrai malaise, parfois un mal-être, émerge en regard des valeurs personnelles, organisationnelles ou sociétales entrant en contradiction dans l'intervention et à laquelle les intervenants ne sont pas formés pour y faire face (3,6,11).
- Pour être efficace, l'intervention doit s'adapter culturellement. Or, cela n'est possible que si les intervenants prennent conscience que leurs interventions sont culturellement biaisées et s'ils sont ouverts, sensibles et capables de s'intéresser au sens donné à la situation par leur clientèle (6). Les formations initiales, en travail social, sont souvent facultatives et les formations continues dans ce domaine demeurent rares.

Les barrières institutionnelles

Une surcharge mentale pour les intervenants

- L'organisation des services actuels ne tient pas compte du temps nécessaire pour faire le deuil de la vie passée, accepter une migration parfois non choisie, passer au travers du dédale administratif pour obtenir ou renouveler un statut et guérir de traumas. Le nombre et le temps attribués par rencontre est similaire à ce qui est offert à l'utilisateur-type d'origine québécoise (3). Les intervenants ressentent une pression à l'efficacité dans un laps de temps nettement insuffisant (puisque réduit par la complexité des situations, les enjeux de langue et de compréhension de l'information) pour mener à bien leur mandat (3). Ainsi, il est courant qu'ils allongent bénévolement leur temps de travail. Le mandat officiel et le mandat officieux dicté par leur éthique professionnelle se juxtaposent alors et, parfois, les entraînent vers l'épuisement (3,5,6).
- Il apparaît qu'ils rencontrent aussi souvent des difficultés éthiques pour lesquelles ils souhaiteraient avoir de l'accompagnement. De même, la confrontation aux

réalités parfois atroces, sinon tout au moins très difficiles, vécues par la clientèle réfugiée nécessiteraient la présence d'un accompagnement psychologique (3,11).

Une collaboration intersectorielle fragile

- La collaboration intersectorielle est confrontée à de grandes difficultés lorsque les mandats organisationnels entrent en conflit (2,8). Les actions se font encore en silo au sein du réseau et perdent ainsi de leur efficacité; une lutte de pouvoir entre la Protection de la jeunesse (PJ) et les autres services est notamment présente. La PJ ne semble pas respecter l'expertise des intervenants représentant les organismes communautaires (3). De plus, la posture de la PJ met à mal leur mandat de protéger des familles, ce qui affecte leur éthique professionnelle. La rigidité des règles de la PJ et l'absence d'ouverture à la diversité culturelle de plusieurs de ses intervenants sont relevées (4,5). Ainsi, si la PJ possède une réputation particulièrement négative parmi la population immigrante (4); c'est aussi le cas auprès des organismes communautaires (2,3).
- La circulation d'informations entre les services qui, a priori, devraient collaborer, n'est pas toujours fluide, efficace et complète. Cela peut induire des trous de services (3,6) ou des services non adaptés aux nouvelles mesures (1,2), entraînant des malentendus avec les usagers et, occasionnellement, un ressenti d'absence de respect à leur égard (2,3).

Les barrières légales

Le manque de formations en interculturel

- L'incertitude des intervenants quant au statut migratoire d'un usager donné et à son accès à des services peut causer des erreurs dans les informations transmises, engendrer des conflits avec des partenaires en raison d'informations contradictoires et retarder l'octroi des services. Ces contradictions peuvent concerner des informations ou des références en lien avec l'accès à des services gouvernementaux ou communautaires (allocations familiales, assurance emploi, etc.) (1).
- La loi sur la laïcité de 2019 et son application, en fonction de la compréhension qu'en ont les gestionnaires ou les intervenants, peuvent être vécues comme de la violence psychologique par des personnes hospitalisées ou en CHSLD et possédant une forte spiritualité. Il arrive que celles-ci soient dans l'incapacité de pratiquer les gestes rituels ou soient isolées de leur communauté de pratique et éprouvent la nécessité pressante d'un accompagnement ponctuel alors que le conseiller aux soins spirituels est indisponible. La méconnaissance du cadre de la loi, indépendamment des croyances de l'intervenant, génère aussi chez ceux interpellés à agir dans ces circonstances particulières un malaise personnel, professionnel et éthique. Cette méconnaissance est une source d'anxiété puisque l'action attendue comme individu (croyant ou non), intervenant psychosocial et employé peut être contradictoire et reste floue dans son application légale (4).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Une polarisation des discours sur l'immigration

Avant 2020, la majorité des immigrants qui arrivaient sur le territoire avaient la résidence permanente. Maintenant, 50% des nouveaux dossiers ouverts chez nos partenaires communautaires en immigration sont des travailleurs étrangers temporaires (TET) et 25% sont des demandeurs d'asile, des statuts migratoires qui n'assurent pas la résidence permanente. L'instabilité causée par le doute sur le droit de séjour génère une situation anxiogène chez ces personnes et les empêche de construire des projets de vie à moyen ou à long terme. Par ailleurs, l'augmentation d'arrivée de personnes avec un statut de demandeur d'asile et la particularité de grand nombre de ces cas ont ouvert la voie à une certaine rupture de l'acceptabilité sociale de l'immigration. Celle-ci s'est généralisée à tous les statuts migratoires. La présence des discours polarisants dans les espaces publics, dans les médias et dans le discours politique s'est accrue, fragilisant la cohésion sociale.

Le manque de formations en interculturel

Les intervenants se sentent souvent dépassés, mal outillés et peu formés pour réaliser leur mandat. Cela génère une surcharge de travail, un sentiment d'impuissance ou d'incompétence et une fatigue émotionnelle importante. Le manque de formation des intervenants et des gestionnaires du réseau aux réalités migratoires participe directement à leur mal-être dans l'intervention en contexte interculturel. En effet, penser l'interculturel aujourd'hui se fait généralement en relation à l'ethnicité et à la religion. Pourtant, d'autres appartenances existent et participent à la culture. Ignorer celles-ci contribue à réduire l'immigrant à une seule possibilité essentialisante, ce qui limite la création de liens dans l'intervention (10,11). Plus largement, cette posture participe à la polarisation du discours.

Recommandations

- Rendre les formations à l'intervention en contexte interculturel obligatoires, tant en formations initiales que continues afin de réduire les biais, préjugés ou maladresses liés à la méconnaissance des réalités migratoires.
- Offrir des formations continues concernant les mesures légales et leurs applications.
- Privilégier dans l'intervention la prise en compte de l'universalité de l'être humain et donc de ses expériences et émotions, tout en reconnaissant sa trajectoire différente et donc sa singularité quant aux perceptions à l'égard de ce qu'il vit, cela afin d'être respectueux des usagers (1-3,9).
- S'appuyer sur cette perspective universaliste pour favoriser des pistes de solution s'adressant à l'ensemble des citoyens rencontrant des problèmes communs et ainsi réduire la polarisation.

RÉFÉRENCES

1. Conseil multidisciplinaire du CIUSSSE-CHUS (2024). *Avis et recommandations du conseil multidisciplinaire (CM) du CIUSSS de l'Estrie-Chus en lien avec les communautés culturelles*. Lettre destinée à Monsieur Jacques Fortier, président du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie-Chus. 9 mai 2024.

2. Lenoir, A. avec la coll. de Javorka Zivanovic (2023). *Enjeux et défis de l'intervention auprès de personnes immigrantes, selon le point de vue d'intervenants-es*. Synthèse de la revue de littérature. Sherbrooke, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux-CIUSS. www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/La_revue_de_litterature_Lenoir_2023.pdf
3. Lenoir, A., Delisle, S. et Zivanovic, J. (2025). *Recherche-action sur les potentiels enjeux éthiques présents dans l'intervention sociale en contexte interculturel*. Sherbrooke, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux-CIUSS https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/Recherche-Action.pdf
4. Lenoir, A., Cledon, R., Delisle, S., Belhadj-ziane, Kh. et al. (2024 [inédit]). *Focus groupe*. Dans le cadre du projet Le rôle de la spiritualité dans le processus migratoire, dans l'intégration et dans l'intervention subséquente. Subventionné IUPLSSS et UDS, 4 avril, Granby.
5. Lenoir, A. et Anson, L. (2023, mise en ligne le 28 fév. 2025). Réflexion sur les impacts de la pandémie sur les personnes âgées immigrantes à Sherbrooke ; quelques initiatives locales pour une intervention communautaire adaptée à la situation. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/R%C3%A9flexion_impacts_pand%C3%A9mie_personnes_%C3%A2g%C3%A9es_immigrantes_%C3%A0_Sherbrooke_et_initiatives_locales_intervention_communautaire_adapt%C3%A9e_%C3%A0_la_situation.pdf
6. Grenier, J., Behadj-ziane, Kh., et al. (2022). Enjeux et défis de l'intervention communautaire auprès des communautés ethnoculturelles en contexte de pandémie : pistes d'action. Guide pour les intervenants. Université de Lorraine / MIFI. 36p. https://accesss.net/wp-content/uploads/2023/07/Guide-Version-Finale_13-decembre-FRQ.pdf
7. Blache-Pichette, C., Lenoir, A., Shareck, M., Mbacké Gueye, T.S. et Anson, L. (2020). Synthèse des focus groups tenus dans le cadre de la consultation citoyenne pour le projet de développement social de la communauté Marie-Reine. Université de Sherbrooke et Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Rapports-resumes/Rapport_resume_Marie-Reine.pdf
8. Lenoir, A. et Belhadj-ziane, Kh (2024 [inédit]). Symposium international *Croyances religieuses et travail social : Islam et autres religions*. Café Baobab, Sherbrooke, 2 avril.
9. Fané, F., Beaulieu, M. et Lenoir A. (2021). La violence conjugale en contexte migratoire : combiner une pratique réflexive, des savoirs multiples et une éthique professionnelle. *Revue Nouvelles Pratiques Sociales*, 32 (1), 282-290 <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2021-v32-n1-nps06317/1080881ar.pdf>
10. Lenoir, A. (2014). L'intervention interculturelle promotrice d'une idéologie? In D. Alaoui et A. Lenoir (dir). *L'interculturel et la construction d'une culture de la reconnaissance* (p.129-152). Groupéditions.
11. Lenoir, A. (2020). Quelle éthique en travail social pour l'interculturel? In Lenoir, A. et Alaoui, D. (dir.) *Les enjeux et défis de l'interculturel, une réflexion critique*, (p. 181-194), Paris, éditions Les Archives contemporaines. <https://eac.ac/books/9782813002167>

Services et enjeux liés à la première ligne pour les réfugiés et demandeurs d'asile

Serigne Toubá Mbacké Gueye, Ph. D., Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

FAITS SAILLANTS

L'intégration des réfugiés et demandeurs d'asile, particulièrement dans les régions périphériques du Québec, présente plusieurs défis majeurs, affectant non seulement l'accès aux soins de santé, mais aussi l'intégration sociale et l'accès à des services spécialisés et essentiels pour le bien-être des réfugiés.

Les faits saillants suivants mettent en lumière les principaux obstacles très souvent rencontrés par les personnes réfugiées et demandeuses d'asile :

- Barrières d'accès aux soins : les réfugiés et demandeurs d'asile font face à des obstacles administratifs, linguistiques et géographiques importants pour accéder aux soins de santé, en particulier dans des régions comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue.
- Ressources insuffisantes du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) : bien que le PRAIDA soit pertinent et crucial, il reste insuffisant dans certaines régions, notamment l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue, où les services spécialisés sont rares.
- Isolement géographique et impacts sociaux : les réfugiés dans ces régions sont confrontés à un isolement géographique et social qui entrave leur intégration et a parfois des effets néfastes sur leur santé mentale et physique.
- Accès limité aux services de santé mentale : ces services sont inaccessibles ou insuffisants sur toute l'étendue du territoire québécois, particulièrement dans les régions éloignées comme l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui influe considérablement sur le bien-être des réfugiés déjà vulnérables par leurs expériences et parcours migratoires.
- Généralisabilité des défis : bien que les défis rencontrés en Estrie et en Abitibi-Témiscamingue soient caractéristiques de leurs réalités territoriales, ces problématiques pourraient se retrouver dans d'autres régions périphériques du Québec, bien qu'elles varient selon les contextes locaux.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Le Québec est une destination majeure pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. Cependant, l'accès aux services de santé reste un défi important pour la presque totalité des populations québécoises. Ainsi, bien que la province offre un accès universel aux soins de santé, des obstacles persistent pour les réfugiés et les demandeurs d'asile (1,2). Ces populations, souvent traumatisées par des conflits ou des persécutions dans leurs pays d'origine, expriment habituellement des besoins particuliers quant aux soins de santé physique et mentale. Cependant, les barrières administratives, le manque d'interprètes et

l'isolement géographique sont des obstacles récurrents, limitant du même coup l'accès à une prise en charge adéquate et complète (3). Les populations réfugiées, en raison de leur statut et de leur situation sociale précaires, rencontrent aussi des difficultés importantes à s'intégrer à la société québécoise, ce qui n'est pas sans conséquence sur les défis et enjeux d'accès aux soins (4).

Par ailleurs, les défis rencontrés par les réfugiés exacerbent non seulement leur vulnérabilité individuelle, mais soulignent également l'inefficacité de certaines politiques d'intégration qui peinent à s'adapter aux réalités des régions. Le PRAIDA, en guise d'exemple, constitue une initiative très importante, mais reste insuffisant pour couvrir les besoins spécifiques de ces populations dans les régions comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue, où les services adaptés sont limités.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

1. Accès aux soins de santé

Le droit des demandeurs d'asile et des réfugiés à des soins de santé gratuits est garanti par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cependant, les réalités du terrain montrent que l'accès à ces soins est bien loin d'être optimal, voire effectif. Face à la complexité du système de santé québécois, les réfugiés se heurtent à de nombreuses barrières administratives, comme des retards dans l'émission des cartes de santé et la bonne orientation vers le service approprié. En Estrie et particulièrement en Abitibi-Témiscamingue, où les ressources en soins de santé spécialisés sont déjà limitées, l'accès aux services médicaux adaptés à la réalité des réfugiés et des demandeurs d'asile est difficile. Ces régions souffrent d'un manque d'infrastructures de santé adaptées aux besoins des réfugiés, notamment en matière de soins de santé mentale (5), essentielle pour cette population en raison des traumatismes vécus pendant leur parcours migratoire.

Enfin, il est à noter des retards dans l'accès aux soins de santé, mais aussi des conditions de santé souvent mal prises en charge, notamment pour les maladies chroniques ou les troubles mentaux comme l'anxiété et le stress post-traumatique (1,2). Tous ces obstacles retardent la prise en charge des problèmes de santé et exacerbent la vulnérabilité de cette population (5,6).

2. Le Programme PRAIDA et ses limites

Le PRAIDA, mis en place pour soutenir l'intégration des demandeurs d'asile, offre des services d'accueil et d'intégration. Toutefois, bien que ce programme ait une portée importante dans les grands centres urbains comme Montréal et Québec, il reste insuffisant dans des régions comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue. L'absence de ressources spécialisées et l'éloignement des grands centres urbains limitent l'efficacité du programme, rendant les réfugiés dans ces régions particulièrement vulnérables. L'isolement géographique, le manque de services adaptés et les difficultés d'intégration sociale et économique aggravent encore la situation de ces populations.

Dans ces régions, l'accès à des services comme la formation linguistique, l'accompagnement psychologique et l'aide juridique, pourtant essentiels pour une intégration réussie, est restreint. Ces limitations entravent l'intégration des réfugiés et accentuent leur précarité. En conséquence, les réfugiés se retrouvent souvent dans des situations de marginalisation, avec peu de perspectives d'emploi et d'intégration sociale, ce qui affecte directement leur bien-être global (7,8).

3. Isolement géographique et difficultés sociales

L'isolement géographique est un problème majeur pour les réfugiés dans des régions comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue. L'éloignement des grands centres urbains, où les services seraient plus développés, entraîne des difficultés supplémentaires d'accès aux services de santé, à l'éducation, et à l'emploi. Les réfugiés vivant dans ces régions sont souvent isolés et ont un accès limité aux réseaux de soutien communautaire, qui sont essentiels pour leur intégration (9,10).

Cet isolement entraîne des conséquences sociales et psychologiques significatives. En effet, les réfugiés et demandeurs d'asile peuvent souffrir de solitude, d'anxiété et de dépression, exacerbées par l'isolement et l'impossibilité d'interagir avec d'autres communautés. Cette situation est amplifiée par le manque d'accompagnement psychosocial, de services de soutien à l'emploi et de programmes d'intégration. L'accès à des services de santé mentale adaptés, par exemple, est souvent inexistant, ou difficile à obtenir (11,12).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile dans des régions périphériques comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue représente un défi complexe, en raison de plusieurs facteurs, notamment l'accès limité aux services de santé, la barrière linguistique, et l'isolement géographique. Cependant, comme le stipulait Hölderlin « Là où croît le risque, croît aussi ce qui sauve ». Ainsi, ces défis et enjeux, une fois délimités, offrent des opportunités d'innovation et de renforcement des infrastructures sociales et de santé adaptées aux besoins de cette population vulnérable.

Pour répondre à ces enjeux, plusieurs pistes de solution pourraient être envisagées :

- Renforcer les services de santé mentale : étant donné la prévalence de troubles de santé mentale chez les réfugiés, il est essentiel de développer des solutions adaptées, telles que des cliniques mobiles et la télésanté, pour surmonter les barrières géographiques. De plus, la formation des professionnels en santé mentale interculturelle est indispensable pour mieux répondre aux besoins particuliers des réfugiés.
- Adapter et étendre le Programme PRAIDA : bien que le PRAIDA soit un outil essentiel pour l'intégration des réfugiés, son extension dans des régions plus éloignées comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue est nécessaire pour améliorer l'accueil, le soutien psychologique, la formation linguistique et l'intégration au marché du travail. L'implantation de bureaux décentralisés et la collaboration avec des acteurs communautaires locaux permettraient de mieux soutenir cette population.
- Améliorer l'accès à la formation linguistique : la barrière linguistique reste un obstacle majeur. Il serait alors utile de développer davantage de programmes de français en ligne, accessibles à distance, et de financer des initiatives de formation ciblées, adaptées aux horaires des réfugiés et aux réalités locales.
- Renforcer l'accompagnement social et communautaire : un accompagnement social adapté est crucial pour faciliter l'intégration de ces populations. En soutenant les initiatives communautaires et en encourageant les partenariats entre

les acteurs locaux, les réfugiés et les demandeurs d'asile bénéficieront d'un soutien précieux pour naviguer dans le système administratif et d'intégration sociale.

- Utiliser la technologie pour faciliter l'accès aux services : l'utilisation de la télémédecine, des applications mobiles multilingues, et des portails en ligne permettant un accès facile à l'information, serait une solution prometteuse pour améliorer l'accessibilité aux services de santé, de logement et d'emploi dans ces régions éloignées.
- En résumé, pour que l'intégration des réfugiés et des demandeurs d'asile dans des régions comme l'Estrie et l'Abitibi-Témiscamingue soit réussie, il est crucial d'adopter une approche interinstitutionnelle, voire intersectorielle, où les acteurs gouvernementaux, communautaires et privés travaillent en synergie pour répondre aux défis précis rencontrés par cette population. Les solutions proposées, dans le présent document, peuvent également servir de modèle pour d'autres régions du Québec confrontées à des problématiques similaires.

RÉFÉRENCES

1. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Assurer l'accessibilité des soins de santé et de services sociaux aux réfugiés et demandeurs d'asile*. <https://www.inspq.qc.ca/jasp/assurer-l-accessibilite-des-soins-de-sante-et-de-services-sociaux-aux-refugies-et-demandeurs-d-asile>
2. Organisation mondiale de la Santé (2019). « 10 éléments à savoir sur la santé des réfugiés et des migrants. » Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/10-things-to-know-about-the-health-of-refugees-and-migrants>
3. Pronovost, S. et Vatz-Laaroussi, M. (2010). Le développement des régions du Québec et les défis de la régionalisation de l'immigration. *Nos Diverses Cités/Our Diverse Cities*, Numéro 7, Printemps, p. 53-58.
4. Grenier, S., Gueye, S.T.M., Boucher, C., Chicoine, L. et Petit, M. (2023). L'évaluation des besoins en termes de logements en Abitibi-Témiscamingue. Fonds québécois d'initiatives sociales (FQIS) et Conférences des préfets de l'Abitibi-Témiscamingue, 146 pages.
5. Martins-Borges, L., Arsenault, S., Langlois, L., Boeira-Lodetti, M., Fortin, M. E., Robert, G., Hamel-Genest, V. (2022). La santé mentale des personnes réfugiées et à statut précaire face à la pandémie de COVID-19 – Dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crise. Rapport de recherche.
6. Gouvernement du Québec. (2025). *Les services offerts aux réfugiés et demandeurs d'asile au Québec*. <https://www.quebec.ca/immigration/refugies-demandeurs-asile/demandeurs-asile>
7. Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration du Québec. (2024). *Le programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) : Bilan et défis*. Rapport annuel 2023-2024.
8. Direction régionale de l'Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec (2024). Plan d'action régional 2024-2026. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/immigration/publications/abitibi-temiscamingue>
9. Bergheul, S. (2013). Famille immigrante en Abitibi-Témiscamingue : les défis de l'intégration. Rapport de recherche. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
10. Arsenault, S. (2020). Mieux comprendre l'accueil des réfugiés pris en charge par l'État dans les régions du Québec à travers le regard des intervenants qui les accompagnent. *Édiqsopce*, No 14.
11. Béji, K., Lechaume, A., Desrosiers, Laurence. (2022). « Gestion de la diversité en emploi au Québec : les défis de l'intégration des personnes immigrantes dans les PME en région ». Dans Paquet, Mireille (dir.), *Les nouvelles dynamiques migratoires au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pp. 159-177.
12. Dioh, M-L et Racine, M. (2017). Insertion professionnelle des immigrants qualifiés en technologies de l'information à Québec : À l'encontre des mythes, témoignages d'immigrants. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 72(4), 763-784.

SOURCE SUGGÉRÉE

- Plan d'action ministériel sur la régionalisation de l'immigration 2021-2024. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministere/immigration/publications/plan-action-regionalisation>

Contributions de l'adaptation culturelle des services de première ligne à l'intégration des personnes issues de l'immigration

Lucienne Martins-Borges

Mariá Boeira-Lodetti

Stéphanie Arsenault

Marguerite Tousignant

Vitoria Nathalia Nascimento

Université Laval

FAITS SAILLANTS

- La connaissance des différents statuts migratoires et de leurs droits respectifs contribue à l'accès aux services;
- La formation sur les principes de l'intervention interculturelle permet de développer un sentiment de compétence culturelle chez les intervenants;
- Les conflits de valeurs peuvent constituer une impasse à la rencontre et à l'intervention interculturelles;
- Une réponse adéquate aux besoins exprimés par les usagers s'appuie sur l'adaptation des critères généraux d'accès aux services;
- Le sentiment de sécurité vécu par les usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux contribue à leurs sentiments de sécurité et d'appartenance au sein de la société d'accueil.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les services de première ligne constituent la porte d'entrée au système de soins. La culture, pour sa part, donne accès – comme une porte d'entrée – au système de la personne. Ce système, partagé par les membres d'un même groupe, permet de se reconnaître, de se différencier et d'établir des liens d'appartenance. Penser la place de la culture dans les services de première ligne signifie donc de penser la place de la personne dans un réseau de la santé et des services sociaux. Cette question de la culture traverse toutefois rarement nos pensées lorsque nous structurons notre offre de services en santé et en services sociaux, incluant la première ligne. Cela s'explique entre autres par le fait que nos services sont pensés par et pour le groupe majoritaire, et donc, par et pour les personnes partageant les mêmes repères culturels. Au Québec, ces savoirs s'articulent autour d'un système cohérent incluant les ordres professionnels, les manuels diagnostiques ainsi que les programmes universitaires et collégiaux. Cette cohérence délimite les champs de pratique. Pose-t-elle problème? En principe, non. Il s'agit d'une logique partagée entre diverses sphères de notre société, incluant les institutions. Pourquoi, alors, aborder cette question? Il faut le faire, car cette logique s'appuie, à des degrés divers, sur une vision du monde qui est partagée par les membres d'un même groupe. Cette logique fonctionne comme un code, comme une boussole qui oriente ce

groupe. Ce code inclut des éléments objectifs, comme la langue, mais également des éléments plus subjectifs comme les conceptions de la santé, de la santé mentale, du bien-être, des soins et de ce qui est normal ou non.

Tout cela ne constituerait pas une préoccupation si nos sociétés n'étaient pas devenues si riches en diversité. Nous faisons ici référence aux personnes issues de l'immigration, plus particulièrement à celles dont la distance culturelle avec le Québec est importante. Ces personnes viennent d'un ailleurs géographique, mais surtout culturel, et portent en elles des façons différentes de voir la santé, le bien-être, les besoins et les réponses possibles à ces derniers. Nous pouvons dire que ces personnes possèdent une boussole différente, un code différent, influencés par leur culture fondatrice et leur vécu migratoire. Penser l'accès aux services de première ligne pour elles exige une prise en compte des éléments constituant leur humanité. Pourquoi sont-elles différentes si nous sommes tous des êtres humains ayant un corps et un monde psychique, ce dernier considéré comme un réservoir d'émotions, d'idées et de représentations du monde?

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Nos corps et nos mondes psychiques sont constitués d'une culture comportant des représentations singulières du monde. Prenons l'image d'une mère qui allaite son bébé. Il est possible d'inférer qu'au-delà d'offrir une réponse à un besoin physiologique de l'enfant, cette mère offre également une réponse aux besoins affectifs permettant au bébé de s'humaniser. Il est à noter qu'il s'agit, bien sûr, de deux besoins universels, à savoir la réponse au besoin physique – se nourrir – et psychologique – se sécuriser. Ce qui est spécifique est la façon de répondre à ces besoins. Celle-ci prend la forme proposée par la culture, dont la façon de toucher et de tenir ce bébé, de le nourrir, de partager des histoires et des chants, ainsi que toutes les interactions qui enveloppent ce moment. Un lien peut maintenant être fait entre cet exemple et les services offerts en première ligne : il y a l'offre de services, les traitements, mais surtout, la place qu'occupent les référents culturels dans toutes ces étapes.

La culture est ainsi la base de l'humanité de la personne et est transmise dès les premiers liens d'attachement. Cette image de la mère avec son bébé permet donc d'avoir accès aux modalités de construction de l'attachement. C'est également la culture qui structure le fonctionnement psychique. En étant fondatrice, elle influence la façon dont la personne se définit, se perçoit et comprend la réalité. Malgré les constantes transformations qu'elle subit au fil du temps, cette culture demeure une source de vitalité et de sécurité permettant la compréhension du monde. D'une manière plus fonctionnelle, elle joue un rôle de médiation entre la personne et son environnement.

Si la construction de la personne est singulière à sa culture fondatrice, nous pouvons comprendre qu'il y a aussi une cohérence entre besoins et culture et, par conséquent, entre offre de services et culture. Et lorsqu'elle ne l'est pas, que se passe-t-il? La personne issue de l'immigration tend à se sentir non reconnue et incomprise. Et l'intervenant tend à se sentir impuissant. Par ce fait même, les besoins demeurent non répondus, certaines situations s'aggravent, les personnes sont constamment réorientées vers d'autres services, les dossiers sont fermés prématurément et, par conséquent, il se produit une rupture des services auxquels elles ont droit. La réponse adéquate aux besoins doit être, donc, culturellement adaptée.

Nos recherches et nos expériences en intervention font ressortir quelques faits saillants sur l'adaptation culturelle des services de première ligne dans la région de Québec. Le premier élément concerne un manque de connaissances de la part des intervenants et des gestionnaires au sujet des différents statuts migratoires et des droits associés. Cela peut priver ces personnes de leurs droits en santé en ne les dirigeant pas vers des partenaires locaux, contribuant ainsi à leur marginalisation. Un exemple de cela est la méconnaissance des droits de santé des demandeurs d'asile via le programme offert par le gouvernement fédéral, le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

La pratique de l'intervention, indépendamment de la profession, s'appuie sur des savoirs acquis tout au long de la formation et du développement professionnel. Or, ces savoirs sont peu influencés par les approches interculturelles. Les faibles expériences d'intervention auprès des populations issues de l'immigration placent les intervenants devant un sentiment d'insécurité, voire d'impuissance. Ce sentiment se traduit par une crainte de commettre des erreurs de pratique ou de déroger à la loi. Cela peut également contribuer au développement d'une méfiance vis-à-vis des approches interculturelles.

Lors des interventions, la rencontre avec la différence peut aussi faire émerger des réactions émotionnelles, souvent sous forme de conflits de valeurs. Ces conflits touchent à différentes sphères de la vie d'une personne et l'intervenant se voit confronté à des modèles méconnus ou inconfortables pour lui. La tendance naturelle est de les considérer comme inadaptés. Voici quelques thématiques entourant les chocs culturels : les méthodes éducatives, les habiletés parentales, la santé mentale, le développement attendu d'un enfant et l'attachement, l'alimentation, les rôles (homme-femme, enfant-adulte, aîné) et le rapport à la religion. Sans s'attarder à tous les effets des conflits de valeurs, la réponse aux besoins se voit fragilisée. Cela peut conduire à une suspension hâtive de l'intervention, à des conclusions diagnostiques erronées ou à des références inexacts à des programmes ou à des partenaires.

Quel est le lien entre ces réflexions et l'intégration de la personne immigrante au Québec? La santé constitue une sphère centrale de la vie d'une personne. Être en santé, se sentir en confiance avec les intervenants, savoir s'orienter dans le système lorsqu'un besoin devient présent et se sentir comprise et reconnue ne peut que contribuer au bien-être de la personne. Dans le cas des services de première ligne, il s'agit de questions de santé, mais également de besoins sociaux. La réponse adéquate à ces besoins est essentielle à l'adaptation des personnes à la société d'accueil. La santé et les services sociaux occupent donc une place aussi centrale dans l'intégration que l'apprentissage de la langue et l'accès à l'emploi et à l'éducation.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'adaptation culturelle des services de première ligne à la population immigrante constitue, donc, une façon cohérente de penser leur intégration au Québec, car l'intégration va de concert avec les sentiments de sécurité et de rassurance. Le recours à l'interprète et celui à la médiation culturelle sont quelques-unes des interventions disponibles aux intervenants. Notre avis tient à soulever que cette adaptation est conditionnelle à l'adoption d'une posture de décentration chez les intervenants. Pour ces derniers, elle contribue au développement du sentiment de compétence culturelle. Pour les personnes immigrantes, une réponse culturellement adaptée et sécuritaire contribue à la non-aggravation des situations, ainsi qu'à une reprise du cours de leur vie rompu par

le déplacement. Si nous reprenons l'exemple de la mère qui allaite son bébé, il est possible d'identifier lorsque le besoin physiologique est comblé; il s'agit d'un critère objectif. Cependant, afin de savoir si les besoins affectifs sont comblés et si le lien d'attachement est sécurisant, il faut se référer à des codes culturels spécifiques. Pour cela, il est important d'accepter humblement que les nôtres – occidentalisés – ne sont pas toujours universels, d'où l'importance de la formation continue des intervenants et de l'adaptation culturelle des services offerts en première ligne.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Agic, B., McKenzie, K., Tuck, A. & Antwi, M. (2016). Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada – Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016_-_sante_mental_des_refugies_0.pdf
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S. & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522-1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Arsenault, S. (2020). Mieux comprendre l'accueil des réfugiés pris en charge par l'État dans les régions du Québec à travers le regard des intervenants qui les accompagnent. *Édiqscope*, 14. [https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE_No14%20\(VF\).pdf](https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE_No14%20(VF).pdf)
- Boeira Lodetti, M. (2023). *Les expériences d'intégration des réfugiés syriens à Québec* [thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL <http://hdl.handle.net/20.500.11794/133663>
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C. & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304. <https://doi.org/10.1177/070674370705200504>
- Martins-Borges, L., Fortin, M.-E., Boeira-Lodetti, M., Arsenault, S., & Langlois, L. (sous presse). Le mandat temporaire de la Clinique santé des réfugiés de Québec en contexte de crise sanitaire : une réponse aux iniquités d'accès aux soins des personnes à statut migratoire précaire. *Recherches sociographiques*.
- Martins-Borges, L., Boeira-Lodetti, M., Hamel-Genest, V., Fortin, M.-E., Robert, G., Arsenault, S., & Langlois, L. (2023). L'Adaptation des services à la Clinique santé des réfugiés de Québec: Une réponse aux impacts de la pandémie de COVID-19 chez les personnes réfugiées. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 39(1), 1–15. <https://doi.org/10.25071/1920-7336.41040>
- Moro, M-R. & R. (2023). Faire famille(s) aujourd'hui. Approche transculturelle. Dans : S. Monzani et N. Rizzo (Eds.), *Les parentalités contemporaines: Regards croisés systémique et psychanalytique* (p. 145-155). ESF Sciences humaines. <https://shs.cairn.info/les-parentalites-contemporaine--9782710145936-page-145?lang=fr>
- Ourhou, A., Bergeul, S. & Habimana, E. (2023). Les facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 103–126. <https://doi.org/10.7202/1100439ar>

- Pocreau, J.-B. & Martins Borges, L. (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 43–56. <https://doi.org/10.7202/014802ar>
- Pocreau, J. B., & Martins-Borges, L. (2017). Le réfugié, ce migrant non volontaire: Répercussions psychiques et médiation de la culture. Dans S. Grondin (Ed.), *La psychologie au quotidien* (3e éd.). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763732534-009>
- Pouliot, S., Gagnon, S. & Pelchat, Y. (2015). La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : constats et pistes d'action (publication no 2076). *Institut national de santé publique du Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2076>
- Rachédi, L. et Taïbi, B. (Eds.) (2019), *L'intervention interculturelle* (3e éd). Chenelière éducation.
- Wylie, L., Corrado, A. M., Edwards, N., Benlamri, M., & Murcia Monroy, D. E. (2020). Reframing resilience: Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 6979. <https://doi.org/10.1111/inm.12650>

L'insécurité culturelle est l'obstacle le plus important à l'accès aux soins et services de première ligne pour les personnes des Premières Nations et Inuit au Québec

Marie-Claude Tremblay, professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

Jennifer Petiquay-Dufresne, directrice, Bureau du principe de Joyce

FAITS SAILLANTS

- L'insécurité culturelle qui existe dans le réseau de soins et de services de première ligne contribue à alourdir un fardeau de maladie et de souffrance évitable pour les personnes des Premières Nations et Inuit (PNI).
- Au niveau individuel, des interactions entre prestataires et usagés marquées par le racisme et la discrimination sont des menaces à l'accès équitable, la qualité des soins et l'intégrité physique des personnes des PNI.
- Au niveau structurel, les orientations fondamentalement occidentales du système de santé et de services sociaux font en sorte que les mécanismes institutionnels, les pratiques organisationnelles ou les approches de soins dans le réseau sont inadéquats ou ne prennent pas en compte les besoins de ces peuples.
- Des soins culturellement sécuritaires, pensés par et pour les personnes des PNI, constituent la solution plaidée par les principaux acteurs de ce domaine pour lutter contre le racisme et les discriminations, ainsi que pour répondre aux besoins de ces groupes et assurer l'équité en santé.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Au Québec, les personnes issues des PNI expérimentent des iniquités¹ de santé importantes en comparaison avec le reste de la population. Celles-ci se traduisent notamment par des espérances de vie plus courtes, des taux de suicide plus élevés et de plus grandes prévalences de maladies mentales, de maladies chroniques et de maladies infectieuses (1,2). Les causes de ces iniquités de santé sont complexes et ancrées dans le contexte sociohistorique et politique du colonialisme et de son impact persistant sur les déterminants structurels de la santé² pour les PNI (p. ex. politiques assimilationnistes, dépossession territoriale, racisme systémique, accès limité aux ressources économiques, sociales et symboliques de la société). Ces conditions structurelles se

¹ Une iniquité est une différence de santé (inégalité) qui est produite socialement, systématique dans sa distribution et injuste, parce qu'évitable.

² Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé des populations. Les déterminants structurels représentent les forces et les systèmes plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne.

répercutent à leur tour sur des déterminants de la santé plus proximaux, tels que la pauvreté, la sécurité alimentaire, l'accès au logement ou aux soins (3).

Le réseau de soins et de services de première ligne joue un rôle important dans la reproduction des iniquités de santé qui touchent les PNI, parce que certains aspects des soins, dans leur conception et leur fonctionnement, sont un reflet des structures coloniales et des relations de pouvoirs inéquitables qui en découlent (4,5). En 2019, la Commission d'enquête publique sur les relations entre les peuples autochtones et certains services publics au Québec faisait un état des lieux assez complet sur la question, concluant à une forme de « discrimination systémique » dans l'accès et l'utilisation des services pour les personnes des PNI dans la province (6). Ainsi, au manque de continuité dans les services et au sous-financement chronique des services aux PNI, s'ajoutent un manque de services culturellement appropriés et des interactions avec les prestataires de soins marquées par le racisme et la discrimination. Cette situation complexe contribue à alimenter une forme **d'insécurité culturelle** en lien avec les soins et les services de première ligne, qui participe à réduire et nier les droits, les besoins et le bien-être des personnes des PNI.

Cet avis vise à fournir un bref portrait des enjeux d'insécurité culturelle des soins et des services de première ligne vécus par les personnes des PNI au Québec.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Des interactions entre prestataires et usagés teintées par le racisme et la discrimination

Notre réseau de soins et de services sociaux perpétue les processus d'exclusion sociale existant plus largement dans la société, tel que le racisme dont sont l'objet les personnes des PNI (6, 7). Selon une enquête du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) menée en 2018 auprès des personnes autochtones habitant en milieu urbain, 57 % des répondants mentionnaient avoir été victimes de racisme au sein du réseau de la santé et des services publics (8). Une revue de littérature récente (9) recense ainsi plusieurs types de racisme anti-autochtone dans les soins de santé au Canada : le racisme caché (être ignoré, traité différemment des autres personnes), le racisme manifeste (faire l'objet de mots et d'insultes racistes), les stéréotypes (croyances généralisées visant les membres de ces groupes), ainsi que les biais inconscients (préjugés ou stéréotypes qui affectent les décisions des professionnels de manière inconsciente ou involontaire). Plusieurs études ont identifié les biais et les stéréotypes qui touchent les personnes des PNI dans le système de santé au Canada : celles-ci sont injustement perçues comme des cas plus lourds, des patients difficiles, non-coopératifs, négligents, incapables de prendre soin d'eux ou de leur(s) enfant(s), enclins aux comportements pathologiques ou d'abus de substance (5,9-11). Ces stéréotypes sont souvent utilisés par les professionnels de santé comme des justifications pour dévier des protocoles de soins standards et pour offrir des soins sous-optimaux, conduisant à la discrimination dans les soins et les services (10). Celle-ci prend des formes multiples, telles que des temps d'attente plus longs, des interactions cliniques abusives, un sous-référencement, des diagnostics erronés ou manqués et une gestion inappropriée de la douleur (5,10).

En outre, mentionnons qu'en raison de la superposition des structures de vulnérabilité sociale et d'un continuum de violence coloniale qui touche particulièrement les femmes

des PNI, celles-ci sont impactées de manière très spécifique par le racisme dans les soins et les services sociaux (11). Ainsi, les femmes des PNI sont l'objet de stéréotypes et biais inconscients très spécifiques en contexte clinique, étant plus susceptibles d'être perçues comme irresponsables, ayant des mœurs légères, des dépendances aux drogues ou à l'alcool, ou présumées travailleuses du sexe (12). Sur la base de ces stéréotypes, les femmes des PNI sont ciblées par des pratiques non éthiques, telles que des tests de dépistage de drogues effectués sans consentement auprès de femmes venues accoucher, ou de la violence obstétricale, y compris des stérilisations imposées (6,11).

Les traitements préjudiciables ou discriminatoires, les micro-agressions et le racisme ont donc des conséquences tout à fait catastrophiques pour les personnes issues des PNI. Ils entraînent notamment une sous-déclaration par ces personnes de leurs symptômes aux professionnels de la santé (menant à des traitements sous-optimaux), une sous-utilisation des services de santé et des besoins de santé non comblés (13,14). Au-delà des effets directs pour la personne qui expérimente le racisme, les expériences personnelles et familiales non sécurisantes entraînent une sous-utilisation des services par l'ensemble de la population autochtone (6). Dans ce contexte, il n'est pas difficile de concevoir que plusieurs personnes des PNI perdent confiance, se désaffient des institutions et préfèrent ne pas consulter plutôt que de recevoir un traitement préjudiciable ou de vivre une humiliation dans le réseau de la santé et des services sociaux (5).

Des soins et services inadéquats et non-culturellement appropriés

Force est de reconnaître que les services et les soins de première ligne sont principalement ancrés dans une vision occidentale, biomédicale et réductionniste de la santé et des soins, qui s'oppose à celle des personnes des PNI (6). Cette vision, qui met l'accent sur une représentation essentiellement physique de la santé et la maladie, est incompatible avec la représentation de la santé holistique partagée par plusieurs nations autochtones, qui prend en compte des dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle du bien-être, soutenu par la famille et la communauté (15).

Pour plusieurs personnes des PNI, la reconnexion avec la culture et les traditions, qui leur ont été enlevées de force à travers les politiques coloniales, est intégrale à leur processus de guérison (16). De même, les pratiques de santé traditionnelles et l'utilisation de la médecine ou de la pharmacopée traditionnelle font office d'outils essentiels dans la recherche de leur santé et leur bien-être. Dans une étude récente menée avec des personnes Atikamekw (17), les participants ont exprimé le souhait que leur médecine traditionnelle soit reconnue et valorisée au sein du système de santé et que leur choix de l'utiliser, parfois en complément de la médecine occidentale, soit davantage respecté, dans un esprit d'ouverture et de collaboration. D'ailleurs, suivant le Principe de Joyce (18), la sécurité culturelle est indissociable de « la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé ». En outre, une revue de littérature sur le racisme anti-autochtone dans les soins au Canada (9) souligne que le rejet de la médecine, des savoirs ou des cérémonies traditionnelles est une manifestation fréquente de racisme structurel dans les soins et services de santé au Canada.

Par ailleurs, la langue dans laquelle est offerte les soins et les services peut être problématique pour plusieurs personnes des PNI qui ne maîtrisent pas le français ou l'anglais. Si l'accès aux services en langue autochtone est quelques fois possible en milieu allochtone lorsque les programmes d'accès régionaux le permettent, ce n'est toutefois

pas la norme (6). Or, des services sécuritaires exigent une communication sécuritaire, ce qui implique non seulement de favoriser la langue du patient dans les interactions par de l'interprétariat médical, mais aussi d'utiliser un langage accessible pour communiquer, permettant de remplir les obligations professionnelles, notamment en lien avec le consentement libre et éclairé.

Étant donné ces constats, il n'est pas étonnant que plusieurs personnes des PNI estiment que les approches de soins et les interventions préconisées dans le réseau de la santé ne répondent pas à leurs besoins (6,8). Plusieurs répondants à l'enquête du RCAAQ ont ainsi affirmé « ne pas avoir tenté d'obtenir des services pour des raisons culturelles ou linguistiques », alors que d'autres estiment que leur besoin n'a pas été adéquatement répondu pour « des motifs liés à leur réalité en tant qu'Autochtones » (8).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Des soins culturellement sécuritaires, pensés par et pour les personnes des PNI, constituent la solution plaidée par les principaux acteurs de ce domaine pour lutter contre le racisme, les discriminations et les relations de pouvoir inéquitables dans le système de santé (18). **Des soins culturellement sécuritaires désignent des soins qui sont prodigués dans le respect des droits, avec équité et en sécurité en fonction des normes culturelles et des valeurs de la personne.** Afin de parvenir à des soins culturellement sécuritaires, l'élément central réside dans le contrôle exercé par les peuples autochtones sur la conception et l'administration des soins et des services de première ligne, permettant de développer des interventions en concordance avec les modes de guérison, les visions du bien-être et les besoins des communautés (8). Ceci met en évidence la nécessité de changements systémiques profonds, capables de transformer les politiques et les pratiques institutionnelles en place, ainsi que l'importance de soutenir l'autodétermination et la résurgence autochtones. Ainsi, la sécurité culturelle ne pourra se réaliser sans l'établissement de liens de confiance et de partenariats égaux entre les institutions sociales et les PNI, misant sur la reconnaissance des droits et de l'expertise des PNI en cette matière.

Récemment, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) déclarait le droit collectif de ces groupes à accéder de manière culturellement sécurisante à tous les services publics (19). Selon l'APNQL, ce droit nécessite : « (a) le droit à des services publics culturellement appropriés; (b) le droit à l'autonomie personnelle et au respect du consentement libre et éclairé; (c) le droit à l'égalité réelle, à la non-discrimination et à la continuité des services; et (d) le droit à un partage équitable de l'assiette fiscale et à un financement adéquat des mesures en matière de sécurisation culturelle. » (19). Nous pensons que la reconnaissance de ces droits constitue une première feuille de route pour adresser cette problématique, qui interpelle directement les valeurs fondatrices de notre réseau de services et de notre société.

RÉFÉRENCES

1. Centre national de collaboration de la santé autochtone, *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : examen de la santé publique autochtone au Canada*. 2012, Centre national de collaboration de la santé autochtone: Prince George, C.B.
2. Gracey, M. and M. King, *Indigenous health part 1: determinants and disease patterns*. The Lancet 2009. **374**(9683): p. 65-75.
3. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. *Social Determinants of Health*. 2015 [cited 2020 May 11th]; Available from: http://www.nccah-ccnsa.ca/28/Social_Determinants.nccah.
4. Turpel-Lafond, M.E. and H. Johnson, *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. BC Studies: The British Columbian Quarterly, 2021(209): p. 7-17.
5. National Collaborating Centre for Aboriginal Health, *Indigenous experiences with racism and its impacts*. 2014, Authors: Prince Georges,.
6. Viens, J., Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final. 2019, Gouvernement du Québec: Québec. p. 520.
7. Kamel, G., Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan. 2021, Bureau du coroner: Québec, CA. p. 28.
8. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : Portrait de la situation au Québec*. 2018, RCAAQ: Wendake,.
9. Cooke, M. and T. Shields, *Anti-Indigenous racism in Canadian healthcare: A scoping review of the literature*. International Journal for Quality in Health Care, 2024. **36**(3): p. mzae089.
10. Harding, L., What's the harm? Examining the stereotyping of Indigenous Peoples in health systems, in Faculty of Education. 2018, Simon Fraser University: Burnaby, B.C. p. 150.
11. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec [rapport de recherche]*. 2022, CSSSPNQL,: Wendake. p. 76.
12. Boyer, Y. and J. Bartlett, External review: Tubal ligation in the Saskatoon health region: The lived experience of Aboriginal women. Saskatoon: Saskatoon Health Region, 2017.
13. Allan, B. and J. Smylie, *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. 2015, The Wellesley Institute: Toronto, ON.
14. Kitching, G.T., et al., Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. Canadian Journal of Public Health, 2020. **111**(1): p. 40-49.
15. Tanner, B.C., *Assessing Wellness Using a Medicine Wheel Framework: a Cross-Sectional Study of Stress and Resilience in a First Nation Community in Ontario, Canada*. 2020, The University of Western Ontario (Canada).
16. Gone, J.P., Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for indigenous culture as mental health treatment. Transcultural psychiatry, 2013. **50**(5): p. 683-706.

17. Tremblay, M.C., et al., Uncovering Atikamekw Health-Care Needs and Perspectives on Cultural Safety. Canadian Journal of Public Health, Submitted.
18. Conseil des Atikamekw de Manawan and Conseil de la Nation Atikamekw, Principe de Joyce : Mémoire présenté par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw. 2020, CDAM, CNA, : Manawan, QC.
19. Assemblée des Premières Nations du Québec-Labrador, Déclaration sur les droits des Premières Nations à l'autodétermination et à la sécurisation culturelle. 2023, APNQL, : Wendake.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=97224
- Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics : Portrait de la situation au Québec : https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Montreal_FR.pdf
- Rapport d'enquête publique concernant le décès de Joyce Echaquan : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4645546>
- Consentement libre et éclairé : Stérilisations imposées des femmes des Premières Nations et Inuit au Québec : <https://cssspnql.com/produit/consentement-libre-et-eclairé-et-les-sterilisations-imposees-de-femmes-des-premieres-nations-et-inuit-au-quebec/>

Traiter l'obésité, une maladie chronique, par les saines habitudes de vie

Jean-Sébastien Paquette, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval; VITAM – Centre de recherche en santé durable; CISSS de Lanaudière; Laboratoire ARIMED

Pierre Cordeau, VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Près d'un adulte sur trois vit avec l'obésité au Québec et les taux de prévalence sont en constante augmentation.
- En 2021, la charge fiscale de l'obésité était estimée à 22,9 milliards de dollars au Canada et à 5,13 milliards de dollars au Québec, représentant près de 750 \$ par habitant du Québec.
- Bien qu'elles soient des éléments importants pour la prévention et le traitement de l'obésité et des problèmes de santé associés, la mise en œuvre d'interventions sur le mode de vie reste un défi pour les prestataires de soins de santé primaires.
- Actuellement, le système de santé québécois ne dispose pas d'un soutien interdisciplinaire adéquat pour la prise en charge de l'obésité.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

L'obésité est devenue un problème de santé majeur au Québec. En 2022, près d'un adulte sur trois (29 %) était obèse (1), une hausse marquée par rapport au niveau enregistré en 2003 (14 %) (2). Traditionnellement, l'obésité est déterminée par un indice de masse corporelle (IMC; poids/grandeur) supérieure à 30. Quoiqu'imparfait, l'IMC est toujours utilisé, car il donne une idée rapide et générale de la constitution physique d'une personne. Cependant, il est important de mentionner que l'IMC ne différencie pas la masse musculaire de la masse adipeuse et une personne musclée peut être considérée comme obèse (3). De plus, la répartition des graisses sur le corps n'est pas prise en compte, alors que l'on sait que la graisse viscérale (ou abdominale) est plus nocive que la graisse sous-cutanée (3).

L'obésité n'est pas un choix de vie, mais une maladie chronique déterminée par des facteurs biologiques qui échappent bien souvent au contrôle de l'individu, avec 70 % de risque déterminé par la génétique (4). L'obésité est mal comprise par la société, même au sein du système de santé qui est censé aider les personnes qui en sont atteintes (4). La stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes souffrant d'obésité créent des obstacles structurels aux soins, ce qui détériorent la santé et le bien-être mental, contribuant à la dépression, à l'anxiété et à l'isolement social (4). Une meilleure compréhension de l'obésité permettrait de contrer cette stigmatisation et de mettre l'accent sur des soins fondés sur les données probantes.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

La communauté scientifique s'accorde à dire que l'obésité affecte la qualité de vie en augmentant le risque de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer (4). Les interventions sur le mode de vie sont largement reconnues comme des éléments importants pour la prévention et le traitement de l'obésité et des problèmes de santé associés. Malgré ces données probantes, la mise en œuvre d'interventions sur le mode de vie reste un défi pour les prestataires de soins de santé primaires. Aider les patients à adopter des habitudes de vie plus saines et durables nécessite des ressources importantes et un engagement en temps considérable. En outre, il existe généralement un manque de trajectoires cliniques bien définies pour prévenir et pour traiter l'obésité et les problèmes de santé associés par le biais de la médecine du mode de vie dans les milieux de soins primaires (5). Pourtant, il a été démontré qu'une approche multidisciplinaire spécialisée centrée sur le patient est beaucoup plus efficace pour maintenir la perte de poids (6). Dans le cadre d'une visite médicale, les cliniciens discutent de stratégies pour perdre du poids, mais ils ont rarement l'infrastructure nécessaire pour assurer un suivi adéquat. Ceci entraîne un faible taux de réussite, car peu de changements dans les habitudes de vie à long terme sont maintenus ou observés. Idéalement, une prise en charge initiale efficace devrait inclure une amélioration des habitudes de vie (alimentation et activité physique), ainsi que d'autres interventions comportementales (7).

L'absence de prise en charge adéquate et rapide de l'obésité entraîne une détérioration des symptômes associés aux maladies chroniques et affecte la qualité de vie des patients. Plusieurs effets négatifs sur la santé physique et psychologique sont répertoriés : apnée du sommeil, fatigue, dépression, infertilité, cancer, diabète, hypertension, maladies cardiaques athérosclérotiques et plus encore (4). Les personnes souffrant d'obésité ont des taux de consultations médicales, de consultations en spécialité, de visites aux urgences, de séjours à l'hôpital et de consommation de médicaments sur ordonnance nettement plus élevés que les personnes non obèses. La charge fiscale de l'obésité au Québec, incluant les coûts directs et indirects, était évaluée à 5,13 milliards de dollars en 2021, représentant près de 750 \$ par habitant du Québec (8).

Après avoir essayé d'améliorer les habitudes de vie, la pharmacothérapie est souvent prescrite comme deuxième option, mais la médication est un outil et non une solution (9). Elle peut être très efficace, à condition qu'elle soit combinée à une alimentation saine et à des activités physiques visant à maintenir la masse musculaire (7). Il est important de mentionner que l'approche pharmacologique pour le traitement de l'obésité n'est pas couverte par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Le manque de ressources (p. ex. nutritionnistes, kinésiologues) dans certains groupes de médecine de famille (GMF) crée des inégalités en matière de santé. Les patients plus aisés ont accès à des professionnels privés et à des médicaments contre l'obésité coûteux, alors que les patients moins aisés n'y ont pas accès. Le statut socioéconomique d'un patient ne devrait pas être un facteur de réussite dans la prise en charge de son obésité.

Enfin, la chirurgie bariatrique peut également être proposée aux patients (selon des critères bien définis) et, comme pour les médicaments, une amélioration des habitudes de vie est nécessaire pour être efficace et éviter de reprendre le poids perdu à la suite de l'intervention (10).

Les ressources étant limitées dans les GMF, une solution innovante a été développée en réorganisant les soins sous la forme d'une clinique spécialisée en santé métabolique au GMF universitaire (GMF-U) du Nord de Lanaudière. Cette clinique, que nous avons baptisée Clinique Méta-Santé (clinique de santé métabolique), soutient un parcours clinique fondé sur des données probantes intégrant la médecine du mode de vie dans la prise en charge de l'obésité et des problèmes de santé associés chez les adultes. Sans grever les ressources existantes, c'est-à-dire sans nécessiter de personnels ou d'installations supplémentaires, l'équipe déjà en place a créé des outils et une méthode de travail qui permettent une collaboration interprofessionnelle au sein de la clinique et une focalisation sur les objectifs du patient. Cette clinique permet de répondre aux besoins des patients sur différents aspects de leur santé en leur offrant une trajectoire de soins personnalisés. Les GMF et GMF-U ont un certain pouvoir décisionnel sur le choix des professionnels subventionnés dans leur établissement. Comme chaque GMF détermine le nombre d'employés à temps plein qu'il peut embaucher, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les nutritionnistes sont les choix les plus fréquents. Tous ces intervenants travaillent ensemble à la Clinique Méta-Santé pour optimiser les soins aux patients et leur offre de services. D'autres professionnels (p. ex. des physiothérapeutes, des kinésiothérapeutes et des ergothérapeutes) peuvent être engagés afin d'améliorer davantage cette trajectoire de soins. Ceci permet d'inclure des patients ayant des défis supplémentaires au maintien de saines habitudes de vie.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La population québécoise vieillit, devient plus sédentaire et prend du poids. Nous vivons dans un système de santé qui met trop d'accent sur le traitement et pas assez sur la prévention et l'éducation. Si cette tendance se maintient, les coûts de santé augmenteront de façon astronomique au fur et à mesure que la santé de la population diminuera. Selon les données de 2023-2024, les Québécois ont payé environ 1 milliard de dollars par semaine en santé et services sociaux (11). La santé est un concept multifactoriel et tant qu'il y aura des zones à faible revenu, des personnes à faible niveau d'éducation et des ménages souffrant d'insécurité alimentaire, les inégalités persisteront, de même que les maladies chroniques. La création de la Clinique Méta-Santé maximise les ressources disponibles afin de mieux servir les patients tout en maintenant la chaîne de services continue pour maximiser les gains sur le long terme. Elle représente une solution novatrice aux défis de la gestion de l'obésité et de ses complications en milieu de soins primaires. En intégrant la médecine du mode de vie dans un parcours clinique structuré et en s'appuyant sur une équipe interdisciplinaire, la clinique aide efficacement les patients à améliorer leur santé de manière durable.

RÉFÉRENCES

1. Canada S. Un aperçu des mesures relatives au poids et à la taille dans le cadre de la Journée internationale de l'obésité Statistique Canada: Statistique Canada; 2024 [cited 2025 March 3]. Available from: <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5742-un-aperçu-des-mesures-relatives-au-poids-et-la-taille-dans-le-cadre-de-la-journee>.
2. MSSS. Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024 [updated March 12 2025; cited 2025 March 3]. Available from: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/evolution-de-la-population-touchee-par-l-obesite/>.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*. 2005;366(9497):1640-9.
4. Canada O. 5 Facts about obesity everyone should know 2025 [Available from: <https://obesitycanada.ca/understanding-obesity/5-facts/>].
5. Paquette J, Dubé S, Moreau L, Pelland L, Menear M, Rhéaume C, et al. Implementing a Lifestyle Medicine Clinic for Obesity and Related Chronic Health Conditions in a Primary Care Setting: The Méta-Santé Clinic. Submitted.
6. Foster D, Sanchez-Collins S, Cheskin LJ. Erratum: Multidisciplinary Team-Based Obesity Treatment in Patients With Diabetes: Current Practices and the State of the Science. *Diabetes Spectrum* 2017;30:244-249 (DOI: 10.2337/ds17-0045). *Diabetes Spectr*. 2018;31(1):119.
7. INESSS. La pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité: Gouvernement du Québec; 2022 [cited 2025 March 3]. Available from: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Pharmaco_Obesite_EC.pdf.
8. Nordisk N. Priorités pour le budget du Québec 2025-2026 2025 [cited 2025 March 3]. Available from: https://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publicques/consultations_prebudgetaires/2025-2026/memoires/Novo_Nordisk_Canada.pdf.
9. Tchang BG, Aras M, Kumar RB, Aronne LJ. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA)2000.
10. ASMBS. Life After Bariatric Surgery: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2021 [cited 2025 March 3]. Available from: <https://asmbs.org/patients/life-after-bariatric-surgery/>.
11. Brasseur N. L'heure juste: les Québécois dépensent bel et bien 1 milliard \$ par semaine en santé: *Le Journal de Montréal*; 2022 [Available from: <https://www.journaldemontreal.com/2022/09/02/lheure-juste-les-quebecois-depensent-bel-et-bien-1-milliard--par-semaine-en-sante>].

La décision partagée : essentielle afin de sauvegarder les soins de première ligne

Brischia Anaid Tinoco Mar, M. Sc., doctorante^{1,2}

France Légaré C.Q., B. Sc. Arch, MD, M. Sc., Ph. D., CCMF, FCMF^{1,2,3}

¹ VITAM – Centre de recherche en santé durable, CIUSSS de la Capitale-Nationale

² Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et la mobilisation des connaissances

³ Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

FAITS SAILLANTS

Ce document examine en profondeur la décision partagée et souligne son rôle crucial dans l'amélioration des systèmes de santé de première ligne, en particulier dans la province de Québec, où la décision partagée bénéficie d'un statut privilégié. Toutefois, son application rencontre des obstacles importants, tels qu'une mauvaise perception des capacités des usagers, des lacunes dans la formation des professionnels ainsi que des contraintes de temps et de ressources humaines disponibles. Appliquer la décision partagée est non seulement une recommandation, mais une nécessité afin de garantir des soins plus inclusifs et centrés sur les valeurs des usagers. Cette approche est essentielle afin de répondre efficacement aux défis suivants : optimiser les résultats de santé pour tous et renforcer la durabilité du système de santé.

- Québec reconnaît l'importance de la décision partagée et dispose d'assises solides.
- Les défis liés à l'accès aux soins de première ligne, à la surcharge des professionnels et aux iniquités persistantes pour certains groupes limitent l'application de la décision partagée.
- La diversité croissante sur les plans socioculturel et linguistique ainsi que les niveaux de littératie en santé exigent des adaptations pour assurer une participation équitable de tous les usagers au processus décisionnel.
- Le vieillissement de la population accentue le besoin d'avoir des approches adaptées pour soutenir l'engagement des personnes âgées dans leurs choix de santé.
- La décision partagée constitue une opportunité pour améliorer l'expérience patient, l'équité et la durabilité du système, à condition d'investir dans la formation, les outils d'aide à la décision et la sensibilisation du grand public.

PROBLÉMATIQUE

Au Québec, l'engagement des usagers dans l'ensemble du système de santé s'impose comme un levier central afin de transformer les soins et services de santé. La décision partagée vise à engager les usagers dans le processus décisionnel en tenant compte de leurs préférences, valeurs, priorités et contextes de vie, en complément des meilleures

preuves scientifiques disponibles. Elle consiste en une collaboration active entre les usagers et les professionnels de la santé. La décision partagée contraste avec les pratiques traditionnelles, qui tendent à exclure les usagers du processus décisionnel les concernant directement et à leur imposer un choix déterminé par des experts. Cette approche leur permet de faire des choix éclairés, elle améliore l'adhésion aux décisions, la satisfaction, ainsi que les résultats de santé, en plus de contribuer à réduire les iniquités. Les usagers impliqués perçoivent un contrôle accru sur leurs choix de traitement ou même d'investigation et se sentent plus investis dans leur parcours de soins (1–5).

Au Québec, le cadre politique soutient la décision partagée, notamment avec la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*. Celui-ci priorise la décision partagée pour transformer les soins et engager les usagers dans les prises de décision de santé. Des initiatives, comme le Carnet Santé Québec, facilitent l'accès aux informations médicales et favorisent une autonomie décisionnelle. De plus, la couverture universelle des médicaments encourage des discussions éclairées sur les options thérapeutiques. Toutefois, ces dispositifs réservés aux bénéficiaires de la RAMQ excluent certains groupes, tels que certains immigrants ou résidents temporaires (6,7).

Malgré des avancées, l'implantation effective de la décision partagée demeure inégale et partielle. Plusieurs défis persistent et entravent son adoption à large échelle. D'abord, l'accès limité aux soins de première ligne, marqué par une pénurie de médecins de famille et les longs délais d'attente (c.-à-d., environ 1,6 million de Québécois sont sans professionnel attitré), réduit les occasions d'établir une relation durable et d'initier des discussions collaboratives sur les choix de santé. Dans ce contexte, les interactions se résument souvent à des consultations ponctuelles et brèves, peu propices à une discussion délibérative sur les options disponibles et les valeurs et préférences des usagers (8).

De plus, les caractéristiques sociodémographiques en mutation au Québec introduisent des défis supplémentaires. Par exemple, le vieillissement de la population génère une demande accrue de soins spécifiques, alors que la perception des individus d'être engagés dans les décisions diminue à mesure qu'ils avancent en âge (2,3). Parallèlement, l'immigration croissante, avec un gain net de 217 600 personnes en 2023, a contribué à diversifier la population, posant ainsi des défis sur les plans linguistique et ethnoculturel (9). Des écarts de compréhension peuvent, en retour, altérer la confiance et la qualité des processus décisionnels. Ces observations soulignent l'importance de développer des approches personnalisées à certaines populations afin d'encourager l'engagement de tous les usagers dans les décisions portant sur leur santé.

Un autre obstacle réside dans le fait que les besoins décisionnels des usagers sont souvent négligés ou confondus avec leurs besoins de soins. L'incertitude inhérente aux données probantes sur les options de santé, le manque de connaissances, une faible littératie en santé, la difficulté à cerner ses propres valeurs ou l'absence de soutien sont autant de facteurs qui fragilisent le processus décisionnel. Cela peut conduire à des décisions précipitées et non éclairées. Ultimement, en présence d'issues délétères, cela peut mener à du regret et à des plaintes à l'encontre des équipes cliniques (3,10).

En effet, la société est confrontée à des lacunes dans la production de données probantes robustes ainsi qu'à des lacunes sérieuses en matière de compréhension des aspects probabilistes inhérents aux données probantes. Elle est également confrontée à une augmentation de la désinformation en matière de santé. Ensemble, ces lacunes freinent

l'engagement des usagers dans la prise de décision et nuisent aux professionnels dans leur rôle de « courtier des décisions » (11). De plus, l'organisation même de la gouvernance des soins reste parfois opaque pour les usagers, rendant difficile l'identification d'un point de contact clair pour amorcer une démarche de décision partagée.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les quelques éléments présentés précédemment révèlent que, bien que le Québec ait clairement intégré la décision partagée dans le plan de transformation de son système de santé, son implantation reste entravée par des freins structurels, organisationnels et humains (6,7). Pourtant, en l'alignant sur le quintuple objectif (santé, expérience, équité, bien-être des professionnels, efficacité), elle a le potentiel d'améliorer la qualité et la durabilité du système de santé. En effet, au Québec, l'intégration de la décision partagée progresse, mais son implantation reste incomplète. Ceci témoigne moins d'un rejet du concept que d'une mise en œuvre toujours en cours, typique des grandes transformations organisationnelles. Cette situation est comparable à celle observée ailleurs au Canada, où une enquête publiée en 2018 révélait que le niveau de décision partagée ressenti par les usagers demeurait faible, avec un score moyen de 2,25 sur 5, avec des écarts marqués selon l'âge, la ruralité, ou encore l'origine ethnoculturelle. En particulier, les répondants du Québec présentaient les scores les plus faibles parmi toutes les provinces canadiennes (10,12).

Les défis de son implantation ne traduisent donc pas une absence de volonté, mais plutôt la complexité de son opérationnalisation dans un contexte de mutations sociales importantes et de pressions continues sur le système de santé. Par exemple, on observe un accroissement des iniquités sociales, de fortes migrations de populations, une désinformation grandissante ainsi que des tensions géopolitiques inédites qui, prises ensemble, ont un impact sur le système de santé et la volonté de promouvoir un engagement accru des usagers. La décision partagée requiert des ressources humaines qualifiées, des outils d'aide à la décision adaptés, ainsi que des trajectoires de soins bien définies.

En effet, des pistes de solutions prometteuses existent (4). L'introduction d'outils d'aide à la décision conformes aux standards internationaux (13) et adaptés aux réalités québécoises représente un levier particulièrement prometteur et reconnu comme efficace. En simplifiant la transmission d'informations claires sur les bénéfices et les risques associés aux options de santé disponibles ainsi que les aspects probabilistiques inhérents à ceux-ci, les outils d'aide à la décision allègent la charge cognitive des professionnels et préparent mieux les usagers aux consultations (1). De plus, la formation continue des professionnels de la santé sur la décision partagée renforcerait l'application de la prise de décision partagée dans divers contextes (14). Ainsi, l'enjeu réside moins dans l'adhésion aux principes de la décision partagée que dans l'optimisation de leur application. Une mise à l'échelle progressive, s'appuyant sur les expériences pilotes québécoises et d'ailleurs, est essentielle pour que les bonnes pratiques de décision partagée ne soient pas confinées à quelques milieux avant-gardistes. Cette mise à l'échelle implique de passer d'expérimentations locales à une intégration plus large et cohérente, en adaptant les approches aux différents milieux cliniques et aux diverses réalités populationnelles.

En consolidant la décision partagée, le système québécois pourrait non seulement renforcer l'autonomie décisionnelle des usagers qu'il met de l'avant mais aussi il pourrait soutenir l'amélioration de l'expérience des usagers. En complément, cela favoriserait une utilisation plus judicieuse des ressources en limitant le recours à des interventions qui ne répondent pas aux valeurs et préférences des usagers et, qui plus est, ne reposent pas sur des données probantes robustes. Par ailleurs, en outillant davantage les professionnels pour accompagner les usagers dans les prises de décision de santé, on peut espérer une réduction de leur sentiment d'impuissance et donc, contribuer à améliorer leur bien-être. Enfin, une approche plus inclusive, intégrant les réalités linguistiques et socioculturelles, renforcerait l'équité en matière de processus décisionnel de santé.

En résumé, le Québec dispose de bases solides et d'une volonté affirmée pour faire de la décision partagée un pilier de son système de santé, et ce, tel qu'exprimé dans la récente mise à jour de son plan de transformation (6,7). Les défis rencontrés sont réels. Toutefois, ils s'inscrivent dans une perspective d'amélioration continue, où l'accent sur le déploiement à grande échelle et sur l'adaptation aux divers contextes locaux apparaît comme la clé afin de maximiser les retombées positives pour l'ensemble des parties prenantes.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'intégration de la décision partagée au Québec se situe à la croisée des chemins. D'un côté, des forces notables soutiennent son développement : un cadre législatif favorable, des capacités scientifiques et méthodologiques présentes dans la création d'outils d'aide à la décision, une infrastructure numérique en place, une reconnaissance croissante de l'importance de l'engagement des usagers, ainsi qu'une volonté affirmée d'améliorer l'expérience des usagers et de renforcer l'équité. Ces atouts constituent un terrain fertile pour ancrer durablement cette pratique dans le système de santé québécois.

D'un autre côté, des défis demeurent et ralentissent sa mise en œuvre. L'hétérogénéité dans l'adoption de la décision partagée selon les milieux cliniques, les inégalités d'accès aux soins, la pression sur les ressources humaines et le manque de formation dans ce domaine figurent parmi les obstacles qui limitent l'atteinte du plein potentiel de cette pratique. Ces défis sont cependant loin d'être insurmontables. Ils révèlent plutôt des opportunités de consolidation : renforcer les compétences des professionnels, développer et adapter les outils d'aide à la décision aux réalités socioculturelles et linguistiques et surtout, encourager l'expansion graduelle des bonnes pratiques dans l'ensemble des soins de première ligne.

En somme, le Québec dispose de leviers significatifs pour faire de la décision partagée un vecteur de transformation durable de son système de santé. L'enjeu n'est pas de tout recommencer, mais d'optimiser ce qui existe déjà, en permettant une diffusion à large échelle d'innovations locales. Une telle approche pourrait non seulement répondre aux attentes des usagers, mais aussi contribuer à un système plus efficace, plus humain et plus résilient.

RÉFÉRENCES

1. Stacey, D. *et al.* Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2024.
2. Légaré, F. *et al.* Shared decision-making in Canada: Update on integration of evidence in health decisions and patient-centred care government mandates. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 171, 22–29 (2022).
3. Shay, L. A. & Lafata, J. E. Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Med Decis Making* 35, 114–131 (2015).
4. Légaré, F. *et al.* Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, CD006732 (2018).
5. Durand, M.-A. *et al.* Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 9, e94670 (2014).
6. Plan de transformation - Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent - Comité de transition - Janvier 2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003858/>.
7. Transformation du système de santé et de services sociaux. *Gouvernement du Québec* <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebecois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-population>.
8. FMOQ. La pénurie de médecins de famille est réelle. *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* <https://www.fmoq.org/affaires-syndicales/communications/communiqués/la-penurie-de-medecins-de-famille-est-reelle/>.
9. Québec, I. de la statistique du. Québec had a record-high net migration gain of 217,600 people in 2023. *Institut de la statistique du Québec* <https://statistique.quebec.ca/en/communiqué/quebec-record-high-net-migration-gain-217600-people-2023> (2024).
10. Haesebaert, J., Adekpedjou, R., Croteau, J., Robitaille, H. & Légaré, F. Shared decision-making experienced by Canadians facing health care decisions: a Web-based survey. *cmajo* 7, E210–E216 (2019).
11. Légaré, F. *Le Médecin Omnipraticien Du XX^e Diècle Courtier Des Décisions!* <https://lemedecinduquebec.org/Media/104305/025Intro1009.pdf> (2009).
12. Toi, A. K. *et al.* Difficult Decisions for Older Canadians Receiving Home Care, and Why They Are So Difficult: A Web-Based Decisional Needs Assessment. *MDM Policy & Practice* 7, 23814683221124090 (2022).
13. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. <https://decisionaid.ohri.ca/IPDAS/>.
14. Diouf, N. T. *et al.* Effectiveness of Shared Decision-making Training Programs for Health Care Professionals Using Reflexivity Strategies: Secondary Analysis of a Systematic Review. *JMIR Med Educ* 8, e42033 (2022).

Territoires locaux et intégration des services

Une première ligne médicale en mode prépondérant

Prestations de soins et services

Voix disciplinaires

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Les expériences professionnelles et la santé au travail de membres du personnel infirmier de première ligne au Québec

Marianne Beaulieu

Julie Robichaud

Le Projet EXPRIMER, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Globalement, le personnel œuvrant en première ligne se porte mieux que celui des autres secteurs.

MAIS...

- Certains indicateurs de santé (épuisement, stress, présentéisme) atteignent des niveaux élevés chez le personnel infirmier de première ligne.
- Les risques psychosociaux du travail (p. ex. exigences du travail, déshumanisation organisationnelle) sont plus présents en Centre local de services communautaires (CLSC), alors que les facteurs de protection (p. ex. ressources au travail, reconnaissance) sont plus présents en groupes de médecine de famille (GMF)/cliniques.
- L'intention de quitter l'emploi dans la prochaine année est liée à la fois à des facteurs de risque bien connus dans la littérature scientifique et à des éléments spécifiques liés à la pratique infirmière (soins non faits, exercice du plein champ de pratique, jugement et meilleures pratiques cliniques).

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada figure en tête de liste des pays sous-performants pour les soins de santé en première ligne (1). Depuis déjà de nombreuses années, ceci se traduit au Québec par d'importantes difficultés d'accès aux services de première ligne (2,3). Plusieurs modèles reconnus suggèrent que la transformation des systèmes de santé doit passer par l'amélioration de l'expérience patient, de la santé des populations, de l'efficacité, de l'équité en santé et du bien-être du personnel de la santé (4,5). Il est donc hautement préoccupant de constater que le Québec fait face à un important problème de rétention de l'effectif infirmier (6,7).

Les enjeux d'effectifs infirmiers sont régulièrement présentés comme étant à la source « des problèmes graves d'accès aux services qui minent la capacité du réseau public à répondre aux besoins de la population » (7 p. 2). Chaque année, le système de santé voit des milliers de membres du personnel en soins infirmiers quitter des emplois dans le réseau public (7). En 2020-2021, le nombre d'infirmières ayant quitté leur emploi a atteint des sommets se situant à plus de 6 500 infirmières, avec un taux global de roulement entre 7 % et 16 % (8). Les conditions de travail difficiles seraient les principales responsables de la désertion du réseau public de santé, particulièrement chez les

nouvelles infirmières (6). Cette difficulté de rétention entraîne d'importants coûts économiques (9,10) et non économiques (10) en plus d'engendrer des impacts notables sur la pratique professionnelle et la qualité des soins et services offerts à la population (11,12).

La première ligne étant le premier point de contact avec le système de santé et assurant la continuité des soins, il importe, pour en assurer l'efficacité, de favoriser le bien-être du personnel infirmier. Or, très peu de données sont disponibles à l'échelle de la province à ce sujet. Il est donc actuellement difficile d'implanter des programmes innovants et des initiatives adaptées pour modifier les pratiques professionnelles et les conditions de travail au sein du réseau public de santé. Considérant que le ministère de la Santé et des Services sociaux (13) affirme souhaiter faire du système public de santé un « employeur de choix », le présent avis vise à :

- 1) Caractériser l'expérience de membres du personnel infirmier de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- 2) Identifier les facteurs associés à l'intention de quitter chez des membres du personnel infirmier de première ligne dans le RSSS.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Portrait global. Une collecte de données a été réalisée par un questionnaire en ligne auprès de 4 430 membres du personnel infirmier travaillant dans les établissements publics de santé au Québec à l'automne 2024. Parmi les répondant.e.s, 1 035 œuvraient en première ligne dont 758 (73,2 %) en CLSC et 277 (26,8 %) en GMF ou clinique médicale/ infirmière praticienne spécialisée (IPS), et ce, à titre d'infirmier.e auxiliaire (8,6 %), d'infirmier.e (9,0 %), d'infirmier.e clinicien.ne (59,6 %), d'infirmier.e praticien.ne spécialisé.e (11,6 %), et autres (11,4 %). Les principaux secteurs d'activités des répondants étaient : soutien/soins à domicile (24,2 %), périnatalité/enfants-parents-famille (19,6 %) services courants/soins ambulatoires (15,5 %), santé mentale (7,0 %), santé publique (6,7 %) et santé des jeunes/scolaire (6,0 %).

État de santé. Si l'état de santé de l'effectif infirmier de première ligne semble meilleur que celui des autres secteurs du réseau public, certains indicateurs indiquent toutefois des niveaux préoccupants (tableau 1). Par exemple, 46,2 % de l'effectif infirmier en première ligne rapporte un niveau dépassant le seuil clinique d'épuisement professionnel et 8,2 % vivent un niveau de stress élevé. De plus, le présentéisme (nombre de jours travaillés malgré la présence d'un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle) se situe à un niveau élevé, atteignant 4,2 jours dans le mois précédent.

Tableau 1. État de santé du personnel infirmier en première ligne

Variables		TOTAL	Autres secteurs	1 ^{re} ligne
Santé générale (dernier mois) [0-100]	M(é.t)	67,5 (21,3)	67,1 (21,2)	69,1 (21,5)
Présentéisme (dernier mois) [0-30]	M(é.t)	4,1 (6,9)	4,0 (6,8)	4,2 (7,3)
Épuisement professionnel élevé	n(%)	2248 (55,3)	1970 (58,0)	478 (46,2)
Stress élevé	n(%)	335 (7,6)	250 (7,4)	85 (8,2)

Note. M=moyenne; é.t.=écart-type; n=nombre de participants

Facteurs psychosociaux de risque et de protection. Une analyse plus fine des données du personnel infirmier œuvrant en première ligne permet d'identifier certains facteurs de risque et de protection (tableau 2). Un équilibre sain entre les exigences au travail et les ressources mises à disposition de l'effectif infirmier constitue un élément clé dans le maintien de la santé et du bien-être du personnel, éléments eux-mêmes liés à l'intention de quitter.

Premièrement, une forte majorité de répondant.e.s en première ligne (69,1 %) évoluent dans un climat de sécurité psychosociale à risque élevé. Ensuite, les participant.e.s nomment un sentiment de déshumanisation organisationnelle (4,6±1,6). Enfin, en première ligne, les exigences liées au travail sont élevées (50,6±13,6) et concernent notamment l'ambiguïté de rôle, le rythme de travail, les exigences émotionnelles, l'insécurité liée aux conditions de travail, le conflit de rôle et la charge de travail. Il est à noter que, comparativement à l'effectif des GMF et cliniques médicales ou d'IPS, le personnel infirmier travaillant en CLSC rapporte des niveaux plus élevés relativement à plusieurs facteurs de risque psychosociaux.

Deuxièmement, les ressources au travail constituent un facteur de protection. Elles sont plutôt élevées en première ligne (68,3±14,0) et correspondent au sentiment de communauté au travail, aux possibilités de développement professionnel, au soutien social des collègues, au sentiment de confiance envers les supérieurs/organisations, à la justice organisationnelle, à un leadership du supérieur de qualité, aux possibilités d'influence au travail et au soutien social du superviseur. Si la perception de reconnaissance de la part des collègues (4,1±0,7) et des supérieurs (3,8±0,8) est élevée en première ligne, celle de la part de l'organisation l'est moins (2,9±0,7). De manière générale, les compétences infirmières sont sollicitées en première ligne, notamment l'exercice du jugement clinique (88,4±16,7), l'application des meilleures pratiques cliniques (78,6±20,8) et l'occupation du plein champ d'expertise (70,3±23,4). Il importe de souligner que les facteurs de protection sont plus élevés en GMF et en cliniques médicales/IPS qu'en CLSC.

Tableau 2. Facteurs de risque et de protection en première ligne

Variables		1 ^{re} ligne (total)	CLSC	GMF, clinique médicale/IPS
Facteurs de risque psychosociaux				
Climat de sécurité psychosociale : risque élevé	n(%)	715 (69,1)	539 (71,1)	176 (63,1)
Sentiment de déshumanisation organisationnelle [1-7]	M(é.t)	4,6 (1,6)	4,69 (1,57)	4,41 (1,7)
Exigences au travail [0-100]	M(é.t)	50,6 (13,6)	51,6 (13,5)	47,8 (13,6)
Facteurs de protection				
Ressources au travail [0-100]	M(é.t)	68,3 (14,0)	66,7 (14,2)	72,7 (12,5)
Reconnaissance au travail [1-5]				
3) Collègues	M(é.t)	4,1 (0,7)	4,0 (0,8)	4,2 (0,7)
4) Supérieurs		3,8 (0,8)	3,7 (0,9)	4,0 (0,7)
5) Organisation		2,9 (0,7)	2,9 (0,7)	3,1 (0,7)
Utilisation des compétences professionnelles [0-100]				
6) Exercice du jugement clinique	M(é.t)	88,4 (16,7)	86,7 (17,5)	93,1 (13,6)
7) Application des meilleures pratiques cliniques		78,6 (20,8)	75,7 (21,5)	86,7 (16,1)
8) Occupation du plein champ d'expertise		70,3 (23,4)	66,6 (23,0)	80,6 (21,4)

Réalisation des soins infirmiers de première ligne. Au-delà des conditions de travail et de pratique professionnelle, la manière dont les soins infirmiers sont réalisés est une composante importante de l'expérience professionnelle (tableau 3). Certains soins sont réalisés en totalité par une majorité de personnes dans l'effectif infirmier de première ligne, comme « évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état » (80,1 %) et, dans une moindre mesure, « documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et formulaires) » (64,8 %). D'autres soins, comme « réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux » (57,9 %) et « enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches » (54,8 %) sont réalisés complètement par un peu plus de la moitié des répondant.e.s. Il est préoccupant de constater qu'une minorité de membres du personnel infirmier de première ligne ont pu « assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins » (41,6 %) et « développer/mettre à jour/contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier » (33,0 %) en totalité lorsque c'était requis. Dans l'ensemble, il s'avère significativement plus difficile pour le personnel œuvrant en CLSC que pour le personnel de GMF et de clinique médicale/IPS de réaliser les soins infirmiers nécessaires en totalité.

Tableau 3. Proportion de soins complètement réalisés en première ligne

Variables		1 ^{re} ligne (total)	CLSC	GMF, clinique médicale/IPS
Développer/mettre à jour/contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier	n(%)	216 (33,0)	159 (30,3)	57 (43,5)
Assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins	n(%)	374 (41,6)	272 (41,0)	102 (43,2)
Enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches	n(%)	510 (54,8)	334 (50,3)	176 (65,9)
Réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux	n(%)	518 (57,9)	359 (55,9)	159 (62,8)
Documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et formulaires)	n(%)	624 (64,8)	428 (61,8)	196 (72,6)
Évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état	n(%)	747 (80,1)	519 (77,7)	228 (86,0)

Note : Certains soins sont « non requis » selon les milieux de pratique, ils n'ont donc pas été comptabilisés dans ces cas.

Intention de quitter son emploi. En première ligne, 13,3 % du personnel infirmier a rapporté avoir sérieusement l'intention de quitter son emploi au cours de 12 prochains mois (14,6 % du personnel infirmier en CLSC et 9,7 % en GMF/clinique médicale ou IPS). Plusieurs facteurs sont associés à l'intention de quitter son emploi infirmier dans la prochaine année (tableau 4). Globalement, les membres du personnel infirmier de première ligne ayant plus de chance de penser sérieusement à quitter leur emploi sont les personnes qui travaillent en CLSC, les hommes et ceux/celles qui portent le titre d'infirmier.e (c.-à-d. ayant un diplôme d'études collégiales). Un état d'épuisement, un stress élevé, le présentisme ainsi qu'une perception d'une moins bonne santé générale augmentent aussi les chances de penser sérieusement à quitter son emploi. Plusieurs risques psychosociaux au travail accroissent les probabilités de songer à quitter son emploi : un mauvais climat de sécurité psychosocial, un sentiment élevé de déshumanisation organisationnelle et d'importantes exigences au travail. Qui plus est, ne

pas être en mesure de réaliser les soins infirmiers pertinents en première ligne en totalité augmente également l'intention de quitter son emploi. Malgré ces facteurs de risque, plusieurs facteurs de protection sont identifiés : de meilleurs niveaux de ressources au travail, de reconnaissance et la possibilité d'utiliser ses compétences professionnelles à travers l'exercice du plein champ d'exercice, du jugement clinique et l'application des meilleures pratiques diminuent les chances de penser sérieusement à quitter l'emploi.

Tableau 4. Facteurs associés à l'intention de quitter son emploi infirmier dans la prochaine année

Variable (ref)	RC [IC 95 %]
Caractéristiques socioprofessionnelles	
Sexe (femme)	2,04 [1,10; 3,60]
Titre professionnel infirmière DEC (autre)	2,06 [1,19; 3,42]
Type d'installation (CLSC)	0,63 [0,40; 0,97]
Santé et bien-être	
Épuisement professionnel (faible)	2,56 [1,77; 3,74]
Stress (faible/modéré)	1,86 [1,04; 3,17]
Présentéisme	1,03 [1,01; 1,05]
Santé perçue	0,98 [0,97; 0,99]
Facteurs de risque	
Climat de sécurité psychosociale (Risque faible)	1,72 [1,14; 2,68]
Soins complètement réalisés	
9) Développer, mettre à jour ou contribuer aux plans de soins/plan thérapeutique infirmier (oui)	2,63 [1,54; 4,76]
10) Évaluer ou contribuer à évaluer le patient, selon son état (oui)	2,13 [1,39; 3,23]
11) Assurer un soutien adéquat aux autres membres de l'équipe de soins (oui)	2,08 [1,34; 3,23]
12) Documenter les activités cliniques (p. ex. tenue de dossiers et autres formulaires) (oui)	1,69 [1,16; 2,44]
13) Enseigner et promouvoir la santé auprès des patients et leurs proches (oui)	1,59 [1,08; 2,33]
14) Réconforter les patients et leurs proches et communiquer avec eux (oui)	1,49 [1,02; 2,22]
Sentiment de déshumanisation organisationnelle	1,42 [1,25; 1,62]
Exigences du travail	1,05 [1,03; 1,06]
Facteurs de protection	
Ressources au travail	0,95 [0,94; 0,96]
Reconnaissance — Collègues	0,65 [0,52; 0,81]
Reconnaissance — Supérieurs	0,55 [0,45; 0,68]
Reconnaissance — Organisation	0,48 [0,37; 0,63]
Utilisation des compétences professionnelles	
15) Application des meilleures pratiques cliniques	0,98 [0,97; 0,99]
16) Application du plein champ d'expertise	0,98 [0,98; 0,99]
17) Exercice du jugement clinique	0,96 [0,98; 0,99]

Notes. ref=catégorie de référence; RC=Rapport de cotes; IC 95 %= intervalle de confiance à 95 %
Les catégories de référence s'appliquent seulement pour les variables catégorielles.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Le présent avis se base sur la première étape d'une vaste enquête longitudinale (projet EXPRIMER) dont, malgré une grande taille d'échantillon, le taux de réponse est plutôt modeste. À la lumière des résultats discutés, il apparaît nécessaire de réfléchir sur le développement d'interventions pour favoriser le bien-être professionnel du personnel infirmier de première ligne pour agir en amont des problèmes récurrents de roulement infirmier et optimiser la rétention. Un souci particulier devrait être porté au personnel infirmier dans les CLSC. Plus précisément, il faudrait réduire les exigences au travail et le sentiment de déshumanisation organisationnelle, ainsi qu'augmenter le climat de sécurité psychosociale par des politiques, des pratiques et des procédures organisationnelles qui soutiennent la santé mentale des employés. Il semble également important que le personnel infirmier puisse utiliser pleinement ses compétences professionnelles de manière concrète à travers la réalisation complète des soins requis dans l'exercice de ses fonctions. En plus d'aider à l'amélioration du bien-être au travail, ces actions contribueraient à améliorer la qualité des soins infirmiers offerts dans le système public assurant ultimement une meilleure santé de la population.

RÉFÉRENCES

1. Shahaed, H., Glazier, R. H., Anderson, M., Barbazza, E., Bos, V. L. L. C., Saunes, I. S., Auvinen, J., Daneshvarfard, M., & Kiran, T. (2023). Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 195(47), E1628-E1636. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221824>
2. CSBE. (2017). La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016. Commissaire à la santé et au bien-être. Québec, QC, CA. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf
3. Kiran, T. (2024). Les soins primaires ont besoin de nos soins; Le rapport final de la plus grande conversation pancanadienne sur l'avenir des soins primaires. MAP Center for urban health solutions. https://issuu.com/dfcm/docs/les_soins_primaires_ont_besoin_de_nossoins_le_rap?fr=xKAE9_zU1NQ
4. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
5. Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
6. Faubert, E. B. (2023). *La pénurie de personnel infirmier au Québec: améliorer la flexibilité et les conditions de travail*. Collection santé; Les notes économiques. IEDM, Institut économique de Montréal,. <https://www.iedm.org/fr/la-penurie-de-personnel-infirmier-au-quebec-ameliorer-la-flexibilite-et-les-conditions-de-travail/>
7. Plourde, A. (2024). *Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*. Récupéré le 13 décembre 2024 de <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-Penurie-de-main-doeuvre-WEB.pdf>
8. MSSS. (2022a). *Données inédites*. Gouvernement du Québec.

9. Bae, S. H. (2022). Non-economic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. *International Nursing Review*, 69(3), 392-404. <https://doi.org/10.1111/inr.12769>
10. Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17, e824. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>
11. Leitão, I. M. T. A., Sousa, F. S. P., Santiago, J. C. S., Bezerra, I. C., & Morais, J. B. (2017). Absenteeism, turnover, and indicators of quality control in nursing care: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(2), 119-129. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5623>
12. O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x>
13. MSSS. (2022b). *Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-03W.pdf>

SOURCE SUGGÉRÉE

- Beaulieu, M. (2025). Exprimer : Parce que toutes vos expériences comptent. Exprimer.Québec. <https://exprimer.quebec/>

Implanter une clinique d’infirmières praticiennes spécialisées : bonnes pratiques

Marie-Eve Poitras, infirmière, Ph. D., professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d’urgence, Université de Sherbrooke; chercheuse CR-CHUS; titulaire Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires

Annie Rioux-Dubois, IPSPL (Qc)/IP en SSP (Ont.), professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Arnaud Duhoux, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; chercheur régulier au CRCLM et au Pôle 1 de recherche du CISSS Laval

Collaborateur : **Alex Battaglini**

FAITS SAILLANTS

Bonnes pratiques facilitant la création d’une clinique d’infirmières praticiennes spécialisées (IPS):

- Une vision, une mission et des objectifs partagés par toutes les parties prenantes;
- Une gouvernance inclusive et collaborative favorisant une communication verticale bidirectionnelle;
- Un financement suffisant en temps opportun;
- Une présence et une collaboration d’un gestionnaire clinique et d’un chargé de projet;
- Un lieu accessible et des espaces adéquats;
- Une adoption des meilleures pratiques en prestation interprofessionnelle de soins de première ligne;
- Un renforcement et une reconnaissance du rôle des IPS;
- Des mécanismes de communication dynamiques avec les partenaires.
- Planification stratégique : RH (attractivité-rétention)

PROBLÉMATIQUE

Cliniques d’IPS, un modèle en implantation

En 2022, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) lançait un processus d’ouverture de cliniques d’IPS complémentaires aux modèles existants en première ligne (1). Le but était de contribuer à désengorger les urgences, de répondre aux besoins de patients orphelins et ultimement, d’accroître l’accès aux services et aux soins de première ligne en temps opportun. À ce jour, 12 cliniques ont été créées au Québec. D’ici 2028, le MSSS souhaite en implanter 23 au total, avec un budget de 395 millions de dollars.

Les cliniques d’IPS représentent un nouveau modèle de cliniques publiques au Québec. Elles proposent un accès gratuit aux soins de première ligne offerts principalement par

des infirmières et des IPS dans le réseau québécois. Elles s'inscrivent en continuité avec la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC) en offrant des services sociaux, de santé courants et de proximité à toute la population de leur territoire. Les patients y sont orientés, selon leurs besoins, vers une équipe interdisciplinaire qui présente une gamme élargie de services variant d'un établissement à un autre.

Cet avis expose les résultats d'une analyse qualitative soutenue par une étude de cas multiples des huit premières cliniques d'IPS sous forme de facteurs qui facilitent ou qui, au contraire, entravent leur création.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Relever les défis de L'implantation des cliniques d'IPS

Le recours aux IPS est en croissance dans plusieurs pays. Il s'agit d'une pratique infirmière avancée dont les retombées positives sont démontrées dans la littérature scientifique depuis les années 70, tant pour la population que pour les établissements de santé. Le recours aux cliniques d'IPS représente une expérience de soins positive pour les patients et optimise l'expertise des IPS, tout en contribuant à désengorger les urgences et à offrir aux patients sans médecin de famille une alternative viable (2,3).

La création de ces cliniques révèle toutefois de nombreux défis : le partage d'une vision commune entre les parties prenantes, la gouvernance, le financement, la reconnaissance de l'expertise des IPS, la communication et les liens partenariaux, les stratégies de recrutement et de rétention et la logistique. Malgré ces nombreux défis, les cliniques d'IPS promettent des gains sur de nombreux aspects reliés à la santé des patients et également à l'écosystème de la première ligne nécessaire à une santé populationnelle durable ainsi qu'à l'efficacité du système de santé lui-même.

Pour toutes ces raisons, la création de ces cliniques mérite qu'on s'attarde aux bonnes pratiques qui en facilitent l'implantation. Nous en proposons neuf.

1) Évaluer les besoins populationnels et l'offre de service

L'évaluation des besoins populationnels et de l'offre de service d'une région permet de dégager et de déterminer le niveau de services de la clinique, le personnel à recruter et les besoins logistiques (selon les cinq niveaux de services proposés dans le cadre de référence (4)). Cette étape est cruciale et doit être réalisée en consultation avec les parties prenantes, à savoir les partenaires internes (directions impliquées de l'établissement porteur), les partenaires

Figure 1 : L'offre de service devrait répondre aux besoins populationnels, par exemple :

- Consultation sans rendez-vous ou pour urgences mineures;
- Suivi de condition de santé chronique;
- Prise en charge de patients en attente du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);
- Suivi de nouveau-nés et d'enfants selon la trajectoire pédiatrique de l'établissement;
- Santé de la femme et suivi de grossesse;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et accès à la contraception;
- Prévention de la maladie et promotion de saines habitudes de vie;
- Enseignement en lien avec la problématique de santé expérimentée par la personne;
- Consultation téléphonique/téléconsultation;
- Référence vers les partenaires du réseau.

du réseau local de services et les représentants des IPS et de tous les autres professionnels qui œuvreront dans la clinique.

Le cadre de référence des *Cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées* (4) est un outil privilégié pour bâtir une offre de service permettant d'établir des trajectoires propres visant à répondre aux besoins des usagers du territoire (figure 1). Ainsi, certaines cliniques mettront l'accent sur la clientèle provenant des urgences, du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) et des cliniques saisonnières. Des offres de services se déploieront toutefois rapidement vers d'autres types de trajectoires. Certaines miseront sur les trajectoires de soins pédiatriques en offrant un suivi au moment opportun des nourrissons jusqu'à 5 ans, les trajectoires musculo-squelettiques, de la santé de la femme (p. ex. santé sexuelle, test Pap, contraception) ou des maladies chroniques, bénéficiant de la présence d'infirmières cliniciennes dans les équipes. La variation des offres de services observée reflète la sensibilité aux besoins populationnels et la collaboration avec les partenaires du réseau local de services, deux éléments fondateurs à la détermination d'une offre de services de santé et de services sociaux courants en adéquation aux besoins de la population du territoire.

2) *Partager une vision, une mission et des objectifs communs*

La disponibilité d'un cadre de référence (4) permettant d'encadrer l'implantation des cliniques s'avère un outil indispensable à la mobilisation des parties prenantes qui partagent une vision commune du projet, et qui contribuent à son évolution clinique et administrative. Cela permet également d'articuler une communication cohérente auprès des acteurs et des instances concernées dans la communauté, facilitant le recours aux services par la clientèle, notamment lorsque l'emplacement de la clinique est à proximité du CLSC auquel elle est rattachée et que son offre de service est connue des acteurs et des instances concernées pour assurer un triage et un référencement adéquat.

« Le plus grand gage de succès pour implanter une clinique est de rencontrer chaque direction partenaire avant de faire une offre de service [...] On veut être complémentaire avec les autres ressources et pas en compétition. » (participant)

3) *Fournir un financement en temps opportun*

L'établissement d'un niveau de financement suffisant ainsi que l'octroi de ce financement en temps opportun facilitent considérablement la mise en place de la clinique, le recrutement du personnel clinique et administratif ainsi que l'acquisition des outils logistiques et des équipement cliniques nécessaires au bon fonctionnement de la clinique.

4) *Favoriser une gouvernance inclusive et des partenariats dynamiques*

Il est essentiel d'assurer un processus décisionnel inclusif qui favorise la coconstruction avec les parties prenantes. La mise en place d'une structure de communication doit impliquer les instances de l'établissement (directions des soins infirmiers, des services multidisciplinaires et des services de première ligne), les gestionnaires, le chargé de projet et les professionnels. Une communication verticale bidirectionnelle s'avère un atout important.

Des partenariats avec les organismes du réseau local de services doivent préférablement être développés afin d'assurer une fluidité des interactions pour optimiser les services auprès de la clientèle et leur accès à la clinique.

5) *Opter pour un encadrement opérationnel*

La collaboration entre un gestionnaire clinique et un chargé de projet en place, minimalement six mois avant le lancement de la clinique, contribue largement à la cohérence du projet, à la communication entre les parties et à son évolution dans le respect des normes véhiculées par le cadre de référence du MSSS (4).

« *Présentement on se sent bien. On a des rencontres cliniques hebdomadaires. Pis à la rencontre il y a les secrétaires, les infirmières cliniciennes et les IPS, tout le monde est libéré. Pis notre gestionnaire nous entend. On prend des décisions ensemble en respectant le point de vue de la gestion puis du plancher. Je pense qu'on essaie de trouver le meilleur des deux mondes. Pour ça il faut des discussions et de l'ouverture [...] c'est vraiment un beau travail de collaboration entre le gestionnaire et l'équipe plancher* » (participant)

6) *Attirer, recruter et retenir des professionnels motivés*

Des stratégies d'attraction et de rétention favorisant des conditions de travail favorables apparaissent comme un gage de réussite. Les critères de recrutement des IPS doivent tenir compte de l'intérêt d'avoir une pratique autonome, de l'enthousiasme pour ce type de projet, de la débrouillardise, des compétences de gestion, de la capacité de sortir des zones de confort, de l'expérience et du jugement clinique.

7) *Compter sur la formation, l'enseignement et la communauté de pratique*

Face aux défis technologiques et à la nouvelle réalité de ces cliniques, la formation continue permet aux IPS et aux infirmières cliniciennes de s'approprier les nouveaux rôles qu'offre la clinique. Par exemple, des IPS expérimentées, même à la retraite, peuvent venir coacher les nouvelles IPS. Pour le personnel clérical, la formation est indispensable pour développer les compétences requises avec les plateformes de prise de rendez-vous, le référencement ou les autres applications d'usage.

La création d'une communauté de pratique ou de mécanismes de mentorat professionnel apparaît être très profitable. Cela permet d'assurer un partage des connaissances, notamment d'apprendre de l'expérience des autres, ainsi que de créer une cohérence dans l'évolution des cliniques et de favoriser l'intégration des meilleures pratiques cliniques et administratives.

8) *Promouvoir et reconnaître la pratique des IPS*

L'optimisation de la pratique des IPS repose sur les moyens dont elles disposent pour assurer une autonomie clinique tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle, incluant avec le corps médical et les autres professionnels. De fait, la collaboration interprofessionnelle est perçue comme un facteur facilitant et comme un fondement même au modèle des cliniques d'IPS. Cela étant dit, il importe de clarifier les rôles de tous et de solidifier l'expertise en matière de développement de pratique professionnelle autonome et interprofessionnelle.

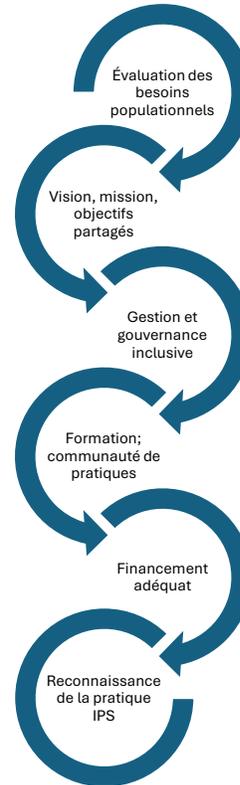
9) *Définir des indicateurs*

Monitorer l'évolution des cliniques est indispensable afin d'en assurer une amélioration continue. Des indicateurs devront être proposés rapidement aux équipes qui pourront les

suivre régulièrement afin d'effectuer les ajustements nécessaires au bon déroulement de la clinique tout en les utilisant pour les redditions de comptes. De fait, en plus des indicateurs proposés dans le cadre de référence du MSSS, les cliniques pourront suivre des aspects qui leur sont propres, par exemple, les soins globaux, l'autogestion des patients et les actions interprofessionnelles.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Pour relever les défis sous-jacents à la création des cliniques d'IPS, certains éléments clés s'imposent. D'abord, il semble essentiel de créer un environnement qui favorise la communication et la collaboration de tous les acteurs impliqués, soit une gouvernance inclusive. Ensuite, le partage d'une vision commune entre ces acteurs favorise leur mobilisation et une planification minutieusement de la mise en œuvre des cliniques. La création des équipes est aussi cruciale et doit permettre de regrouper des personnes ayant non seulement les compétences souhaitées, mais aussi le désir de contribuer à la création de ces nouvelles cliniques. Finalement, il apparaît impératif que le personnel infirmier mobilisé soit engagé envers une pratique infirmière autonome et aspire à offrir des soins et des services de qualité et accessibles dans un environnement novateur.



RÉFÉRENCES

1. Plus Humain et performant, plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, www.msss.gouv.qc.ca, section Publications, 2022.
2. Kilpatrick K, Tchouaket E, Savard I, Chouinard MC, Bouabdillah N, Provost-Bazinet B, Costanzo G, Houle J, St-Louis G, Jabbour M, Atallah R. Identifying indicators sensitive to primary healthcare nurse practitioner practice: A review of systematic reviews. *PLoS One*. 2023 Sep 7;18(9):e0290977. doi: 10.1371/journal.pone.0290977. PMID: 37676878; PMCID: PMC10484467.
3. Liu, C., Hebert, P. L., Douglas, J. H., Neely, E. L., Sulc, C. A., Reddy, A., Sales, A. E., & Wong, E. S. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners : Utilization, cost, and quality of care. *Health Services Research*, 55(2), 178-189. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13246>
4. Arpin, E. et Coulombe, E. (2024). Clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) — Cadre de référence pour les établissements de santé et de services sociaux. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-945-06W.pdf>

Les cliniques d’infirmières praticiennes spécialisées : un modèle à pérenniser

Arnaud Duhoux, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal; chercheur régulier au CRCLM et au Pôle 1 de recherche du CISSS Laval

Annie Rioux-Dubois, IPSPL (Qc)/IP en SSP (Ont.), professeure agrégée, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Marie-Eve Poitras, infirmière, Ph. D., professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d’urgence, Université de Sherbrooke; chercheuse CR-CHUS; titulaire Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires

Collaborateur : **Alex Battaglini**

FAITS SAILLANTS

Les cliniques d’infirmières praticiennes spécialisées (IPS) : une réelle valeur ajoutée

- Accroissent l’accès aux soins et aux services de première ligne, en temps opportun, pour toutes les clientèles dans la communauté, à faible coûts;
- Offrent une équité d’accès;
- Soutiennent les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) dans leur responsabilité populationnelle;
- Offrent une prise en charge contribuant à réduire les hospitalisations et les visites aux urgences;
- Contribuent à la prise en charge de patients orphelins;
- Offrent des soins de santé globaux et une prise en charge interdisciplinaire;
- Optimisent la pratique des IPS et améliorent leur rétention dans le secteur public;
- Optimisent la contribution de tous les professionnels en première ligne.

INTRODUCTION

Un nouveau modèle en services de première ligne : les cliniques d’IPS

Les cliniques d’IPS représentent un nouveau modèle de cliniques publiques au Québec. Elles proposent un accès gratuit aux soins de première ligne offerts majoritairement par des IPS. Elles s’inscrivent en continuité avec la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC) en offrant des services de santé courants et de proximité à toute la population de leur territoire. Les patients y sont orientés selon leurs besoins au sein d’une équipe interdisciplinaire qui offre une gamme élargie de services, variant d’un établissement à un autre.

Ces cliniques constituent une des solutions publiques à l’accès aux services de première ligne. Elles contribuent à désengorger les urgences et à prendre en charge des patients

orphelins pour des soins ponctuels ou des suivis à long terme, y compris pour des personnes au prise avec des maladies chroniques. Elles offrent un large éventail de services et de soins de première ligne essentiels, en temps opportun, et intégrés (consultations rapides avec accès aux laboratoires sur site, prescriptions, références) grâce à la composition des équipes de soins et à la collaboration interprofessionnelle qui caractérisent leur fonctionnement. Il s'agit, à notre avis, d'un modèle de clinique qui permet de combler certaines lacunes du système de santé québécois.

PROBLÉMATIQUE

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois fait face à des défis persistants en matière d'accès aux soins de première ligne, et ce, malgré diverses initiatives visant à renverser cette tendance au cours des années.

Bien que récemment implantées, on peut d'ores et déjà constater que les cliniques d'IPS constituent un modèle prometteur pour l'accès aux services de première ligne. Leur caractère public et interdisciplinaire ainsi que leur mode de gouvernance collaboratif axé sur les besoins populationnels constituent une réponse novatrice au défi de l'accessibilité aux services de première ligne. Les cliniques d'IPS contribuent à la responsabilité populationnelle des CISSS et des CIUSSS.

Elles s'inscrivent en continuité avec les CLSC et en complémentarité avec les groupes de médecine de famille (GMF) qui ont pour mandat de desservir d'abord leur clientèle inscrite. Elles proposent également une alternative publique à moindre coûts (1,2). L'espace que combrent ces cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux permet d'offrir une option unique à la population (voir encadré).

Les données préliminaires d'une étude de cas de huit cliniques d'IPS ainsi que les données de la littérature portant sur la pratique d'infirmières spécialisés en première ligne permettent de faire des constats qui militent en faveur de la pérennité de ce modèle.

Les cliniques d'IPS se distinguent par :

- De multiples portes d'entrée à des services et des soins de première ligne (jeunesse, personnes âgées, personnes migrantes, urgence, maladies chroniques, etc.)
- Un accès pour la communauté, pour toutes les clientèles (équité d'accès)
- Une prise en charge interdisciplinaire
- Des soins de santé globaux
- Un milieu qui valorise l'autonomie professionnelle des infirmières
- Un milieu qui contribue à l'enseignement

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les cliniques d'IPS : un modèle prometteur

L'accessibilité aux soins de première ligne : des gains prometteurs

À l'instar de ce que nous observons dans plusieurs provinces canadiennes, où les cliniques d'IPS sont désormais des structures pérennes et efficaces (3,4), une combinaison de facteurs nous permet de penser que leur apport est prometteur au Québec. Parmi ces facteurs, notons qu'elles proposent de multiples portes d'entrée et que leur offre de service, dessinée suite à une analyse des besoins populationnels, est accessible à la population d'un territoire nonobstant l'âge, le genre, la provenance, le type

de besoin, les conditions de santé, etc. Cette disposition en fait un modèle unique avec une clientèle diversifiée. L'adéquation des services aux besoins de la population d'un territoire est une des forces de ces cliniques et contribue à l'équité d'accès.

L'emplacement des cliniques s'avère également être un atout lorsqu'il permet de tisser des liens fonctionnels avec les services du territoire. Leur proximité avec les partenaires locaux (CLSC, Guichet d'accès à la première ligne (GAP), pharmacies, etc.) facilite l'accès à leurs services pour les patients qui y sont directement référés pour y bénéficier d'une prise en charge interdisciplinaire pour des problématiques et des trajectoires de soins complexes.

Efficiences : des avantages à considérer

La littérature nous apprend que les soins prodigués par les IPS en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en cliniques d'IPS ou en cliniques médicales obtiennent de très bons résultats à moindre coût. À titre d'exemple, on observe une réduction des coûts pour les consultations des patients, les services de laboratoires et les soins à domicile (5,6). D'autres études ont démontré que le coût des soins et des services prodigués par des IPS est comparable, sinon moindre, à ce qu'il en coûterait pour fournir des soins similaires dans des cliniques médicales dotées de médecins de famille (3,7).

De plus, les IPS sont autonomes dans leurs soins et services; elles ne représentent donc pas un ajout de services, mais augmentent l'efficacité en première ligne (8). En effet, nous avons observé dans plusieurs études que près de 95 % des consultations auprès des patients en cliniques d'IPS sont complétées sur place, sans faire appel à un médecin.

À l'instar de ce que la littérature nous apprend sur le plan international, nous sommes d'avis qu'au Québec, les IPS exerçant en soins de première ligne obtiennent aussi des résultats avec les patients qui sont équivalents ou meilleurs qu'en cliniques médicales et qu'elles permettent de réaliser des économies.

Les cliniques d'IPS : des soins et des services de qualité

Nous avons déjà constaté l'apport des cliniques d'IPS en termes d'accessibilité, d'équité de soins et d'adéquation aux besoins. Nous pouvons inclure d'autres dimensions de la qualité où les cliniques d'IPS se distinguent, telles que l'efficacité, la continuité, la sécurité et la satisfaction des patients.

D'un point de vue général, la qualité des soins octroyés dans les cliniques d'IPS est égale ou supérieure en comparaison aux cliniques médicales traditionnelles. À cela, ajoutons que les retombées cliniques en matière de soins préventifs et de gestion des maladies chroniques sont similaires à ce qu'on observe dans les cliniques médicales (1,9). Le haut niveau de satisfaction des patients évoque cette qualité (4).

Plus précisément, des études ont démontré que les patients souffrant de diabète et d'hypertension artérielle présentent une meilleure adhésion à leur médication lorsqu'ils sont suivis par une IPS ayant une pratique autonome et holistique. Cette efficacité résulterait : 1) d'un meilleur accès aux soins et de la continuité des soins offerts au sein de ces cliniques, 2) de la prise en charge coordonnée des patients par une équipe interdisciplinaire, et 3) d'interventions valorisant l'autogestion et la prise de décision partagée (9-11). Ce faisant, la littérature en santé des patients y est fortement encouragée.

Sur le plan de la sécurité des soins prodigués aux patients par les IPS, la littérature rapporte des retombées positives majeures, telles que moins de réadmissions hospitalières, moins de visites à l'urgence et une plus faible mortalité (1).

L'expérience patient en cliniques d'IPS : satisfaction et continuité

La satisfaction des patients qui fréquentent les cliniques d'IPS est généralement égale ou supérieure à ce qu'on observe dans les cliniques médicales traditionnelles (1,4).

Les patients apprécient la facilité d'accès et la rapidité de prise de rendez-vous, leur prise en charge (notamment lorsqu'ils sont orphelins) qui inclut le dépistage et la gestion de problèmes jusque-là inconnus (diagnostics *de novo*).

« Je vois beaucoup de patients orphelins, ça fait 5 ans qu'ils n'ont pas vu de MD, qu'ils ont des maladies chroniques, de multiples problèmes de santé et puis, quand ils viennent nous voir, et bien on trouve des affaires [...], ça les libère » (participant)

Par ailleurs, les IPS proposent une approche holistique qui permet d'aborder plusieurs problématiques lors d'une même rencontre et de s'attarder à ce qui influence la santé et la maladie (expérience de la maladie, implication de la famille, littératie en santé). Il s'agit là d'autant de facteurs qui alimentent la satisfaction des patients et la réactivité optimale de la part des IPS (capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers).

Cette approche, axée sur le patient, permet aux IPS d'offrir des soins de qualité à leurs patients, incluant ceux qui présentent des besoins complexes, physiques et sociaux (9). En fait, cette approche qui permet d'aborder plusieurs problèmes simultanément est très populaire auprès des patients et rend ces cliniques attrayantes (9), surtout lorsque ces soins s'adressent aux populations orphelines.

Les cliniques d'IPS et leurs effets sur le système

Il est important de souligner que, parmi les effets positifs sur le système de santé, la littérature indique, chez les patients suivis par une IPS, un taux plus faible d'utilisation des services de santé mentale, de soins de première ligne, de soins spécialisés et ambulatoires et d'hospitalisations (8). Les cliniques d'IPS offrent ainsi une alternative publique efficiente et de qualité qui s'inscrit en complémentarité avec les cliniques médicales (8).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les cliniques d'IPS constituent un modèle novateur qui contribue à améliorer l'accès à des soins de première ligne, axés sur le patient et les besoins populationnels, avec une continuité soutenue par une équipe interdisciplinaire. Elles favorisent une collaboration intersectorielle avec les autres milieux de soins en première ligne et participent ainsi à réduire les pratiques en silos contre-productives.

Ces cliniques favorisent également la pratique autonome des IPS tout en privilégiant une approche collaborative avec les autres professionnels. En bout de ligne, ce sont les patients qui en bénéficient. Cette pratique mérite d'être mieux connue et reconnue afin d'en maximiser les retombées (12-14).

La qualité des services observée dans ces cliniques repose largement sur les particularités de la prestation des IPS : leur versatilité, leur collaboration avec les autres

professionnels, leur approche holistique, leurs soins préventifs, ainsi que leur valorisation de l'autogestion et de la littératie en santé des patients.

Finalement, nous sommes d'avis que ce modèle, entièrement public, lorsqu'implanté de façon structurée et séquentielle, permet la mise en place de services infirmiers et interdisciplinaires qui favorisent la réponse aux besoins, incluant ceux des patients orphelins ou réorientés des urgences, tout en permettant aux CISSS et aux CIUSSS d'assurer une réelle responsabilité populationnelle.

RÉFÉRENCES

1. Barnett, M., Balkissoon, C., & Sandhu, J. (2022). The level of quality care nurse practitioners provide compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(3), 457-464. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000660>.
2. Stillmank, E., Bloesl, K., McArthur, E., Artz, B., & Lancaster, R. J. (2019). A Cost-Benefit Analysis of A Community Free Clinic. *Journal of Community Health Nursing*, 36(2), 91-101. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1583838>.
3. Contandriopoulos D, Bertoni K, Duhoux A, Randhawa GK. Pre-post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ Open*. 2023 Oct 19;13(10):e072812. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072812. PMID: 37857545; PMCID: PMC10603457.
4. Connolly, C., & Cotter, P. (2023). Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: An umbrella review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1760-1767. <https://doi.org/10.1111/jocn.16186>.
5. Kilpatrick K, Tchouaket E, Savard I, Chouinard MC, Bouabdillah N, Provost-Bazinet B, Costanzo G, Houle J, St-Louis G, Jabbour M, Atallah R. Identifying indicators sensitive to primary healthcare nurse practitioner practice: A review of systematic reviews. *PLoS One*. 2023 Sep 7;18(9):e0290977. doi: 10.1371/journal.pone.0290977. PMID: 37676878; PMCID: PMC10484467.
6. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Kaasalainen S, Marshall DA, Charbonneau-Smith R, DiCenso A. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015 Jun 8;5(6):e007167. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167. PMID: 26056121; PMCID: PMC4466759.
7. Contandriopoulos, D., Bertoni, K., McCracken, R., Hedden, L., Lavergne, R., & Randhawa, G. K. (2024). Evaluating the cost of NP-led vs GP-led primary care in British Columbia. *Healthcare Management Forum*, 08404704241229075. <https://doi.org/10.1177/08404704241229075>
8. Liu, C., Hebert, P. L., Douglas, J. H., Neely, E. L., Sulc, C. A., Reddy, A., Sales, A. E., & Wong, E. S. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Services Research*, 55(2), 178-189. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13246>.
9. Frazee, T. K., Briggs, A. D. M., Whitcomb, E. K., Peck, K. A., & Meara, E. (2020). Role of Nurse Practitioners in Caring for Patients With Complex Health Needs. *Medical Care*, 58(10), 853-860. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001364>.

10. Muench, U., Whaley, C., Coffman, J., & Spetz, J. (2021). Scope-of-Practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 478-486. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05963-3>.
11. Weber, M., Stalder, S., Techau, A., Centi, S., McNair, B., & Barton, A. J. (2021). Behavioral health integration in a nurse-led federally qualified health center: Outcomes of care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(12), 1166-1172. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000506>.
12. Schirle, L., Norful, A. A., Rudner, N., & Poghosyan, L. (2020). Organizational facilitators and barriers to optimal APRN practice: An integrative review. *Health Care Management Review*, 45(4), 311-320. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000229>.
13. Søndergaard, S. F., Andersen, A. B., & Frederiksen, K. (2024). APN nurses' core competencies for general clinical health assessment in primary health care. A scoping review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, scs.13235. <https://doi.org/10.1111/scs.13235>.
14. Peacock, M., & Hernandez, S. (2020). A concept analysis of nurse practitioner autonomy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(2), 113-119. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000374>.

Les diététistes-nutritionnistes en soins de première ligne : un atout sous-exploité

Anne-Sophie Brazeau¹, Dt.P., Ph. D.; **Chantal Bémeur**², Dt.P., Ph. D.; **Simone Lemieux**³, Dt.P., Ph. D.; **Valérie Marcil**², Dt.P., Ph. D.

Avec le soutien de **Catherine Leroux**¹, Dt.P, M. Sc.

¹ École de nutrition humaine, Université McGill

² Département de nutrition, Université de Montréal

³ École de nutrition, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Nutritionniste, une profession méconnue aux multiples atouts
- Offre de service en nutrition hétérogène et inéquitable
- Besoin criant d'effectifs et d'une meilleure organisation des soins en nutrition pour une amélioration directe du service aux patients à un rapport coût-bénéfice positif

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Des soins de première ligne efficaces sont essentiels pour assurer un accès facile, équitable, continu et coordonné aux services de santé pour l'ensemble de la population. Parmi leurs objectifs clés figurent la promotion de la santé, la prévention primaire et secondaire des maladies, un accès facilité aux soins et une réduction des inégalités en santé. Les soins de première ligne au Québec reposent actuellement principalement sur les groupes de médecine de famille (GMF), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et quelques centres d'expertises en maladies chroniques. Malgré un remodelage du modèle de système de soins de première ligne ces dernières années au Québec, celui-ci fait face à des enjeux persistants (1).

Parallèlement, la science de la nutrition évolue constamment. La nutrition joue un rôle crucial de maintien de la santé à toutes les phases du cycle de la vie. Les rôles de la nutrition en prévention primaire et secondaire et pour la gestion de multiples maladies (chroniques, non transmissibles, mentales, etc.) se sont également grandement renforcés ces dernières années. Les soins nutritionnels sont, entre autres, la thérapie de première intention du diabète de type 2 et de l'obésité; deux conditions prévalentes et coûteuses pour la population québécoise.

Les diététistes-nutritionnistes sont les seuls experts pour qui la formation et la compétence portent sur la nutrition humaine. Leurs connaissances en nutrition et en alimentation, basées sur les données probantes, aident autant les collectivités à construire des environnements alimentaires favorables à la santé et durables, que les individus de tous âges à adopter une alimentation permettant de maintenir ou d'améliorer la santé. Pour y arriver, les actions des nutritionnistes sont déployées dans les principaux secteurs d'activité de la profession, soient la nutrition clinique, la santé publique et la gestion des services alimentaires (2).

Dans un système de soins de première ligne, les nutritionnistes sont un maillon essentiel de l'équipe multidisciplinaire pour assurer une approche de santé préventive et curative, en contribuant à une prise en charge globale et de qualité de la clientèle. Malgré les besoins criants de la population, la place qu'occupent les nutritionnistes en soins de première ligne est malheureusement à géométrie variable, autant selon les milieux, les programmes, que les actions qu'ils peuvent poser. L'offre de services ainsi que l'efficacité de leurs services en sont donc affectées.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Nos constats et conséquences sont basés sur une revue de la littérature scientifique qui s'avère modeste quant à l'intégration des nutritionnistes en soins primaires, ce qui est un problème en soi, et complétés par un repérage terrain pour valider certains constats par des groupes de discussion avec des nutritionnistes en soins de première ligne de diverses régions.

La pratique des nutritionnistes en soins de première ligne

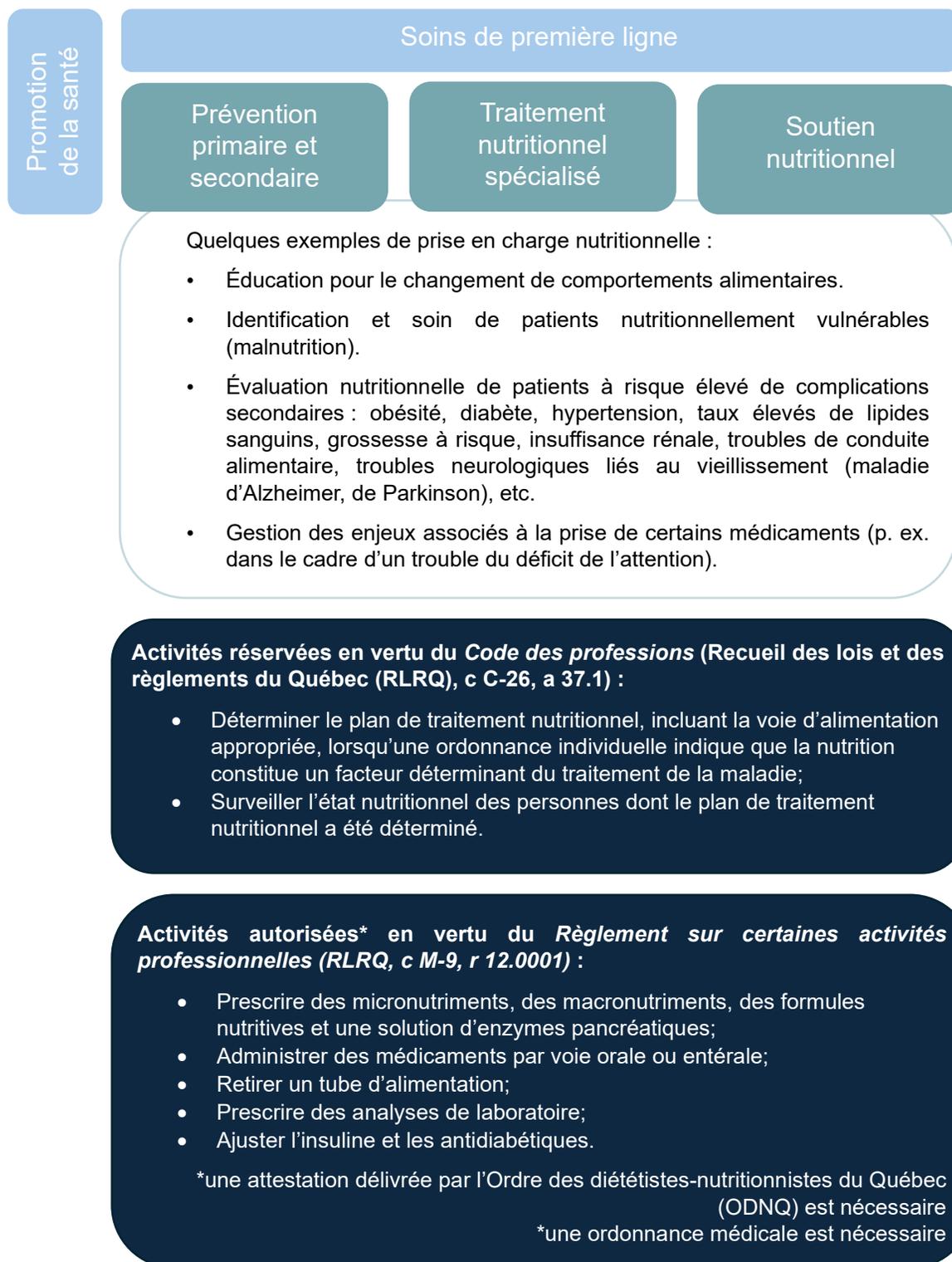
Pour toute problématique de santé liée à la nutrition, il existe un éventail d'actions que les nutritionnistes peuvent poser afin de prendre en charge et résoudre le problème - que ce soit en promotion de la santé, en prévention primaire et secondaire des maladies, en thérapie nutritionnelle spécialisée ou en soutien nutritionnel pour traiter des maladies spécifiques liées à la nutrition. La figure 1 fournit quelques exemples précis et met en lumière les activités réservées et autorisées de la profession (3). Les nutritionnistes peuvent être appelés à travailler en soins à domicile, en clinique externe ou auprès de patients hospitalisés. Leurs interventions peuvent se réaliser à l'échelle individuelle ou en groupe.

Des avantages pour les patients et le système de santé

Bien que la plupart des gens comprennent qu'une saine alimentation (et de saines habitudes de vie) est la base de la santé, il demeure difficile de mesurer l'impact des soins nutritionnels fournis par les nutritionnistes dans les établissements de soins de santé primaires. Il a tout de même été démontré qu'il existe un rapport coût-bénéfice positif (en termes de réduction des admissions à l'hôpital, de visites en médecine générale et de prise de médicaments) à inclure la thérapie nutritionnelle dans les soins multidisciplinaires de première ligne, en particulier pour la gestion du poids et du diabète, mais aussi pour la gestion de la malnutrition (4). Le travail des nutritionnistes en soins de première ligne peut avoir un impact significatif direct sur la santé des patients en diminuant de nombreux facteurs de risque cardiométaboliques (5). Déjà en 2015, on démontrait que chaque dollar dépensé en intervention nutritionnelle dans les établissements de soins de santé primaires permettrait au système de santé d'économiser entre 5,50 \$ et 99,00 \$ (6).

Figure 1. Rôles, activités réservées et autorisées des nutritionnistes

Une profession avec deux titres réservés : diététiste et nutritionniste



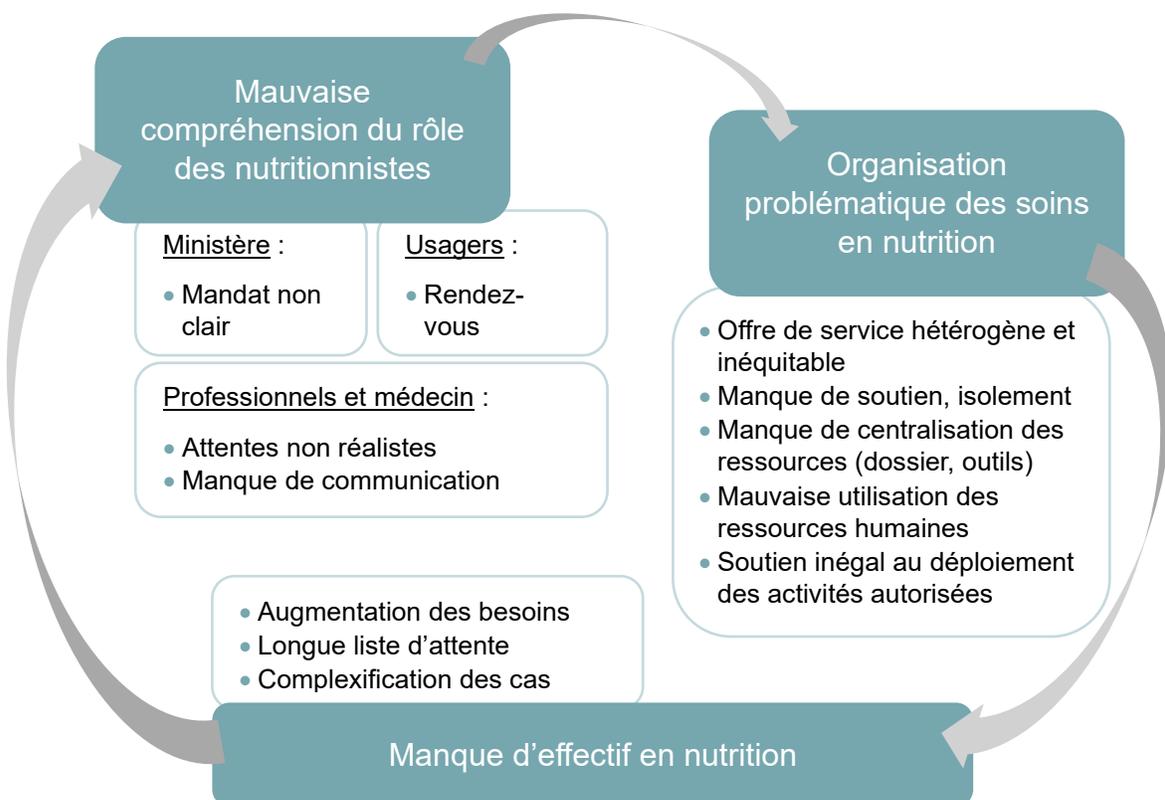
Les besoins augmentent, les cas se complexifient

La prévalence grandissante de l'obésité, du diabète, du trouble du déficit de l'attention chez les enfants, des troubles de comportements alimentaires chez les adolescents et de grossesses à risque, couplée à l'accroissement d'une population âgée au Québec, figurent parmi les problématiques qui renforcent le besoin manifeste de nutritionnistes dans les soins de première ligne afin de prévenir un engorgement du système de santé (7). Les changements démographiques augmentent les besoins. Par exemple, l'importance de maintenir la population à domicile nécessite, entre autres, de s'assurer de prévenir la malnutrition chez cette population vieillissante. L'immigration requiert des services de nutrition adaptés aux besoins culturels et individuels.

Les enjeux

Plusieurs enjeux au Québec font que cette riche ressource, que sont les nutritionnistes, est sous-exploitée. Pour quelles raisons? Les hypothèses sont variables, mais reposent principalement sur trois problématiques interreliées : une mauvaise compréhension du rôle des nutritionnistes (par le ministère, par les équipes de soins et par les usagers), une organisation problématique des soins en nutrition et un manque d'effectif (8) (Figure 2).

Figure 2. Enjeux et constats



Il est observé que l'offre de services nutritionnels est très variable selon le milieu et les régions du Québec. Il n'existe pas de directives du ministère quant au nombre, à la présence et au rôle des nutritionnistes d'un établissement à l'autre. L'accès aux services nutritionnels passe souvent par des programmes spécifiques (p. ex. le programme Agir tôt pour les 0-5 ans), et il revient aux gestionnaires de l'établissement de décider d'intégrer ou non des nutritionnistes aux programmes. Dans certains milieux, possiblement où le

rôle des nutritionnistes est moins connu, il y a tout simplement absence de ces professionnels de la nutrition. Dans d'autres milieux, de longs délais existent avant de recevoir les services et parfois seuls les cas considérés prioritaires sont vus. Certaines régions ont des postes de nutritionnistes non comblés. Comme très peu de programmes visent les 6 à 17 ans, on retrouve une rupture de service nutritionnel pour cette population. L'incidence grandissante de maladies chroniques qui se diagnostiquent de plus en plus tôt dans la vie et la prévalence accrue de troubles de conduite alimentaire depuis la pandémie liée à la COVID-19 ne sont que deux exemples des besoins de cette jeune clientèle.

L'emploi du temps des nutritionnistes n'est pas non plus toujours optimisé. Le temps des nutritionnistes devrait pourtant être protégé aux consultations avec la clientèle. Néanmoins, les nutritionnistes sont souvent responsables des prises et de la gestion de rendez-vous. De plus, l'utilisation des dossiers électroniques médicaux n'étant pas uniformisée, les nutritionnistes ont parfois de la difficulté à avoir accès à des informations essentielles au suivi efficace de leur clientèle (p. ex. suivi du poids, courbe de croissance, analyses de laboratoire). Il existe peu de centralisation des ressources, telles que les outils d'enseignement, amenant une multiplication de création d'outils similaires. Plusieurs nutritionnistes sont isolés dans leur pratique et manquent de soutien. De plus, les communications ne sont pas toujours fluides entre les professionnels de la santé, ce qui engendre une perte de temps significative. Le travail en interdisciplinarité est important, mais difficile à instaurer dans certains milieux. La présence d'ordonnances collectives n'étant pas établie dans tous les centres, la nécessité d'accès à un médecin pour obtenir une ordonnance médicale pour l'application de certaines activités autorisées est également un frein au plein déploiement des services et de la prise en charge pouvant être offerts par les nutritionnistes.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les nutritionnistes jouent un rôle clé en prévention, mais peuvent aussi gérer une partie de la charge de travail des soins primaires et permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques de maintenir leur autonomie. Il existe cependant beaucoup d'iniquité et d'hétérogénéité populationnelle dans l'accès aux soins nutritionnels. Les données disponibles indiquent toutefois que d'inclure la thérapie nutritionnelle a un avantage économique pour le système de santé et pour le bien-être du patient. En offrant la possibilité aux nutritionnistes de déployer pleinement leurs compétences, une amélioration des services et des soins aux patients en résulterait. Pour ce faire, un mandat clair de la part du ministère, incluant des critères pour les services de nutritionnistes dans les établissements, est nécessaire. Une sensibilisation des médecins et des autres professionnels de la santé quant aux rôles des nutritionnistes aiderait aussi grandement à leur intégration dans les équipes multidisciplinaires. Ceci stimulerait également le recrutement de davantage de nutritionnistes dans le réseau et de personnel de soutien (p. ex. administratif) pour ceux-ci. Enfin, l'ensemble de ces solutions permettrait d'améliorer l'efficacité et de pallier l'inégalité des services offerts en harmonisant l'offre à l'échelle de la province.

RÉFÉRENCES

1. Landa P, Lalonde JD, Bergeron F, Kassim SA, Côté A, Gartner JB, et al. Impact of primary health care reforms in Quebec Health Care System: a systematic literature review protocol. *BMJ Open*. 31 juill 2023;13(7):e068666.
2. ODNQ. Qu'est-ce qu'une diététiste-nutritionniste? [consulté 20 février 2025] Disponible sur : <https://odnq.org/>
3. ODNQ. Les activités réservées et autorisées. [consulté 20 février 2025] Disponible sur : <https://odnq.org/>
4. Brown F, Fry G, Cawood A, Stratton R. Economic Impact of Implementing Malnutrition Screening and Nutritional Management in Older Adults in General Practice. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(3):305-11.
5. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. déc 2017;117(12):1941-62.
6. Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care*. 1 déc 2015;7(4):324-32.
7. 2018-Dietitians-in-Primary-Health-Care-A-Pan-Canadian-Environmental-Scan.pdf [consulté 20 février 2025]. Disponible sur : <https://www.dietitians.ca/DietitiansOfCanada/media/>
8. MacDonald Werstuck M, Buccino J. Dietetic Staffing and Workforce Capacity Planning in Primary Health Care. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. déc 2018;79(4):181-5.

SOURCES SUGGÉRÉES

- [Dietitians-in-primary-care-a-guide-for-general-practice.pdf](https://www.bda.uk.com/) [consulté 20 février 2025]. Disponible sur : <https://www.bda.uk.com/>
- Casas-Agustench P, Megías-Rangil I, Babio N. Economic benefit of dietetic-nutritional treatment in the multidisciplinary primary care team. *Nutr Hosp*. 27 août 2020;37(4):863-74.

La pharmacie, une profession au rôle central dans les soins de première ligne au Québec — Évolution, état des lieux et perspectives

Alexandre Campeau Calfat, Pharm. D., M. Sc.^{1,2}, Dylan Bonnan, Pharm. D., M. Sc.^{1,2}, Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D.^{1,2}

¹ Faculté de pharmacie, Université Laval

² VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Les réformes législatives sur la pharmacie ont permis aux pharmaciens d'assumer des responsabilités accrues, contribuant à la continuité des soins.
- En optimisant les thérapies médicamenteuses, les pharmaciens réduisent la pression sur les autres professionnels de la santé et améliorent l'efficacité des soins.
- Des défis organisationnels et un manque de ressources limitent l'intégration du rôle élargi des pharmaciens.
- L'accès aux soins varie selon les régions et les structures, créant des inégalités dans la prestation des soins par les pharmaciens et leur intégration dans les équipes de soins.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX PRINCIPAUX

Le pharmacien est le professionnel de la santé responsable de l'usage approprié des médicaments (1). Au cours des dernières décennies, l'exercice de la pharmacie en première ligne a connu une évolution notable, marquée par l'introduction de nouveaux rôles et opportunités (2). Les changements de législation, notamment avec deux mises à jour de la Loi sur la Pharmacie, ont mené à une réorganisation des soins pharmaceutiques (3). Cette réorganisation a permis aux pharmaciens d'offrir leur expertise dans différents milieux de pratique en première ligne. Les deux principaux sont la pharmacie communautaire (pharmacies de quartier) et le groupe de médecine de famille (GMF). En pharmacie communautaire, les pharmaciens œuvrent principalement à la distribution efficace et sécuritaire des médicaments, alors que les pharmaciens en GMF travaillent au sein des équipes médicales pour optimiser la thérapie médicamenteuse et aider le prescripteur dans la prise en charge (1).

Bien que la mission fondamentale des pharmaciens reste inchangée, les évolutions organisationnelles ont permis une application plus large de la Loi sur la pharmacie (4), visant à améliorer la santé des populations et l'efficacité du système de soins. Ce texte met en lumière l'augmentation de la présence du pharmacien en première ligne et les répercussions associées.

Cas 1 — La substitution

Un pharmacien reçoit une ordonnance de pénicilline en liquide pour le traitement d'une pharyngite chez un jeune enfant. Le produit n'étant plus sur le marché, le pharmacien substitue de façon autonome le médicament par de l'amoxicilline, afin d'assurer une prise en charge efficace du jeune patient.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

En pharmacie communautaire, les pharmaciens ont plus d'outils pour contribuer à améliorer l'expérience des patients et la santé des populations. Les pharmaciens jouent désormais un rôle clé dans le prolongement des ordonnances, ce qui permet de prévenir des ruptures dans la continuité des soins et d'améliorer l'efficacité du système de santé. Certains suivis des patients, par exemple par la prescription de tests de laboratoire, peuvent désormais être assurés par les pharmaciens en première ligne. Ils peuvent également substituer des médicaments, alors qu'ils devaient auparavant attendre d'en avoir discuté avec le prescripteur. Il leur est aussi possible de modifier les doses des traitements médicamenteux pour optimiser l'efficacité et la sécurité des thérapies. Bien qu'ils puissent agir de manière autonome pour plusieurs actes, les pharmaciens assurent un suivi avec le prescripteur initial ou l'équipe soignante dans un fort souci de collaboration interprofessionnelle.

Cependant, ces nouvelles tâches s'accompagnent de défis organisationnels importants (5–7). En effet, les pharmaciens doivent jongler entre leurs tâches de dispensation classique, qui demeurent au cœur du métier, et leurs nouvelles responsabilités. La chaîne de travail habituelle dans les pharmacies est encore peu adaptée pour laisser la possibilité aux pharmaciens de développer toute leur expertise dans leurs nouveaux rôles (p. ex. suivi des tests prescrits, appels aux patients, communications plus fréquentes avec les autres professionnels). Des rajustements dans l'organisation et les locaux des pharmacies, ainsi qu'un investissement en temps sont nécessaires. Par exemple, les pharmaciens devront s'appuyer davantage sur les techniciens en pharmacie pour pouvoir libérer du temps pour les tâches cliniques ; ou être plus souvent en équipe de plusieurs pharmaciens aux mêmes moments pour assurer la sécurité de la dispensation et les tâches cliniques. Ces modifications à l'exercice entraîneront aussi une contrainte financière non négligeable pour les propriétaires de pharmacie, qui devront réorganiser leurs locaux ou engager plus de personnel. D'un autre côté, ces nouvelles activités amènent également des opportunités d'affaire dont l'impact est de plus en plus important dans les opérations d'une pharmacie.

Cas 2 — La modification de dose

Un patient se sent étourdi suivant l'augmentation de la dose de prégabaline (150 mg au coucher). Ce médicament, prescrit pour traiter la douleur, peut causer des étourdissements et une diminution des capacités cognitives. Le pharmacien diminue la dose à 100 mg en avisant le prescripteur. Au suivi, le patient indique la disparition des inconforts. Le pharmacien a pu gérer cette situation sans recourir à un nouveau rendez-vous médical.

Un autre défi majeur réside dans le fait que les pharmaciens n'ont pas toujours accès à l'ensemble du dossier médical des patients, ce qui complique la gestion de certaines

conditions, notamment lorsque les raisons pour lesquelles un médicament a été prescrit ne sont pas connues. De plus, il est important de souligner que tous les pharmaciens ne souhaitent pas nécessairement embrasser ces nouveaux rôles (8), ce qui pourrait poser un problème d'équité pour les patients, en fonction du lieu de résidence ou de la pharmacie côtoyée. Ce phénomène n'est pas unique aux pharmaciens, puisqu'il a également été observé dans d'autres professions, comme celle des infirmières, qui ont traversé une évolution similaire de leur rôle (9). Cette situation pourrait entraîner un risque de mal-être parmi les pharmaciens qui se sentiraient forcés d'assumer des responsabilités supplémentaires.

Dans les GMF, le rôle des pharmaciens au sein des équipes interprofessionnelles devient de plus en plus important. Cette intégration facilite l'optimisation des thérapies médicamenteuses, en particulier pour les patients ayant des besoins complexes. L'accès facilité au reste de l'équipe médicale et aux informations contenues dans le dossier médical des patients permet aux pharmaciens de contribuer concrètement à l'amélioration de la santé des populations. Ce modèle peut présenter moins de défis organisationnels que celui de la pharmacie communautaire, car les pharmaciens n'ont pas à gérer les tâches de dispensation des médicaments. Ils peuvent donc consacrer davantage de temps à chaque patient.

Cependant, certains obstacles persistent, notamment l'absence de définition claire du rôle du pharmacien dans de nombreux GMF, ce qui entraîne une grande disparité dans les fonctions et les responsabilités attribuées (10). Par ailleurs, l'organisation du travail dans ces structures varie considérablement : certains pharmaciens y sont présents à temps plein, tandis que d'autres travaillent à distance. Ces différences dans le temps de travail amènent aussi des disparités importantes dans le rôle que les pharmaciens jouent dans les GMF. En effet, en fonction du temps et de la présence physique, les relations avec le reste de l'équipe peuvent grandement influencer l'efficacité des actions menées par les pharmaciens dans ces équipes. Des inégalités dans l'accès aux soins et aux services des pharmaciens selon le GMF de rattachement pourraient en découler. Le financement insuffisant pour développer de nouvelles activités ou recruter davantage de pharmaciens est également un frein, forçant ainsi les équipes à prioriser certaines trajectoires de soins. Le manque de pérennité dans le financement des heures des pharmaciens, lié au nombre de personnes inscrites au GMF, limite aussi le rôle des pharmaciens en GMF. Dans la situation où un médecin prend sa retraite et que les patients sont « exclus » du GMF, les heures allouées aux services pharmaceutiques sont réduites. Cette réalité est contre-productive, puisque les pharmaciens en GMF pourraient s'impliquer dans la prise en charge de ces nouveaux patients orphelins. En parallèle, des enjeux de communication persistent pour assurer une expérience patient optimale et tendre vers l'efficacité du système. En effet, les pharmaciens œuvrant dans différents milieux se connaissent peu malgré leurs rôles complémentaires. De même, les autres professionnels connaissent peu les nouveaux rôles des pharmaciens, ce qui nuit à une collaboration efficace et entière. La première ligne étant une courroie de transmission essentielle pour optimiser l'efficacité du système, il importe de rehausser la communication entre les professionnels y œuvrant.

Cas 3 — La prise en charge de traitements (projet de loi 67)*

Un patient vient d'obtenir un diagnostic d'hypertension artérielle. Le pharmacien établit, en collaboration avec le patient, le plan de traitement qu'il partage avec le médecin traitant : choix du médicament en fonction des valeurs de laboratoire, des maladies concomitantes et des préférences du patient, cibles à atteindre et suivis à réaliser (p. ex. prise de tension artérielle, effets indésirables, laboratoires). Le pharmacien procède à l'ajustement des doses d'un médicament pour l'atteinte des cibles thérapeutiques reconnues. Si l'atteinte n'est pas obtenue, le pharmacien pourrait ajouter un deuxième médicament de manière autonome pour obtenir les cibles thérapeutiques.

* Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Ceci constitue un exemple potentiel, puisque les détails de la loi ne sont pas encore connus.*

Les pharmaciens jouent aussi un rôle de plus en plus important dans de nouveaux milieux de soins. À titre d'exemple, citons les cliniques d'urgences mineures où les pharmaciens sont amenés à collaborer à la prise en charge des patients. Leur présence, en synergie avec celle du reste de l'équipe interprofessionnelle, permet notamment de libérer le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée, puisque les patients avec des conditions mineures pouvant être traitées avec des médicaments (p. ex. infection urinaire) peuvent être vus uniquement par les pharmaciens. À la clinique d'urgence mineure de l'hôpital Jeffery Hale, à Québec, la présence d'un pharmacien permet aux médecins et aux infirmières praticiennes spécialisées de voir plus de patients, et de réduire le temps d'attente (mémoire de maîtrise, Andrée-Anne Milot, non publié). Cependant, ces rôles innovants sont encore peu connus, et il n'existe que peu d'évaluations à ce jour sur l'apport réel des pharmaciens dans ces milieux.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Le rôle des pharmaciens en première ligne a considérablement évolué ces dernières années, notamment grâce aux réformes législatives qui ont élargi leurs compétences. Ces changements visent à répondre aux besoins croissants de la population et à améliorer l'accessibilité aux soins. Cependant, des défis demeurent concernant la reconnaissance et l'intégration de ces nouvelles responsabilités, tant du côté des pharmaciens que des autres professionnels de santé. Bien que les récentes évolutions législatives aient permis d'étendre le rôle des pharmaciens, leur mise en œuvre sur le terrain reste inégale et le pharmacien doit continuer d'assurer son rôle clé dans la sécurité du circuit du médicament et la dispensation. Les environnements de soins n'ont pas toujours les moyens nécessaires pour intégrer ces nouveaux outils.

Pour répondre à ces défis, plusieurs solutions sont possibles. Une meilleure collaboration inter et intraprofessionnelle pourrait être la clé, afin de clarifier les rôles respectifs et d'éviter les malentendus. La mise en place de formations continues spécifiques aux nouvelles missions des pharmaciens permettrait également d'assurer que tous les pharmaciens puissent assumer ces responsabilités de manière compétente. Enfin, des études d'impact sur le terrain devraient être menées pour mieux comprendre l'influence de ces changements sur la qualité des soins, afin d'ajuster les pratiques en conséquence.

Dans un futur plus que proche, le projet de loi 67, adopté en novembre 2024, permettra aux pharmaciens d'être davantage impliqués dans les soins de première ligne (un exemple est décrit avec le cas 3). Alors que les détails des règlements découlant du projet de loi restent à venir, il importe de tenir compte des obstacles cités afin d'assurer l'efficacité de la mise en place et la réduction des inégalités quant à l'offre de soins associés à cet élargissement de rôle.

REMERCIEMENTS : Les auteurs remercient chaleureusement monsieur Jean-François Desgagné, président de l'Ordre des pharmaciens du Québec, pour sa relecture du document.

RÉFÉRENCES

1. Ordre des Pharmaciens du Québec. Rôle du pharmacien [Internet]. Vos Questions : des Réponses. 2025. Disponible : <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/>
2. Ordre des Pharmaciens du Québec. L'Ordre souffle 150 bougies! [Internet]. 2025. Disponible : <https://www.opq.org/lordre/lorganisation/histoire/>
3. LégisQuébec. Loi sur la pharmacie. Loi P-10. Québec : Gouvernement du Québec ; 2021 [cité le 3 janvier 2025]. Disponible : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-10>.
4. Breton M, Deslauriers V, Lamoureux-Lamarche C, Guénette L, Bonnan D, Vanier MC, et al. Évolution du champ de pratique des pharmaciens en soins primaires au Québec. *Actualités Pharmaceutiques*. 2025 Jan;64(642):24–7. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2024.10.009>
5. Latif A, Waring J, Watmough D, Barber N, Chuter A, Davies J, et al. Examination of England's New Medicine Service (NMS) of complex health care interventions in community pharmacy. *Res Soc Adm Pharm*. 2016 Nov;12(6):966–89. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.12.007>
6. Rouleau L, Prince-Duthel L, Vanier MC, Dugré N, Maheu A, Guénette L. Community pharmacists' comfort levels with and barriers to application of an expanded scope of practice in Québec. *Can Pharm J*. 2024 Sep;157(5):246–60. <https://doi.org/10.1177/17151635241264517>
7. Campeau Calfat A, Duval C, Laberge M, Savard AM, Sirois C. Clinical services in community pharmacies : a scoping review of policy and social implications. *Int J Pharm Practice*. 2021 Mar 17;29(2):116–25. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riaa007>
8. Schindel TJ, Yuksel N, Breault R, Daniels J, Varnhagen S, Hughes CA. Perceptions of pharmacists' roles in the era of expanding scopes of practice. *Res Soc Adm Pharm*. 2017 Jan;13(1):148–61. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.02.007>
9. Arrowsmith V, Lau-Walker M, Norman I, Maben J. Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *J Adv Nursing*. 2016 Aug;72(8):1735–50. <https://doi.org/10.1111/jan.12912>
10. Guénette L, Maheu A, Vanier M, Dugré N, Rouleau L, Lalonde L. Pharmacists practising in family medicine groups: What are their activities and needs? *J Clin Pharm Ther*. 2020 Feb;45(1):105–14. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13035>

Territoires locaux et intégration des services

Une première ligne médicale en mode prépondérant

Prestations de soins et services

Voix disciplinaires

Un système à bâtir : de la recherche au terrain

Accroître la force de frappe des recherches en première ligne : renforcer le modèle des Instituts universitaires et des Centres affiliés universitaires du secteur social

| Baptiste Godrie, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- En rapprochant les universitaires des milieux d'intervention en santé et services sociaux, les Instituts universitaires (IU) et les Centres affiliés universitaires (CAU) visent à produire des connaissances scientifiques qui soutiennent le développement de pratiques d'intervention innovantes et pertinentes au sein de la première ligne.
- Le programme un Chez soi d'abord, l'intervention de quartier, les équipes mixtes travail social-travail policier ou encore le programme Culture du cœur développés dans différents CISSS et CIUSSS du Québec en sont autant d'illustrations. Ces interventions diminuent la judiciarisation et la consultation des urgences, et favorisent un accès aux services sociaux et soins de santé à des populations éloignées des services.
- Les IU-CAU ont construit au fil du temps de solides réseaux transdisciplinaires et des collaborations de recherche entre chercheurs.ses, gestionnaires et intervenants.es, et organismes communautaires inscrits sur leurs territoires respectifs qui sont essentiels à leur mission.
- Plusieurs défis actuels menacent la mission des IU-CAU, mais le contexte actuel permet d'envisager les occasions de renforcer leur mission.
- Investir et renforcer la force de frappe des IU-CAU, c'est renforcer l'efficacité et la pertinence des interventions dans la première ligne du réseau de la santé et des services sociaux, réaliser des économies sur les 2e et 3e lignes, et incarner les principes de responsabilité populationnelle, de proximité et de partenariat sur lesquels repose la première ligne.

PROBLÉMATIQUE

L'avis porte sur la contribution des établissements du réseau désignés IU, incluant les Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), et CAU¹ du secteur social² au fonctionnement et à l'amélioration de la première ligne. Il explique brièvement les fondements historiques des IU-CAU, leur originalité et leur apport au développement d'une première ligne efficace et porteuse de bien-être pour les populations, notamment les plus éloignées des soins et services.

¹ La Loi 10 prévoit l'abolition des CAU, qui pourront candidater au statut d'IUPLSSS.

² C'est-à-dire financés par le Fonds québécois de recherche Société et culture (FRQ-SC), par distinction avec les IU du secteur santé, par exemple, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Une triple mission

La mission universitaire des IU-CAU se décline en quatre volets principaux : un programme de recherche, des activités d'enseignement universitaire (incluant l'accueil de stagiaires universitaires et la formation continue du personnel), la contribution au développement des pratiques d'intervention au sein de l'établissement désigné, ainsi que dans le reste de la province, et la mobilisation des connaissances/rayonnement sur le plan local, provincial et international. Cette mission universitaire repose sur l'idée de coconstruire les projets de recherche afin qu'ils alimentent l'action et que l'action, sous la forme d'expérimentation de programmes et de façons d'intervenir, nourrisse en retour les projets de recherche (1).

Le mandat de production et de mobilisation des savoirs des IU-CAU s'inscrit sous le principe de responsabilité populationnelle des établissements du réseau d'offrir des soins et services de qualité aux personnes sur tout le territoire du Québec (2). Dans les établissements désignés IU-CAU³, le programme de recherche est élaboré par des universitaires en dialogue avec les priorités de l'établissement et les besoins des populations (3). Pour cette raison, les travaux de recherche sont réalisés avec les équipes du réseau de la santé et des services sociaux des établissements, ainsi qu'avec des organismes communautaires et groupes de citoyens.nes (4).

Une innovation sociale majeure pour le réseau

En 1988, le *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, dite Commission Rochon, dresse plusieurs constats, parmi lesquels : la place marginale de la recherche sociale appliquée à la résolution de problèmes sociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux en raison de l'absence d'infrastructure de recherche sociale; le manque de formation continue du personnel des établissements; et l'absence de lien entre les universités et les milieux d'intervention (5). Les recommandations de la Commission Rochon ont joué un rôle important dans la création du programme des IU-CAU, en 1998, à la suite d'un avis soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux par le comité consultatif sur la désignation d'instituts universitaires dans le secteur social.

Le programme des IU-CAU s'accompagne de la création de deux statuts de recherche. En premier lieu, le statut de « chercheur.se d'établissement », catégorie d'emploi hybride, à la fois employé des établissements et universitaire, car détenteur d'un doctorat et d'une affiliation universitaire. En second lieu, le statut de « praticien.ne chercheur.se » et, par la suite, celui de « gestionnaire-chercheur.se » reconnu officiellement par les organismes subventionnaires⁴. Ce statut désigne des membres du personnel particulièrement impliqués dans les activités des IU-CAU et pouvant faciliter le développement de projets et/ou la mobilisation des résultats dans les différents milieux. Ce statut facilite, en théorie, leur dégageant d'une partie de leurs tâches régulières pour participer à des projets.

Un autre trait distinctif des IU-CAU est l'intégration des activités de recherche aux espaces dans lesquels se déroulent les interventions de première ligne. Cette présence physique dans des points de service du réseau et non à l'université favorise la promotion et le

³ Les IU partagent plusieurs des caractéristiques des CAU, mais sont mieux financés et ont des rôles et critères d'évaluation supplémentaires aux CAU, tels que réaliser des revues systématiques de la littérature et contribuer au développement de pratiques de pointe, c'est-à-dire des pratiques innovantes évaluées de manière systématique par la recherche (3).

⁴ Sous le statut de personne collaboratrice des milieux de pratique.

développement d'une culture de recherche au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Enfin, les IU-CAU ont une gouvernance partagée originale entre les CIUSSS et les universités auxquels ils sont affiliés, de même qu'ils entretiennent des liens étroits avec le FRQ-SC et le MSSS qui sont tous deux leurs bailleurs de fonds. Les établissements désignés IU-CAU contribuent sur le plan matériel par l'attribution de locaux (bureaux de travail et espaces de rencontre) et de ressources humaines pour administrer les fonds de recherche, payer les salaires des chercheurs, ses d'établissement et soutenir la mobilisation des connaissances dans les milieux. Ces caractéristiques font des IU-CAU une innovation sociale reconnue par le Réseau québécois en innovation sociale (RQIS).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Les IU-CAU sont des laboratoires pour soutenir le développement et la consolidation de nouvelles pratiques⁵ d'intervention en première ligne, incluant ici les approches préventives, les pratiques de proximité, et les actions mises en œuvre autant par le réseau institutionnel, que par les organismes communautaires sur le territoire, par distinction avec la recherche médicale spécialisée réalisée dans les centres hospitaliers universitaires.

Parmi les programmes et pratiques dont le développement a été accompagné par des équipes de recherche d'IU-CAU au Québec, on compte notamment : le programme un Chez soi d'abord, les équipes itinérance, l'intervention de quartier, les équipes mixtes travail social-travail policier ou encore le programme Culture du cœur développés dans différents CISSS et CIUSSS du Québec. Ces interventions se traduisent par des retombées documentées dans des travaux de recherche, telles que : la diminution de la judiciarisation et de la consultation des urgences, l'amélioration de la qualité de vie des personnes (sentiment d'appartenance à un quartier, confiance dans le réseau, sentiment de bien-être, par exemple), l'accroissement de la participation citoyenne, l'amélioration de l'accès aux services sociaux et soins de santé institutionnels et communautaires à des populations éloignées des services pour différentes raisons (parce que vivant en milieu rural, par exemple, parce qu'elles méconnaissent ces services ou encore parce qu'elles ont vécu des discriminations dans l'accès aux services).

La présence de la recherche dans les établissements désignés se traduit également par une plus grande réflexivité dans les pratiques des intervenants.es par le biais de la formation continue et des activités de mobilisation des connaissances (conférences, formations, communautés de pratique), le soutien à des initiatives innovantes, une meilleure allocation des ressources et des économies en termes de coûts de santé de 2^e et 3^e lignes ou de manière indirecte sur d'autres dépenses (judiciaires, par exemple). En outre, les praticiens.nes qui participent aux activités de formation et de recherche en parlent comme des moments professionnels significatifs de ressourcement et de prise de recul leur permettant de développer de nouvelles connaissances et pratiques (6,7).

Dans le contexte actuel, la mission des établissements désignés IU-CAU fait face à plusieurs défis, mais peut également compter sur un ensemble de forces.

⁵ On parle aussi parfois de pratiques prometteuses, innovantes ou encore probantes.

Défis

1. **Invisibilisation de la participation à la recherche.** La participation aux activités de recherche n'est pas prise en compte dans les outils statistiques : elle est donc invisible.
2. **Opérationnaliser la co-construction.** Pour ceux et celles qui sont dégagés.ées pour des activités de recherche, leur participation peut être considérée comme une perte d'efficacité au sein de leur équipe et créer une pression supplémentaire sur le personnel.
3. **Manque de ressources.** Les établissements désignés IU-CAU ne bénéficient pas d'un financement accru pour leurs activités opérationnelles en dépit de leur mandat d'expérimenter des pratiques d'intervention pour tout le réseau. La recherche n'est pas toujours perçue comme une priorité par les équipes d'intervention dans un contexte de gestion de situations de crise et de sous-effectif.
4. **Reconnaissance du statut de chercheur.se d'établissement.** La reconnaissance et la valorisation de ce statut-clé est variable d'un IU-CAU à l'autre. La faible reconnaissance salariale compte tenu de leur diplôme de doctorat pose des problèmes d'attractivité et de rétention du personnel.
5. **Gouvernance et implication citoyenne.** Le rôle des citoyens.nes et des organismes communautaires dans la gouvernance de la recherche est souvent sous-estimé et pourrait enrichir le développement des orientations scientifiques des IU-CAU.
6. **Conception de l'innovation sociale à valoriser.** Les IU-CAU promeuvent des pratiques d'intervention innovantes adaptées localement. Cette conception de l'innovation sociale favorisant la transformation sociale locale est parfois vue comme insuffisante par les bailleurs de fonds qui la comparent à l'innovation technologique et pharmaceutique qui vise la montée systématique à l'échelle.

Forces

1. **Potentiel de transformation sociale.** La recherche en milieu d'intervention favorise des transformations sociales tenant compte des réalités locales et des besoins des populations.
2. **Espaces d'expérimentation.** Les espaces de recherche des établissements désignés IU-CAU doivent demeurer un lieu de créativité permettant d'explorer des approches innovantes et adaptées aux réalités sociales.
3. **Co-construction.** Le contexte actuel devrait contribuer à instaurer des mécanismes de valorisation et de reconnaissance de l'implication des praticiens.nes dans la recherche pour en renforcer sa pertinence et ses retombées.
4. **Approche adaptée aux problèmes sociaux complexes.** La réponse à des situations sociales complexes ou encore la prise en compte des besoins et des aspirations de participation des citoyens.nes et des communautés dans des contextes sociaux parfois conflictuels appellent des approches de recherche propres au secteur social qui dépassent les approches linéaires de résolution de problème ou centrées sur les seules dimensions médicales.

5. **Potentiel de rayonnement international.** Le modèle des IU-CAU, déjà reconnu en tant qu'innovation sociale et assis sur plus de 20 ans d'expérience, est unique dans le monde occidental. Il a un potentiel majeur et sous-estimé de rayonnement à l'international.

CONCLUSION

Les IU-CAU contribuent au développement d'une recherche intersectorielle et interdisciplinaire marquée par des approches de croisement et de co-construction des savoirs avec les milieux de pratique et les populations. Ce type de recherche permet de répondre localement aux enjeux sociaux vécus par les populations et d'améliorer la qualité et la pertinence des interventions du réseau, se traduisant dans plusieurs cas par une meilleure allocation des ressources. En ce sens, ce type de recherche représente une véritable plus-value pour la première ligne du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ces raisons, il faut envisager les IU-CAU du secteur social comme un élément à part entière dans les réflexions actuelles sur la première ligne pour permettre au réseau québécois de la santé et des services sociaux d'incarner les principes de responsabilité populationnelle, de proximité et de partenariat sur lesquels il repose.

RÉFÉRENCES

1. Benmarhnia, T., David, P.-M. & B. Godrie (dir.) (2019). *Les Sociétés de l'expérimentation. Enjeux épistémologiques, éthiques et politiques*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
2. Suárez-Herrera, J. C., White, D. & A. Battaglini (2013). « La recherche participative en CSSS-CAU : le cas du partenariat ARIMA comme réseau innovateur de traduction des savoirs », *Nouvelles Pratiques sociales*, 25 (2), p. 73-88. <https://doi.org/10.7202/1020822ar>.
3. MSSS (2010). Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères. Montréal : Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-853-01.pdf>.
4. Ruelland, I. & Rhéaume, J. (2020). « Fondements théoriques et méthodologiques de la recherche-intervention : communication et démocratie dans des organisations sociosanitaires », *Communiquer*, 30, 11-33, <https://doi.org/10.4000/communiquer.7237>.
5. MSSS (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec. En ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4005836>
6. Godrie, B. (2023). « Centres affiliés universitaires: chroniques d'un modèle subversif de production des connaissances », *Cahiers scientifiques de l'ACFAS*, 100 ans de recherche, ACFAS. En ligne : [Centres affiliés universitaires - Acfas](#).
7. Godrie, B. (2025) « Une tradition de recherche méconnue : histoire et épistémologie de la recherche sociale en milieu d'intervention au Québec », dans *Décloisonner les savoirs. Retours d'expériences de recherches collaboratives* (dir. Artois, P., Moriau, J. et M. Wagner), Bruxelles : Éditions de l'Université de Bruxelles, p. 41-55.

La recherche en appui à une première ligne forte, moderne et apprenante

Matthew Menear, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université Laval

Marie-Eve Poitras, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- Les services de première ligne constituent le fondement du système de santé et doivent s'appuyer sur les meilleures données probantes possibles.
- La recherche est fondamentale pour faire progresser les services de première ligne, soutenir les transformations dans ce secteur et stimuler les innovations dans les pratiques cliniques et la prestation de soins de santé et de services sociaux.
- Plusieurs défis persistent et limitent l'impact des chercheurs sur les pratiques, les soins et services et les politiques de première ligne.
- Avec une gouvernance renforcée, un financement accru et une capacité de recherche élargie, la recherche en services de première ligne pourrait atteindre son plein potentiel afin de soutenir la modernisation des soins, d'accélérer l'apprentissage et l'amélioration, d'accroître la valeur du système de santé et de concrétiser notre vision commune d'une première ligne plus forte et équitable.

PROBLÉMATIQUE

Les services de première ligne (SPL) sont la pierre angulaire des systèmes de santé efficaces et performants et y investir contribue à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités en matière de santé (1). Premier point de contact du système de santé, les prestataires de SPL fournissent des soins personnalisés, holistiques et coordonnés à l'ensemble de la population. Environ 70 % de toutes les visites cliniques ont lieu dans les SPL et la majorité des conditions de santé y sont prises en charge par différents professionnels sans référence à des spécialistes (2,3).

La recherche en SPL est un champ multidisciplinaire unique qui étudie les phénomènes propres aux contextes de soins et de SPL, et la manière dont les pratiques, les soins, les services et les politiques de première ligne peuvent être renforcés, créant ainsi de la valeur pour l'ensemble du système. La recherche en SPL regroupe plusieurs formes de recherche (p. ex. clinique et épidémiologique, organisation des soins, théorique et méthodologique, pédagogique, translationnelle, sociale et politique) (4). À ce jour, le Québec compte plus de 500 chercheurs et étudiants œuvrant en recherche en SPL.

La recherche est fondamentale pour faire progresser les SPL, soutenir les transformations dans ce secteur et stimuler les innovations dans les pratiques cliniques et dans la prestation de soins de santé et de services sociaux. Compte tenu du volume important de soins et de services dispensés en première ligne et l'impact de ces services sur la population, il est essentiel qu'ils soient soutenus par des données

probantes solides. Une première ligne forte dépend d'une communauté de recherche forte puisqu'elle (5-7) :

- Aide à comprendre les problèmes qui surviennent dans les SPL;
- Réduit l'incertitude clinique et soutient l'adoption de pratiques cliniques efficaces et sécuritaires;
- Stimule les innovations et assure qu'elles apportent réellement des bénéfices pour les usagers et pour le système de santé;
- Soutient le développement et la diffusion de nouveaux modes d'organisation et modèles de soins qui contribuent à améliorer l'accès, la continuité et l'intégration des soins et des services pour l'ensemble de la population;
- Aide les SPL à être agiles et à s'adapter rapidement aux changements sociaux, économiques et technologiques de la société;
- Fournit des données de qualité soutenant les prises de décisions cliniques, organisationnelles et politiques.

Une première ligne forte, moderne et apprenante doit s'appuyer sur des recherches menées en contexte réel. Les SPL constituent un contexte unique et complexe dans lequel un large éventail de problèmes de santé et sociaux sont observables, et les usagers sont représentatifs de l'ensemble de la population (5). Ainsi, lorsque des recherches sont menées en dehors des contextes de première ligne, leurs résultats sont souvent perçus par les prestataires de SPL comme peu pertinents et applicables aux problèmes auxquels ils sont couramment confrontés (5). La génération de connaissances *en contexte de première ligne* renforce la pertinence de celles-ci pour les prestataires de SPL et facilite leur application et leur impact sur les soins quotidiens (5,7).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Malgré l'importance de la recherche en SPL, plusieurs défis persistent et limitent l'impact des chercheurs sur les pratiques, les soins et services et les politiques de première ligne (2,8).

Financement limité de la recherche en première ligne

En comparaison avec d'autres domaines, la recherche en première ligne a historiquement été sous-financée. Même si environ 70 % des soins de santé y sont offerts, son financement ne constitue qu'environ 2,4 % des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (8). Au Québec, la situation est encore plus préoccupante : des 38 millions de dollars offerts en subventions par le Fonds de recherche du Québec — secteur Santé dans les trois dernières années (2023-2025), moins de 200 000 \$ (0,4 %) ont été octroyés à des projets centrés sur les SPL (9). Depuis 2013, la principale source de financement de recherche en SPL est Réseau-1 Québec qui a octroyé près de 1,5 million de dollars pour 80 projets. Toutefois, les montants de ces subventions sont peu élevés (entre 5 000 \$ et 20 000 \$), limitant l'ampleur et la portée de ces projets. Tous les aspects de la recherche en première ligne sont compromis par des enjeux de financement, dont :

- Des financements insuffisants pour soutenir les 500 chercheurs et étudiants spécialisés en première ligne au Québec;

- Une quasi-absence de financement pour soutenir les activités de mobilisation des connaissances et de partenariat dans le domaine;
- Un financement insuffisant pour soutenir les carrières des chercheurs;
- Un financement insuffisant pour les infrastructures de recherche.

Parmi les infrastructures les plus importantes pour la recherche en soins de première ligne au Québec se trouvent les Réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL). Un RRAPPL est un regroupement de cliniques de première ligne qui participent aux recherches liées aux pratiques cliniques. Les RRAPPL offrent des services de facilitation aux personnes souhaitant effectuer de la recherche en contexte réel de première ligne. Il existe quatre RRAPPL dans la province, et chacun est affilié à un département de médecine familiale et d'urgence (Université Laval, Université de Sherbrooke, Université de Montréal et Université McGill). En facilitant la faisabilité et l'efficacité de la recherche, ils jouent un rôle essentiel pour tous les partenaires concernés. Cependant, leur capacité de soutien est limitée en raison d'un manque chronique de financement depuis leur création. En somme, si nos priorités sont l'accessibilité et la qualité des SPL ainsi que la production de données probantes sur ceux-ci, il est évident que des investissements plus importants en recherche sont nécessaires.

Capacité limitée à travailler avec des données de haute qualité en première ligne

L'accès aux données de qualité provenant de différentes sources, comme les dossiers médicaux électroniques (DMÉ), le Dossier santé Québec (DSQ), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les données rapportées par les patients, est un élément essentiel d'un système de santé apprenant. Cependant, à l'heure actuelle, les données disponibles sont très peu utilisées pour soutenir les processus de prise de décision organisationnelles, cliniques ou même politiques. Par exemple, les données en première ligne captées par les DMÉ peuvent servir d'assises pour des projets d'amélioration continue de la qualité (ACQ), la surveillance des maladies, la planification des services et des projets de recherche axés sur la pratique. Mais encore, il existe très peu d'initiatives qui nous fournissent des données autres que celles médico-administratives. La sous-utilisation des données pour guider les décisions cliniques, organisationnelles et politiques est due à :

- Des plateformes de DMÉ qui ne sont pas conçues pour soutenir l'ACQ et les activités de recherche;
- La variabilité et le manque d'interopérabilité entre les plateformes de DMÉ qui limitent notre capacité à regrouper, analyser et comparer les données entre les cliniques ou à relier les données à d'autres bases de données clinico-administratives;
- L'insuffisance des ressources consacrées à la gestion, à l'extraction, au stockage et à l'analyse des données;
- Des litiges concernant la propriété des données et les frais substantiels d'accès imposés par les fournisseurs de DMÉ;
- Les disponibilités des données actuelles centrées sur le volet clinico-administratif;

- Une connaissance limitée des données, des craintes concernant leur sécurité ainsi que des embûches législatives et éthiques, le cas échéant, pour les processus d'accès;
- L'absence d'infrastructures communes à toutes les cliniques de soins primaires;
- La différence de perception de la pertinence des données devant être collectées et utilisées par les différentes parties prenantes des SPL.

L'incapacité actuelle du Québec à utiliser pleinement ses données sur les SPL est une opportunité manquée qui entrave l'apprentissage, l'ACQ et notre capacité à améliorer la santé et le bien-être de la population.

Les défis du renforcement des capacités en matière de SPL

Une main-d'œuvre de recherche compétente en SPL et des infrastructures de recherche solides contribuent à des SPL efficaces et résilients (7). Cependant, les initiatives actuelles de renforcement des capacités de recherche en SPL au Québec sont inadéquates pour faire face aux défis d'aujourd'hui, et surtout, de demain. Peu de programmes d'études supérieures en recherche sur la première ligne existent au Québec (McGill est la seule université à offrir un programme de doctorat en médecine familiale et en SPL) et peu de prix et de bourses sont disponibles pour les étudiants. Il y a également peu de postes universitaires disponibles pour les chercheurs intéressés par les SPL. De plus, la situation des cliniciens-chercheurs en soins primaires est préoccupante. Ces individus se heurtent à des obstacles considérables à chaque étape de leur carrière, comme un accès limité aux fonds de démarrage et au soutien salarial, un accès limité au personnel de soutien à la recherche, un temps protégé limité ou inexistant pour la recherche et les activités académiques, des pressions énormes pour se concentrer sur le travail clinique, un accès limité au mentorat, des attentes irréalistes concernant leur performance (tant cliniques, qu'universitaires) et une compréhension limitée de leur contribution réelle ou potentielle (7, 13). Bien que les cliniciens-chercheurs apportent une double expertise unique précieuse pour l'ensemble de l'écosystème de la première ligne, les politiques et les structures du Québec pour soutenir leur carrière sont complètement dysfonctionnelles et sont perçues comme stressantes, décourageantes et inefficaces.

Une coordination et une collaboration insuffisantes entre les entités et les partenaires de la recherche en première ligne

La communauté de recherche en première ligne est composée de divers réseaux, institutions, organisations, équipes et individus qui, collectivement, font progresser la production et la mobilisation des connaissances dans le domaine. Si cette diversité est souvent une force, elle peut aussi donner lieu à des problèmes de coordination et de fragmentation, à une confusion des rôles, à des redondances et à des occasions manquées de créer des synergies ayant un impact. Sans mécanismes clairs de gouvernance et de coordination pour rassembler les partenaires clés, les entités de recherche sont moins efficaces pour soutenir les transformations en SPL, apporter des améliorations et informer les politiques de SPL (7). Le Québec a besoin d'une gouvernance plus solide pour la recherche en SPL et d'une stratégie nationale claire pour la recherche, la mobilisation des connaissances et le développement des capacités qui tire parti des forces et des ressources propres à chaque partenaire.

CONCLUSION

Alors que le Québec s'engage dans une nouvelle période de réforme et de modernisation de la première ligne, il est impératif qu'elle soit guidée par les meilleures données probantes possible. Heureusement, le Québec compte certains des meilleurs chercheurs au monde en SPL ainsi que certaines infrastructures de recherche qui font l'envie d'autres provinces et pays. Grâce à des actions coordonnées et collectives visant à relever les défis mentionnés dans cet avis, la recherche en soins primaires pourrait exploiter tout son potentiel pour soutenir la modernisation des services de première ligne, aider à accélérer l'apprentissage et l'amélioration, créer une plus grande valeur au sein du système et réaliser notre vision commune d'une première ligne plus forte et équitable.

RÉFÉRENCES

1. Stange, K.C., W.L. Miller, and R.S. Etz, *The Role of Primary Care in Improving Population Health*. Milbank Q, 2023. 101(S1): p. 795-840.
2. Stewart, M. and B. Ryan, *Ecology of health care in Canada*. Can Fam Physician, 2015. 61(5): p. 449-53.
3. Westfall, J.M., H.R. Wittenberg, and W. Liaw, Time to Invest in Primary Care Research-Commentary on Findings from an Independent Congressionally Mandated Study. J Gen Intern Med, 2021. 36(7): p. 2117-2120.
4. Mold, J.W., et al., Definitions of common terms relevant to primary care research. Ann Fam Med, 2008. 6(6): p. 570-1.
5. Hobbs, R., Is primary care research important and relevant to GPs? Br J Gen Pract, 2019. 69(686): p. 424-425.
6. Cheraghi-Sohi, S., et al., *A future in primary care research: a view from the middle*. Br J Gen Pract, 2018. 68(674): p. 440-441.
7. Russell, G., et al., Mapping the future of primary healthcare research in Canada. A report to the Canadian Health Services Research Foundation. 2007: Ottawa, ON.
8. Slade, S. and B. Hutchison, Follow the money: A who, how much and where picture of primary care research investment in Canada. Annals of Family Medicine, 2023. 21: p. 4108.
9. (FRQS), F.d.r.d.Q.S. *Résultats des concours*. 2025 Fév 2025]; Available from: <https://frq.gouv.qc.ca/resultats-des-concours/>.
10. Cheah, R., et al., Using primary care data for research: What are the issues and potential solutions? Aust J Gen Pract, 2024. 53(6): p. 408-411.
11. Terry, A.L., et al., Gaps in primary healthcare electronic medical record research and knowledge: findings of a pan-Canadian study. Healthc Policy, 2014. 10(1): p. 46-59.
12. Roux-Levy, P.H., et al., Data collection systems integrating PROMs and PREMs to support value-based decision-making. 2024, Commissaire à la santé et au bien-être: Quebec.
13. Somekh, I., et al., The Clinician Scientist, a Distinct and Disappearing Entity. J Pediatr, 2019. 212: p. 252-253 e2.

Mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux dans les soins et services de première ligne : état de situation et défis

Brischia Anaid Tinoco Mar, M. Sc.^{1,2}

Diogo Gonçalves Vianna Mochcovitch, Ph. D.^{1,2}

Odilon Quentin Assan, Pharm. D M. Sc.^{1,2,4}

France Légaré, C.Q., B. Sc. Arch, M.D., M. Sc., Ph. D., CCMF, FCMF^{1,2,3}

¹ VITAM – Centre de recherche en santé durable, CIUSSS de la Capitale-Nationale

² Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et la mobilisation des connaissances

³ Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

⁴ Unité de soutien SSA Québec, Axe Gestion du Changement, Pôle ULaVal

FAITS SAILLANTS

La mise à l'échelle (aussi nommée implantation à grande échelle) des innovations en santé et services sociaux est porteuse d'importants gains pour améliorer les soins et la santé de la population au Québec. Cependant, elle soulève plusieurs enjeux qui nécessitent une attention particulière afin que toute implantation à grande échelle d'une innovation en santé et services sociaux puisse avoir un impact favorable sur le quintuple objectif (issues de santé, expérience des usagers, efficience, bien-être des équipes cliniques et équité). Les constats suivants mettent en lumière les conditions essentielles pour favoriser une mise à l'échelle réussie :

- La diversité des 18 régions sociosanitaires au Québec exige que des adaptations aux réalités locales soient prises en compte, tant pour l'innovation en santé et services sociaux devant être mise à l'échelle que pour les stratégies de mise à l'échelle employées.
- La réussite de l'implantation à grande échelle d'une innovation en santé et services sociaux repose sur la compréhension des concepts de fidélité et d'adaptation, ainsi que sur la surveillance continue de ses impacts.
- Toute décision d'implantation à grande échelle doit s'appuyer sur une évaluation rigoureuse préalable du potentiel de mise à l'échelle de l'innovation, et ce, afin de s'assurer que celle-ci soit pertinente, bénéfique sur le quintuple objectif et exempte d'effets délétères dans différents contextes.
- Une gouvernance claire et une collaboration étroite entre décideurs, cliniciens, chercheurs et citoyens sont essentielles afin de garantir une implantation à grande échelle efficace.
- L'outil ISSAQ 4.0, offert par l'Unité de soutien SSA Québec, permet d'évaluer rigoureusement le potentiel de mise à l'échelle d'une innovation en santé et services sociaux lorsqu'on envisage son implantation à grande échelle.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

La mise à l'échelle (aussi nommée implantation à grande échelle) est un processus visant à développer et adapter une innovation prometteuse afin d'en étendre les bénéfices à un plus grand nombre de personnes, tout en portant attention à la réduction des effets délétères potentiels. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, cela implique de faire passer des services, des pratiques ou des produits éprouvés (nouveaux ou perçus comme tels), d'un milieu particulier à une implantation plus large dans d'autres milieux, tout en tenant compte de leurs spécificités. Ce processus repose sur les connaissances issues de l'expérience initiale, mais ne se limite pas à une simple reproduction. Il s'agit d'un travail d'adaptation et d'intégration aux besoins et aux réalités des milieux concernés. Pour en assurer le succès, il est essentiel de justifier la pertinence de la mise à l'échelle de l'innovation ciblée, d'évaluer son potentiel de mise à l'échelle, de déterminer les stratégies de mise à l'échelle appropriées, d'assurer une coordination efficace entre les acteurs impliqués et de prévoir une évaluation et une surveillance continue, avant, pendant et après l'implantation à grande échelle (1–4).

En effet, au Canada, notamment au Québec, un écart persistant est observé entre le développement et la production d'innovations en santé et services sociaux prometteuses et leur implantation à grande échelle, renforçant ainsi l'image d'un pays de projets pilotes perpétuels (5). Ce phénomène s'explique en partie par une culture axée sur l'expérimentation locale en matière de recherche et de développement, où les initiatives novatrices sont souvent limitées à un petit nombre de sites pilotes sans planification systématique d'une mise à l'échelle ultérieure.

La pandémie de COVID-19 a révélé l'urgent besoin d'améliorer cette capacité, mettant en lumière la difficulté d'implanter rapidement des innovations prometteuses à grande échelle comme pistes de solution face à une crise sanitaire. Toutefois, bien que ce besoin fût présent bien avant la crise, comme en témoignent les nombreux travaux menés sur la mise à l'échelle, certains des succès observés amènent à envisager qu'il est possible de planifier et mener une mise à l'échelle efficace dans le contexte actuel (2,4,6–13).

Le Québec dispose d'atouts, avec des politiques et des financements favorables à la mise à l'échelle, des ressources humaines expertes dans le domaine, des infrastructures numériques en place et des accélérateurs d'innovations sous diverses entités institutionnelles. Par exemple, avec la création de Santé Québec, la volonté de faire bénéficier toute la population du Québec des meilleures pratiques est maintenant assurée par une entité intégratrice unique. Aussi, le Bureau de l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux porte le mandat explicite de viser à accélérer l'adoption des innovations et des nouvelles technologies dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Sa création découle de la Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027 (14,15). De plus, un des mandats portés par l'Unité de soutien SSA Québec est de soutenir l'implantation à large échelle de systèmes de santé apprenants et d'offrir les services, expertises, formations et outils nécessaires (16–19). Tous ces exemples témoignent de l'importance que porte l'ensemble des parties prenantes à la fonction d'accélérateur soit celui de l'implantation à grande échelle des innovations en santé et services sociaux. Celle-ci s'inscrit dans un objectif global d'amélioration du quintuple objectif et d'augmentation des retombées favorables des innovations pour l'ensemble des Québécois et Québécoises.

Toutefois, l'implantation à grande échelle se heurte encore à différents défis qui empêchent de réaliser l'impact favorable de nombreuses innovations en santé et services sociaux pour le Québec. De plus, la gouvernance fragmentée entre les paliers décisionnels peut entraîner des incohérences dans l'implantation des solutions. En effet, pour que les innovations puissent atteindre leur plein potentiel auprès de la population, il est essentiel d'épouser un processus éprouvé de mise à l'échelle des innovations qui soit informé par des données issues de la recherche sur la science et la pratique de la mise à l'échelle ainsi que par des leçons tirées d'expériences terrain au Québec.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Nous exposerons certains des défis de la mise à l'échelle tels que rapportés dans plus d'une dizaine de revues systématiques de la littérature sur le sujet.

Premièrement, un des défis réside dans l'articulation des actions à mener afin de bien planifier une mise à l'échelle efficace. En effet, une abondante littérature existe pour rappeler qu'il est nécessaire de respecter certaines étapes lorsqu'on entreprend la mise à l'échelle d'une innovation. C'est pourquoi il existe des processus de mise à l'échelle qui, généralement, se déclinent en cinq grandes étapes prédéfinies : 1) identification de l'innovation devant être mise à l'échelle; 2) évaluation du potentiel de mise à l'échelle de l'innovation (i.e., ici, il sera entre autre question d'identifier les données probantes existantes au sujet de l'impact de l'innovation devant être mise à l'échelle); 3) élaboration d'un plan de mise à l'échelle avec les parties prenantes; 4) mise en œuvre des stratégies de mise à l'échelle; 5) surveillance en continu des impacts de la mise à l'échelle. Chacune de ces étapes peut être découpées en sous-étapes (2,4,6–13).

Deuxièmement, l'un des défis le plus souvent rencontrés est de distinguer l'innovation devant être mise à l'échelle, des stratégies devant être mises en œuvre pour cette mise à l'échelle. D'un côté, une innovation en santé et services sociaux se définit selon la perspective des populations ciblées. Elle peut consister en des services, des pratiques ou des produits nouveaux ou, existants mais faisant l'objet d'une nouvelle application (20). De l'autre côté, les stratégies de mise à l'échelle représentent l'ensemble des plans, stratégies et actions nécessaires pour implanter à grande échelle et durablement l'innovation dans le système de santé 21. S'il est essentiel que l'innovation à mettre à l'échelle ait fait ses preuves et démontré son efficacité auprès de la population cible dans le cadre d'études rigoureuses, il en va de même pour les stratégies de mise à l'échelle qui doivent être rigoureusement évaluées et validées (6).

Troisièmement, il est essentiel d'évaluer le potentiel de mise à l'échelle de l'innovation ciblée (11,22). En ce sens, elle propose de nombreux outils et recommandations pour réaliser cette évaluation. Bien qu'elle soit comparable à l'évaluation de la maturité technologique (23), elle se distingue par son approche plus large et multidimensionnelle. L'évaluation du potentiel de mise à l'échelle permet aux organisations d'évaluer si l'innovation réunit les conditions nécessaires à sa mise à l'échelle, d'identifier les barrières et les leviers potentiels afin d'anticiper les risques ainsi que d'appliquer les actions nécessaires. L'Unité de soutien SSA Québec a développé l'outil ISSAQ 4.0, un questionnaire autoadministré pour soutenir l'évaluation du potentiel de mise à l'échelle. Son développement repose sur une revue systématique approfondie, une collaboration avec des patients et des citoyens partenaires et un consensus d'experts. L'outil ISSAQ

4.0 est disponible en français et en anglais et s'accompagne d'un module de formation en ligne gratuit (16).

Quatrièmement, le conflit entre fidélité et adaptation, tant au niveau de l'innovation à mettre à l'échelle que des stratégies de mise à l'échelle qui seront privilégiées, représente un défi spécifique pour les parties prenantes. Elles doivent identifier les ingrédients actifs essentiels de l'innovation ainsi que ceux des stratégies de mise à l'échelle à préserver (4,11). En général, une innovation ayant démontré son efficacité dans un contexte particulier ne peut pas être simplement transposée à grande échelle sans certains ajustements. Il pourrait être essentiel de cerner les réalités locales pour adapter l'innovation, tout en préservant ses ingrédients actifs essentiels (1,7,8). Par exemple, au Québec, la diversité des 18 régions sociosanitaires laisse présager que chaque territoire a des besoins spécifiques, différents niveaux de ressources disponibles et des réalités organisationnelles uniques qui peuvent influencer l'implantation locale des innovations. L'absence d'adaptation aux réalités locales peut accentuer les iniquités et réduire l'impact global de l'innovation (24,25). En effet, il ne faut pas sous-estimer que la mise à l'échelle d'une innovation démontrée efficace localement puisse se traduire, lors de son implantation dans de nombreux autres territoires ou contextes, par un possible accroissement d'effets délétères ou d'effets collatéraux insoupçonnés (7). Il existe des risques liés à une généralisation précipitée des innovations. Une innovation ayant démontré son efficacité dans un contexte local restreint repose souvent sur des conditions particulières : la mobilisation d'une équipe engagée, des ressources ciblées et un soutien organisationnel adapté. Or, lors d'une mise à l'échelle, ces leviers peuvent ne pas être reproductibles, compromettant ainsi sa réussite. L'expérience internationale montre que certains déploiements hâtifs se sont traduits par une dégradation de la qualité des soins, faute de formation adéquate, de ressources suffisantes ou en raison d'une dilution des standards (7). Ainsi, à la suite de ces expériences malheureuses, il peut être attendu de rencontrer une résistance au changement pour de futurs projets de mise à l'échelle. Cela souligne l'importance de bien évaluer le potentiel de mise à l'échelle de l'innovation et de porter une attention minutieuse à l'élaboration d'un plan de mise à l'échelle en collaboration étroite avec les parties prenantes afin de s'assurer que les conditions nécessaires soient réunies pour préserver l'efficacité et la sécurité de l'innovation et des stratégies de mise à l'échelle (2). Enfin, cela souligne aussi la nécessité d'une surveillance continue des impacts observés, cette pratique étant cohérente avec un système de santé apprenant.

Par ailleurs, pour être durable, l'implantation à grande échelle doit intégrer dans sa stratégie, plusieurs formes de mise à l'échelle, mais également une collaboration étroite entre décideurs, cliniciens, chercheurs et citoyens. Pour certains, ceci réfère à la mise à l'échelle verticale (institutionnalisation de l'innovation) et pour d'autres, à la mise à l'échelle horizontale (propagation de l'innovation dans différents milieux). Il est essentiel d'adapter et d'optimiser les formes de mise à l'échelle selon le terrain. Par exemple, la fragmentation des structures et la complexité des trajectoires de soins peut générer des silos, freinant la mise à l'échelle horizontale d'innovations pourtant prometteuses. Renforcer la coordination et assurer une gouvernance partagée s'avèrent donc des leviers pour favoriser une mise à l'échelle, en cohérence avec les politiques publiques et les politiques institutionnelles.

Finalement, plusieurs écueils peuvent compromettre ce processus : des décisions prises par un groupe homogène manquant de diversité, une diffusion trop rapide sans évaluation

du potentiel de mise à l'échelle préalable, une dépendance excessive à l'innovateur sans appui structurel, un déficit de ressources ou une planification budgétaire insuffisante, une absence d'adaptation aux spécificités locales, ou encore une évaluation tardive limitée à la fin du déploiement. Ces écueils soulignent l'importance d'une approche progressive, par étapes, planifiée et soutenue par une surveillance continue afin d'assurer que chaque innovation prometteuse puisse pleinement contribuer à l'amélioration durable de la santé de la population (13).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La mise à l'échelle des innovations en santé constitue un levier stratégique pour améliorer durablement la qualité et l'efficacité des soins de première ligne au Québec, mais surtout la santé de la population. Cependant, elle ne peut se limiter à la reproduction d'expériences locales; elle exige une évaluation rigoureuse et un ajustement constant afin de préserver l'efficacité des interventions tout en répondant aux réalités de chaque milieu. La mise à l'échelle d'une innovation n'est pas un processus linéaire et n'offre pas de garantie de succès. Elle exige de bien distinguer l'innovation à mettre à l'échelle des stratégies de mise à l'échelle. Elle requiert de bien évaluer le potentiel de mise à l'échelle de l'innovation. Elle repose sur l'élaboration d'une planification de la mise à l'échelle avec les parties prenantes et une surveillance continue de ses impacts sur le quintuple objectif.

Pour orienter ces démarches, l'Unité de soutien SSA Québec propose l'outil ISSAQ 4.0 afin d'évaluer le potentiel d'une innovation. Enfin, des modules de formation en ligne sont offerts gratuitement afin de sensibiliser l'ensemble des parties prenantes, y compris les citoyens et citoyennes, à l'importance de la mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux prometteuses afin d'assurer la durabilité et l'équité des soins en première ligne pour toute la population.

RÉFÉRENCES

1. Corôa RDC, Gogovor A, Ben Charif A, et al. Evidence on Scaling in Health and Social Care: An Umbrella Review. *Milbank Quarterly*. 2023;101(3):881-921. doi:10.1111/1468-0009.12649
2. De Carvalho Corôa R, Ben Charif A, Robitaille V, et al. Strategies for involving patients and the public in scaling initiatives in health and social services: A scoping review. *Health Expectations*. 2024;27(3):e14086. doi:10.1111/hex.14086
3. Guide - Les stratégies de mise à l'échelle des innovations en santé et services sociaux : partage des connaissances post-événement - Pôle Santé. Accessed February 17, 2025. <https://polesante.hec.ca/guide-les-strategies-de-mise-a-lechelle-des-innovations-en-sante-et-services-sociaux-partage-des-connaissances-post-evenement/>
4. Ben Charif A, Hassani K, Wong ST, et al. Assessment of scalability of evidence-based innovations in community-based primary health care: a cross-sectional study. *cmajo*. 2018;6(4):E520-E527. doi:10.9778/cmajo.20180143
5. Bégin, Monique. Renewing medicare. *CMAJ*. 2002;167(1):46-47. Accessed March 1, 2025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC116642/>
6. Ben Charif A, Zomahoun HTV, LeBlanc A, et al. Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care: a systematic review. *Implementation Sci*. 2017;12(1):139. doi:10.1186/s13012-017-0672-y
7. Zomahoun HTV, Ben Charif A, Freitas A, et al. The pitfalls of scaling up evidence-based interventions in health. *Global Health Action*. 2019;12(1):1670449. doi:10.1080/16549716.2019.1670449
8. Légaré F, Plourde KV, Charif AB, et al. Evidence on scaling in health and social care: protocol for a living umbrella review. *Syst Rev*. 2021;10(1):261. doi:10.1186/s13643-021-01813-3
9. Brundisini F, Zomahoun HTV, Légaré F, et al. Economic evaluations of scaling up strategies of evidence-based health interventions: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2021;11(9):e050838. doi:10.1136/bmjopen-2021-050838
10. Ben Charif A, Zomahoun HTV, Massougbdji J, et al. Assessing the scalability of innovations in primary care: a cross-sectional study. *cmajo*. 2020;8(4):E613-E618. doi:10.9778/cmajo.20200030
11. Ben Charif A, Zomahoun HTV, Gogovor A, et al. Tools for assessing the scalability of innovations in health: a systematic review. *Health Res Policy Sys*. 2022;20(1):34. doi:10.1186/s12961-022-00830-5
12. Gogovor A, Zomahoun HTV, Ben Charif A, et al. Essential items for reporting of scaling studies of health interventions (SUCCEED): protocol for a systematic review and Delphi process. *Syst Rev*. 2020;9(1):11. doi:10.1186/s13643-019-1258-3
13. Kothari A, Graham ID, Dougherty M, et al. Advancing scaling science in health and social care: a scoping review and appraisal of scaling frameworks. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1488. doi:10.1186/s12913-024-11918-9
14. Gouvernement du Québec. *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027.*; 2017.
15. Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux - Professionnels de la santé - MSSS. Accessed March 1, 2025. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/connaissances/bureau-innovation-sante-et-services-sociaux/>

16. Unité de Soutien SSA Québec | Accueil. Accessed March 1, 2025. <https://ssaquebec.ca/>
17. Drolet M. ISSaQ 4.0: un questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux. Unité soutien SSA Québec. May 18, 2023. Accessed February 19, 2025. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/issaq-4-0-un-questionnaire-auto-administre-sur-le-potentiel-de-mise-a-lechelle-des-innovations-en-sante-et-en-services-sociaux/>
18. Chaire de recherche : Décision partagée. Accessed March 1, 2025. <https://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/>
19. Drolet M. éLARGIE: Évaluation du potentiel de mise à l'échelle d'innovations en santé et services sociaux. Unité soutien SSA Québec. February 20, 2025. Accessed March 1, 2025. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/elargie-evaluation-du-potentiel-de-mise-a-lechelle-dinnovations-en-sante-et-services-sociaux/>
20. Rogers E, Singhal, A. Diffusion of Innovations. An integrated approach to communication theory and research. Published online 2007.
21. World Health Organization, ExpandNet. Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Published online 2011. Accessed March 27, 2025. <https://iris.who.int/handle/10665/44661>
22. Milat A, Lee K, Conte K, et al. Intervention Scalability Assessment Tool: A decision support tool for health policy makers and implementers. Health Research Policy and Systems. 2020;18(1):1. doi:10.1186/s12961-019-0494-2
23. Gouvernement du Canada I. Niveaux de maturité technologique. January 23, 2018. Accessed March 1, 2025. <https://ised-isde.canada.ca/site/innovation-canada/fr/niveaux-maturite-technologique>
24. Fortin M, Plourde A. Donner au système de santé la capacité d'agir. FICHE LaRISSS. Published online Feb 2025.
25. LeBlanc D. Guichet d'accès à la première ligne: l'inquiétude gagne l'Outaouais. leDroit. <https://www.ledroit.com/actualites/sante/2024/05/29/guichet-dacces-a-la-premiere-ligne-linquietude-gagne-loutaouais-7TSPSTSGWBCYNLCYEUEWSCRAIU/>. mai 2024. Accessed February 19, 2025.

Les processus d'élaboration des politiques publiques en santé mentale : un levier sous-estimé pour améliorer l'accès aux soins et l'équité

Morgane Gabet, professeure adjointe, Département de gestion évaluation et politique de santé (DGEPS), École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) et chercheuse régulière, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSMM), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Alexie Kim, étudiante au doctorat professionnel en santé publique, Département de gestion évaluation et politique de santé (DGEPS), École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

FAITS SAILLANTS

- Le Québec traverse une crise relative aux soins en santé mentale, marquée notamment par des défis persistants en matière d'accès aux soins primaires. Cet accès demeure : 1) relativement faible pour l'ensemble de la population; et 2) encore plus restreint pour certains sous-groupes dits vulnérables.
- Ces iniquités d'accès aux soins primaires en santé mentale peuvent être expliquées par différents facteurs, dont les déterminants structurels également appelés « causes des causes ». Les politiques publiques, plans d'action et programmes en santé mentale, parus en nombre important depuis 2005 au Québec, figurent parmi ces déterminants structurels.
- Il existe des standards scientifiques et bonnes pratiques pour orienter les processus d'élaboration des politiques publiques de santé dans une perspective d'équité, même si ceux-ci sont, dans une moindre mesure, appliqués à la santé mentale. Au Québec, le manque de transparence et de documentation de ces processus empêche leur évaluation selon ces références établies, freinant ainsi leur amélioration et limitant les résultats de santé pour la population.
- Il est donc urgent de penser collectivement les processus d'élaboration des politiques en santé mentale afin de viser une amélioration concrète de l'accès aux soins primaires en santé mentale dans une perspective d'équité.

PROBLÉMATIQUE

En 2020-2021, 39 % de la population québécoise déclarait vivre un niveau élevé de détresse psychologique, une proportion plus élevée qu'en 2014-2015 (32 %) (1). La pandémie de COVID-19 a exacerbé cette situation, contribuant à la détérioration du bien-être mental d'une partie de la population, et soulevant certaines préoccupations quant à une pression accrue sur un système de santé déjà fragilisé (2). Au Québec, le secteur public assure l'offre de soins primaires en santé mentale principalement par l'entremise du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Depuis 2005, de nombreuses politiques publiques, sous le format de plans d'action ou de programmes, ont tenté de

renforcer l'accès aux soins en santé mentale, incluant le Plan d'action en santé mentale (PASM, MSSS) 2005-2010, le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 (CSBE), le PASM 2015-2020 (MSSS), le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM, MSSS) en 2021, et le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. Certaines stratégies communes émergent de ces diverses politiques, dont une plus grande intégration des soins et des modalités de participation afin d'encourager l'implication des usagers et des organismes communautaires dans l'organisation des services en santé mentale (3). Malgré la mise en œuvre de ces politiques, l'accessibilité et plus globalement la qualité des soins primaires en santé mentale au Québec restent sous-optimales, comme le documente largement la littérature (4–6). Les principales barrières identifiées incluent :

- Des délais d'accès et listes d'attente importantes;
- Des soins qui tiennent partiellement compte des préférences des usagers, notamment en matière de langue, de culture ou de localisation des services;
- Un manque d'adéquation entre l'offre de services et les besoins réels;
- Un manque de continuité entre les différents services et des reports de soins vers des ressources privées (coûteuses) ou communautaires (surchargées), faute d'options dans le réseau public.

Ces iniquités d'accès aux soins primaires en santé mentale touchent particulièrement les populations déjà vulnérabilisées en raison de facteurs sociaux (7). Les personnes à faible revenu ont des besoins importants en santé mentale, mais accèdent moins aux soins que celles ayant un revenu plus élevé (7). De même, les personnes noires, racisées, immigrantes, 2+LGBTQIA ou autochtones, pouvant être stigmatisées ou discriminées, font face à plus d'obstacles et de formes d'oppression dans l'accès aux soins en santé mentale (7). Très souvent, ces facteurs sociaux s'entrecroisent dans une perspective intersectionnelle, entraînant une complexification des besoins peu considérée dans les politiques actuelles (7).

Enjeu : les politiques publiques en santé mentale comme facteur clé d'un accès équitable aux soins primaires

Certains défis d'accès aux soins primaires en santé mentale s'expliquent par des facteurs bien documentés, comme l'accroissement et la complexité des besoins individuels ou la pénurie de personnel dans le RSSS, exacerbés par la privatisation croissante des services en psychologie (6,8). Au-delà des causes directes, les déterminants structurels, souvent nommés « causes des causes », jouent un rôle important (9,10). Les politiques et programmes de santé et services sociaux, les mécanismes de gestion et de financement, ainsi que les systèmes de pouvoir en place tels que le racisme, le sexisme et le colonialisme contribuent aussi aux défis d'accès précédemment nommés (10). Comme ces déterminants englobent les règles et structures qui influencent la répartition du pouvoir et des ressources dans la société, ils contribuent à maintenir et reproduire des iniquités entre différents groupes sociaux, notamment en matière d'accès aux soins de santé mentale et de qualité des services offerts (7).

Malgré une multiplication des initiatives politiques en lien avec l'accès aux soins primaires en santé mentale depuis 2005, incluant de nombreux plans d'action et programmes parus au Québec, leurs effets tardent à se faire sentir. L'absence de transparence et/ou d'intérêt à documenter les processus d'élaboration de ces politiques limite leur évaluation, et ainsi

l'analyse de leur impact (11). Quelques rares études ont évalué la participation *des personnes utilisatrices* de services de santé mentale *dans le processus d'élaboration (3) et de mise en œuvre (5)* du Plan d'action en santé mentale de 2005-2010, et elles ont démontré qu'il est difficile de faire un suivi systématique, neutre et objectif en la matière, faute d'uniformité et d'indicateurs précis. Plus globalement, des consultations révèlent des faiblesses importantes dans l'évaluation des effets de la mise en œuvre, souvent inachevée et inégale, de ces politiques québécoises relatives à l'accès aux soins en santé mentale (5,12).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Dans les processus d'élaboration des politiques publiques, quelques étapes clés sont souvent considérées (13) : la mise à l'agenda, la formulation et l'adoption, la mise en œuvre, et l'évaluation. Des standards scientifiques, notamment éprouvés dans d'autres provinces canadiennes ou à l'international, offrent des pistes pour penser l'équité dans les politiques publiques de santé au travers de ces différentes étapes (9). En santé mentale, il est possible de faire l'hypothèse que ces considérations d'équité sont peu explicitées ou tardent à s'intégrer dans le processus d'élaboration des politiques publiques. Ce constat, établi à l'international (9) et s'appliquant également au Québec (14), peut être illustré par les éléments suivants :

- 1) **Une mise à l'agenda insuffisamment centrée sur l'équité.** L'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est une démarche reconnue permettant d'identifier et d'atténuer les effets involontaires des politiques sur divers groupes marginalisés (9). Ce processus vise à identifier les populations concernées, analyser les effets d'une politique ou d'un programme sur ces groupes, élaborer des stratégies pour minimiser les effets négatifs et maximiser les bienfaits, évaluer et comparer les impacts entre divers groupes, diffuser les résultats pour sensibiliser aux iniquités et promouvoir des solutions équitables. Or, son utilisation dans les processus d'élaboration des politiques publiques en santé mentale reste rare et peu documentée (11). En effet, bien que les politiques et programmes en santé mentale depuis les 10 dernières années reconnaissent l'importance d'améliorer l'équité en santé, ils identifient rarement avec précision les groupes les plus vulnérables et les déterminants sociaux et structurels à cibler afin de corriger ces iniquités (12).
- 2) **Une inclusion et une participation citoyenne limitée dans la formulation des politiques.** La participation des usagers et des communautés est un levier essentiel pour assurer des politiques mieux adaptées aux besoins réels et axées sur l'équité. Il est reconnu que la participation citoyenne et les méthodes participatives renforcent le pouvoir d'agir des communautés, permettent de développer une compréhension mutuelle d'une problématique et améliorent la prise de décision en matière d'équité (13). Au Québec, bien que l'engagement des usagers et des membres de l'entourage soit inscrit dans les orientations stratégiques des établissements de santé et de services sociaux, la coproduction des politiques de santé avec des personnes marginalisées est peu souvent explicitée ou mise en œuvre (3,11,13). De plus, l'absence de documentation sur la nature et le degré de cette participation limite l'évaluation de son impact et la correction de possibles lacunes.

- 3) **Des défis de mise en œuvre dans une perspective d'équité en santé.** L'utilisation de cadres établis de mise en œuvre des politiques axés sur l'équité permet aux organisations et aux professionnels responsables de leur déploiement d'identifier pourquoi et comment des disparités émergent en matière d'accès, de prestation, d'utilisation, de qualité ou de résultats des soins de santé lorsqu'ils les mettent en œuvre (15). Ces cadres favorisent une approche qui tient compte des facteurs culturels, des interactions entre prestataires et utilisateurs de services, et des déterminants sociaux de la santé, permettant ainsi d'aborder simultanément différents obstacles à la mise en œuvre et à l'équité dans une perspective intersectionnelle (13,14). Au Québec, l'absence de telles orientations en matière de mise en œuvre des politiques ou programmes en santé mentale (11) entraîne certains des défis nommés plus haut, comme le décalage entre l'offre de soins primaires en santé mentale et les besoins des groupes vulnérables.
- 4) **Manque de suivi et d'évaluation des politiques, notamment de leurs retombées en termes d'équité.** L'évaluation des retombées des politiques constitue une étape essentielle pour garantir que les interventions proposées en santé mentale et mise en œuvre dans les organisations de santé ne reproduisent et n'aggravent pas les inégalités existantes (9). Sans suivi des effets différenciés des politiques sur divers groupes de population, il devient difficile d'identifier et de corriger les iniquités d'accès, perpétuant ainsi les écarts existants. De plus, le manque d'évaluation des processus d'élaboration des politiques eux-mêmes limite la possibilité d'améliorer les approches et les méthodologies employées dans une perspective d'équité (p. ex. l'évaluation de l'impact sur l'équité en santé ou la coproduction des politiques de santé avec des personnes marginalisées) (3,9,13).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Penser des politiques publiques qui améliorent l'équité dans l'accès aux soins en santé mentale

En somme, pour renforcer l'accès aux soins en santé mentale au Québec, il est essentiel d'approfondir l'analyse des processus d'élaboration des politiques publiques. Une meilleure compréhension de ces processus permettrait d'adopter une organisation des soins primaires en santé mentale inclusive des réalités diverses des populations concernées — notamment celles vulnérabilisées, et de s'appuyer sur les données probantes pour favoriser une plus grande équité en santé.

RÉFÉRENCES

1. Camirand, Hélène et autres (2023). Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021, [en ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 328 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-santepopulation-2020-2021.pdf].
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif (PAISM) [Internet]. Québec : MSSS; 2022. Disponible au: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>.
3. Clément, M., et autres. État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au plan d'action en santé mentale 2005-2010, ARUC-Santé mentale et citoyenneté, 2012. Disponible à : <https://www.researchgate.net/profile/Michele-Clement->

- 2/publication/283488485_Etat_de_situation_sur_la_participation_de_personnes_utilisatrices_suite_au_Plan_d'action_en_sante_mentale_2005-2010/links/563a21b408ae45b5d284a04c/Etat-de-situation-sur-la-participation-de-personnes-utilisatrices-suite-au-Plan-daction-en-sante-mentale-2005-2010.pdf.
4. Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juin 2015;60(6):284-93.
 5. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Vallée C, Farand L, Chiocchio F. Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005-2015) : intégration et performance des réseaux de services. *Santé Ment Au Qué [Internet]*. 20 juin 2018 [cité 19 févr 2025];43(1):15-38. Disponible à : <http://id.erudit.org/iderudit/1048892ar>
 6. Menear M, Gagnon A, Rivet S, Gabet M. Indicateurs de qualité des soins en santé mentale pour les approches centrées sur la personne et axées sur le rétablissement. *Santé Ment Au Qué [Internet]*. 2023 [cité 19 févr 2025];48(2):29-65. Disponible à : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2023-v48-n2-smq09152/1109833ar/>
 7. Inégalités en matière de santé mentale, de bien-être et de mieux-être au Canada: déterminants sociaux et changements au fil du temps. [Cat. No.: HP55-13/2024F-PDF]. Ottawa (Ontario): Agence de la santé publique du Canada = Public Health Agency of Canada; 2024.
 8. Médecins québécois pour le régime public, Accès aux soins en santé mentale: Un portrait québécois alarmant. 2022, MQRP.
 9. Douglas MD, Josiah Willock R, Respress E, Rollins L, Tabor D, Heiman HJ, et al. Applying a Health Equity Lens to Evaluate and Inform Policy. *Ethn Dis [Internet]*. [cité 9 févr 2025];29(Suppl 2):329-42. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604770/>
 10. Heller JC, Givens ML, Johnson SP, Kindig DA. Keeping It Political and Powerful: Defining the Structural Determinants of Health. *Milbank Q [Internet]*. juin 2024 [cité 8 sept 2024];102(2):351-66. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12695>
 11. Gabet M, Kim A. Analyse de l'intégration de l'équité dans cinq politiques québécoises en santé mentale : enjeux d'évaluation et de mise en œuvre. À Par. 2025;
 12. Commissaire à la santé et au bien-être. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec [Internet]. Québec : CSBE; 2012. Disponible au : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.
 13. Walker SC, White J, Rodriguez V, Turk E, Gubner N, Ngo S, et al. Cocreating evidence-informed health equity policy with community. *Health Serv Res*. juin 2022;57 Suppl 1(Suppl 1):137-48.
 14. Gabet M, Dubé S. Designing Equitable Access: A Scoping Review of Policy Development, Implementation, and Governance in Mental Health. À Par. 2025;
 15. Woodward EN, Singh RS, Ndebele-Ngwenya P, Melgar Castillo A, Dickson KS, Kirchner JE. A more practical guide to incorporating health equity domains in implementation determinant frameworks. *Implement Sci Commun [Internet]*. 5 juin 2021;2(1):61. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00146-5>

Promotion de la santé en services de santé de proximité : importance de cibler les signes vitaux du mode de vie

Jean-Pierre Després, Ph. D.

Natalie Alméras, Ph. D.

Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Notre système de santé, basé sur la légitime gestion de la maladie, procure une espérance de vie enviable à notre population. Cependant, ce résultat à prime abord favorable s'obtient par le biais de procédures médicales et des traitements très coûteux qui ne seront pas en mesure de gérer la demande sans cesse croissante pour des soins.
- Comme plus de la moitié de la mortalité et de la morbidité est attribuable à notre mode de vie, il importe de mesurer et de cibler ce que nous avons appelé les « signes vitaux du mode de vie ».
- Les facteurs de risque comportementaux du mode de vie sont aussi importants que les facteurs de risque biologiques dans la modulation du risque de développer des maladies chroniques sociétales telles que le diabète de type 2 (DT2) et les maladies cardiovasculaires (MCV).
- Ces « signes vitaux du mode de vie » ne sont pas couramment évalués en pratique clinique; le tour de taille et la condition cardiorespiratoire sont des facteurs de risque qui devraient systématiquement être mesurés et suivis dans toute la population québécoise en tant que nouveaux « signes vitaux ».
- Même si tous les guides de pratique clinique soulignent que l'alimentation et l'activité physique sont à la base de la prise en charge et de la prévention du DT2 et des MCV, les services de santé de proximité ne sont malheureusement ni configurés ni outillés pour mesurer et cibler ces comportements.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les maladies chroniques sociétales représentent une charge énorme pour le système de santé avec des conséquences majeures pour l'économie; les coûts sont estimés à 8,1 milliards de dollars au Québec en 2013 (1). De plus, l'Organisation mondiale de la Santé considère que 71 % des décès à l'échelle mondiale sont attribuables aux maladies chroniques dites de société qui résultent de quatre comportements : le tabagisme, la surconsommation chronique d'alcool, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'inactivité physique (2).

Afin de prédire le risque d'accidents cardiovasculaires, des indicateurs simples de notre mode de vie (incluant la qualité de notre alimentation et l'activité physique) sont tout aussi importants que le cholestérol sanguin, l'hypertension artérielle (HTA) et le

DT2 (3). Pourtant, ils ne sont pas couramment évalués en pratique clinique, comme le montre une étude pancanadienne conduite auprès de médecins généralistes dans laquelle moins du tiers d'entre eux soulevaient la question de l'alimentation auprès de leurs patients ayant un DT2, alors que moins d'un médecin sur cinq abordait le sujet de l'activité physique (4).

La prévention primaire des MCV pratiquée en médecine de première ligne vise essentiellement les facteurs de risque traditionnels (cholestérol, HTA, DT2), mais ne permet pas de mesurer et de cibler des facteurs de risque comportementaux pourtant incontournables.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

1. Les comportements : des facteurs de risque sous-estimés

En 2010, l'*American Heart Association* a introduit un concept révolutionnaire : faire la promotion de la santé cardiovasculaire idéale (3). Sept indicateurs de la santé cardiovasculaire idéale (*Life's Simple 7*) (3) ont été identifiés et révisés en 2022 pour inclure 8 facteurs (*Life's Essential 8*) (5) : quatre facteurs de risque biologiques classiques (cholestérol normal, tension artérielle normale, absence de DT2, indice de masse corporelle [IMC] normal) et quatre indicateurs de comportements (non-fumeur, qualité nutritionnelle élevée, au moins 150 minutes/semaine d'activité physique, sommeil suffisant et de qualité) qui viennent s'ajouter à l'absence de signes cliniques de MCV. Plusieurs études prospectives confirment l'efficacité de ces indicateurs dans la détermination du risque de MCV (6,7).

Ainsi, même chez les individus avec une concentration de cholestérol normale, sans HTA et exempts de DT2, la présence de facteurs de risque comportementaux est, malgré tout, associée à une augmentation importante de l'incidence des MCV (7,8).

Les conclusions de ces travaux sont claires : les facteurs de risque comportementaux sont aussi importants que les facteurs de risque biologiques dans la modulation du risque de développer les MCV.

Force est donc d'admettre que même si tous les guides de pratique clinique soulignent que l'alimentation et l'activité physique sont à la base de la prise en charge et de la prévention du DT2 et des MCV, le milieu clinique n'est malheureusement ni configuré ni outillé pour mesurer et cibler ces comportements (4).

2. L'obésité abdominale : faire du tour de taille un signe vital

La progression de l'obésité dans le monde est associée à une pléiade de problèmes de santé et à une mortalité accrue. Toutefois, il existe des différences interindividuelles spectaculaires dans le profil de santé de personnes qui ont pourtant le même niveau de surpoids ou d'obésité, certains individus étant beaucoup plus affectés que d'autres.

Certains individus accumulent de la graisse dans leur cavité abdominale (obésité viscérale) alors que d'autres l'accumulent sous la peau (obésité sous-cutanée). Ainsi, les individus qui présentent un surpoids ou une obésité, qui sont hypertendus, qui ont des anomalies des lipides sanguins et qui sont à risque pour le DT2 ont des quantités élevées de graisse dans leur cavité abdominale, alors que les individus qui ont de faibles quantités de graisse viscérale ne présentent pas ces facteurs de risque. Cependant, cette graisse

interne invisible ne peut pas être mesurée par l'IMC qui est le rapport du poids sur la taille (kg/m²).

En 1994, nos travaux ont suggéré que la simple mesure du tour de taille permettait, à n'importe quelle valeur d'IMC (« normale », « surpoids » ou « obésité »), d'identifier les individus plus à risque de développer des maladies chroniques (9). De nombreuses grandes études internationales ont confirmé la pertinence clinique de cette mesure (10). Ainsi, le risque de développer des problèmes de santé ou même de mortalité s'accroît avec l'augmentation de la circonférence de la taille.

À ce sujet, en 2019, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié que l'obésité abdominale avait doublé en 30 ans au Québec (11). Tout aussi alarmant, un individu sur cinq dont le poids est considéré comme normal montre un tour de taille élevé.

Le tour de taille devrait être considéré comme un « signe vital » à mesurer en clinique et inscrit dans le dossier médical de tous les patients.

3. La condition cardiorespiratoire : un facteur de risque à ne pas négliger

Une faible condition cardiorespiratoire (CCR) est le résultat d'un mode de vie sédentaire et d'une pratique insuffisante d'activité physique. Chez une personne très sédentaire, marcher régulièrement contribuera à améliorer sa CCR.

De nombreux travaux de recherche ont montré qu'une faible CCR était le facteur de risque le plus important pour le développement des maladies chroniques, bien plus important même que le cholestérol sanguin, l'HTA ou le DT2 (12).

En 2025, il est inconcevable que la CCR, le facteur de risque le plus important pour le développement des maladies chroniques, ne soit pas considérée comme un signe vital à mesurer de façon systématique en clinique. En effet, la CCR constitue le plus important indicateur de la trajectoire de vie en santé ou malade des Québécoises et des Québécois de tout âge.

À cet effet, il y a tellement de personnes sédentaires en mauvaise CCR dans le monde que la prestigieuse revue médicale *The Lancet* rapportait, il y a quelques années déjà, qu'il y a maintenant plus de mortalité résultant de l'inactivité physique que de décès attribuables au tabac (13).

4. Des services de santé de proximité en évolution

Le système de santé actuel, majoritairement orienté vers un système de gestion de la maladie, ne permet pas de développer des solutions durables aux problèmes de santé comme l'épidémie d'obésité et de DT2 (la forme associée à nos habitudes de vie) et de maladies cardiorespiratoires.

Malheureusement, les données dont nous disposons révèlent que seulement une minorité de personnes affligées de maladies chroniques, comme le DT2, entendent parler de nutrition et d'activité physique par leur médecin de famille (4).

Les médecins de famille du Québec sont bien formés à porter attention aux facteurs de risque classiques. Cependant, ils sont moins outillés lorsque vient le temps de cibler les habitudes de vie de leurs patientes et patients, comme la qualité de leur alimentation, leur niveau de sédentarité et leur pratique d'activité physique.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La pratique médicale ne s'est toujours pas ajustée à la science de la prévention. Ainsi, on ne mesure toujours pas la qualité de notre alimentation ni notre niveau d'activité physique, et encore moins notre tour de taille, bien que ces comportements et indicateurs de santé soient des déterminants critiques des trajectoires de vie en santé ou vers une maladie chronique. Suivre l'évolution de la CCR devrait également faire partie des indicateurs de santé à la disposition des Québécoises et des Québécois ainsi que de l'État.

Des solutions innovantes doivent donc être déployées et évaluées à l'échelle de la population tout en fournissant aux patientes et aux patients des services de santé de proximité une boîte à outils et un tableau de bord complet leur permettant de suivre et d'améliorer les différentes dimensions de leur santé. Ainsi, il faut faire le pont entre les approches populationnelles et une offre de service de santé de proximité renouvelée en matière de promotion de la santé ciblant le mode de vie.

L'optimisation de l'accès et de la prise en charge en première ligne pourrait passer par la répartition de certaines activités de prévention et de promotion vers d'autres professionnels, libérant ainsi les infirmières cliniciennes et les infirmiers cliniciens pour d'autres soins aigus ou chroniques. La collaboration interprofessionnelle est primordiale pour le développement d'une trajectoire de soins en service de santé de proximité et permettrait également d'intégrer l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie dans un objectif de prévention et de promotion d'une santé durable.

Pour ce faire, il est proposé : 1) d'intégrer des kinésologues comme intervenants pivots aux soins de proximité et une ou un nutritionniste afin de venir soutenir l'équipe clinique en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie; 2) de tracer la trajectoire de prise en charge des habitudes de vie la plus optimale en contexte de soins de proximité, et 3) de suivre les marqueurs comportementaux de santé cardiovasculaire (nutrition et activité physique) et de santé durable (tour de taille, CCR), ainsi que leur impact sur la santé cardiométabolique.

La place du kinésologue en service de santé de proximité est donc tout indiquée dans une perspective de collaboration interprofessionnelle avec les autres intervenant(e)s, particulièrement les infirmier(ère)s, dans le cadre des activités partageables touchant l'éducation à la santé, l'évaluation et la prise en charge des habitudes de vie pour une meilleure santé cardiovasculaire et un soutien à l'autogestion. Cette collaboration interprofessionnelle peut également s'adresser à d'autres professionnels de la santé, notamment aux nutritionnistes.

RÉFÉRENCES

1. Bounajm F, Dinh D and Thériault L. Améliorer les habitudes de vies : Des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec. Conference Board du Canada. Novembre 2014.
2. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles. 1er juin 2018; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Accédé le 30 juin 2022.

3. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, Greenlund K, Daniels S, Nichol G, Tomaselli GF, Arnett DK, Fonarow GC, Ho PM, Lauer MS, Masoudi FA, Robertson RM, Roger V, Schwamm LH, Sorlie P, Yancy CW and Rosamond WD. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613.
4. Teoh H, Després JP, Dufour R, Fitchett DH, Goldin L, Goodman SG, Harris SB, Langer A, Lau DC, Lonn EM, Mancini GB, McFarlane PA, Poirier P, Rabasa-Lhoret R, Tan MK and Leiter LA. A comparison of the assessment and management of cardiometabolic risk in patients with and without type 2 diabetes mellitus in Canadian primary care. *Diabetes Obes Metab*. 2013;15:1093-100.
5. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, Black T, Brewer LC, Foraker RE, Grandner MA, Lavretsky H, Perak AM, Sharma G, Rosamond W and American Heart A. Life's Essential 8: Updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2022:101161CIR0000000000001078.
6. Wu S, Huang Z, Yang X, Zhou Y, Wang A, Chen L, Zhao H, Ruan C, Wu Y, Xin A, Li K, Jin C and Cai J. Prevalence of ideal cardiovascular health and its relationship with the 4-year cardiovascular events in a northern Chinese industrial city. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5:487-93.
7. Artero EG, Espana-Romero V, Lee DC, Sui X, Church TS, Lavie CJ and Blair SN. Ideal cardiovascular health and mortality: Aerobics Center Longitudinal Study. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:944-52.
8. Lachman S, Peters RJ, Lentjes MA, Mulligan AA, Luben RN, Wareham NJ, Khaw KT and Boekholdt SM. Ideal cardiovascular health and risk of cardiovascular events in the EPIC-Norfolk prospective population study. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:986-94.
9. Poulriot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, Nadeau A and Lupien PJ. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol*. 1994;73:460-8.
10. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, Santos RD, Arsenault B, Cuevas A, Hu FB, Griffin BA, Zambon A, Barter P, Fruchart JC, Eckel RH, Matsuzawa Y and Després JP. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020;16:177-189.
11. Arsenault B, Plante C, Hamel D and Després JP. Prévalence de l'obésité abdominale et évolution du tour de taille mesuré chez les adultes québécois. 2019:13.
12. Ross R, Blair SN, Arena R, Church TS, Després JP, Franklin BA, Haskell WL, Kaminsky LA, Levine BD, Lavie CJ, Myers J, Niebauer J, Sallis R, Sawada SS, Sui X, Wisloff U, American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on L, Cardiometabolic H, Council on Clinical C, Council on E, Prevention, Council on C, Stroke N, Council on Functional G, Translational B and Stroke C. Importance of assessing cardiorespiratory fitness in clinical practice: a case for fitness as a clinical vital sign: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134:e653-e699.
13. Wen CP and Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012;380:192-3.

Construire des systèmes de soins primaires performants au Québec : recommandations pour l'avenir

Monica Aggarwal, Ph. D., Université de Toronto, École de santé publique Dalla Lana et Département de médecine de famille et communautaire

FAITS SAILLANTS

- Transitionner ou développer des organisations de soins primaires locales responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des services et des programmes de soins primaires à travers les secteurs.
- Construire des équipes de soins primaires efficaces en alignant les modèles de rémunération et en investissant dans des incitations basées sur la performance ciblant l'équipe interprofessionnelle et les activités de développement des équipes. Introduire des mesures de performance et un système de responsabilité pour le fonctionnement des équipes, la satisfaction des patients et les résultats du système.
- Adopter la définition universelle de « l'attachement fournisseur-patient » pour favoriser la capacité et l'innovation.
- Accélérer la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques (DME) interopérables et de systèmes d'information.
- Développer un cadre de mesure de la performance des soins primaires basé sur le consensus et une infrastructure de données pour favoriser la mesure continue de la performance à tous les niveaux.
- Investir dans l'engagement-patient, les programmes de développement du leadership, l'évaluation systématique de l'innovation, la recherche et le soutien à l'amélioration de la qualité, ainsi que la formation de tous les prestataires de services.

PROBLÈMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les juridictions à travers le Canada font face à une crise des soins primaires, de nombreux citoyens n'ayant pas accès à un prestataire de soins primaires. En 2023, 17 % des adultes canadiens ont déclaré ne pas avoir accès à un prestataire de soins de santé régulier, et 74 % ont déclaré ne pas pouvoir obtenir un rendez-vous avec un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain (1). Ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19, notamment en raison de l'augmentation des départs à la retraite des médecins et le plus grand nombre de postes vacants en résidence de médecine familiale (2). Le Québec a systématiquement présenté les pires résultats au Canada, avec un nombre plus élevé de résidents déclarant ne pas avoir de médecin et/ou de lieu de soins réguliers (3). Dans un rapport du Vérificateur général du Québec publié en 2020-2021, l'accès à un médecin de soins primaires a été mis en évidence comme un enjeu majeur (4). Des préoccupations ont été soulevées concernant le fait que les taux

d'inscription auprès d'un médecin de famille ne représentaient pas correctement l'accès aux soins primaires et que les investissements importants dans les incitations visant à améliorer l'accès aux médecins de famille n'étaient pas efficaces (4).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Dans un article récemment publié dans *Millbank Quarterly*, Aggarwal et ses collègues ont exploré les changements politiques de 2012 à 2021 concernant les caractéristiques des systèmes de soins primaires performants à travers le Canada (5). Adoptant une approche d'étude de cas comparative multiple, l'étude a trouvé que le Québec a progressé dans la mise en œuvre de certaines caractéristiques des systèmes de soins primaires performants, notamment à travers l'orientation des politiques, la création d'organisations locales de soins primaires et de corps de coordination et d'intégration, la propagation des soins basés sur l'équipe, l'enrôlement des patients et l'adoption des DME. Cependant, le Québec est à la traîne par rapport à d'autres juridictions canadiennes dans six domaines clés, y compris l'engagement-patient, la mesure continue de la performance à tous les niveaux (pratique, local, régional et provincial), la formation et le soutien à l'amélioration de la qualité, l'évaluation systématique des innovations, la capacité de recherche et le développement du leadership (5).

Avoir une orientation de politiques pour les soins primaires est essentiel à la transformation. Le Québec est en tête du pays pour avoir défini cette orientation (5). De plus, le Québec est la seule province à avoir mis en œuvre les départements régionaux de médecine générale (DRMG), responsables de la planification des ressources humaines en médecine (5). Bien que cela soit un développement positif dans la province, ces organisations se concentrent sur les médecins et n'ont pas de pouvoir décisionnel. Auparavant, le Québec disposait aussi de structures systémiques permettant la coordination du système (centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)) (5). Cependant, ces structures seront démantelées et centralisées dans Santé Québec (6).

Le Québec se distingue également comme l'une des premières juridictions canadiennes à avoir largement mis en œuvre un modèle d'équipe interprofessionnelle avec l'introduction des groupes de médecine de famille (GMF) (5). Malgré les investissements significatifs dans les GMF au cours des dernières décennies, notre revue des données indique que l'impact est mitigé en termes d'utilisation des services, d'équité et d'accès à travers la province (5,7). L'explication de ces résultats pourrait être liée aux facteurs influençant les processus des équipes. Une étude récente menée par Aggarwal et ses collègues a révélé que le modèle de rémunération à l'acte réduit la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles et décourage les références vers des prestataires non-médecins (7). D'autres facteurs influençant le fonctionnement de l'équipe comprennent les incitations à la rémunération basées sur la performance, des ressources adéquates, des investissements dans le leadership, des cultures organisationnelles solides, la formation des équipes et des directives claires sur les rôles et responsabilités (7). Les incitations intrinsèques, telles que l'autonomie, la maîtrise et le but social, améliorent la performance globale des équipes. Les auteurs ont recommandé une mesure continue de la performance pour le fonctionnement des équipes, la satisfaction des patients et les résultats du système, ainsi que des indicateurs de responsabilité (7).

Le Québec se distingue comme une province ayant mis en œuvre un enregistrement substantiel des patients (5). En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux a introduit des politiques permettant l'attachement des patients à une équipe entière de GMF plutôt qu'à un seul médecin de famille (8). Cela a créé de la confusion parmi les patients et les prestataires et a conduit à des inégalités d'accès pour certains (8). La recherche récente d'Aggarwal propose une définition universelle de l'attachement fournisseur-patient, qui permet de la flexibilité et de l'innovation (9). La définition suggérée considère l'attachement fournisseur-patient comme « l'affiliation confirmée et documentée entre un patient et un fournisseur de soins primaires régulier (clinicien, c'est-à-dire médecin de famille ou infirmière praticienne, etc. — ou une combinaison de clinicien et d'équipe de soins ou de pratique), dans laquelle le fournisseur de soins primaires est responsable de fournir des soins longitudinaux et continus au patient par tout canal de prestation (en personne, à distance ou les deux), facilité par l'accès du fournisseur aux informations de santé du patient » (9).

Le Québec a fait des progrès significatifs dans l'adoption des DME (92 % des médecins utilisaient les DME en 2021) (5). Cependant, des progrès supplémentaires sont nécessaires pour la mise en œuvre de dossiers de santé électroniques (DSE) interopérables (5).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Bien que le Québec fasse partie des quatre provinces ayant progressé dans la transformation des soins primaires, beaucoup reste à faire pour mettre en œuvre les caractéristiques d'un système de soins primaires performant.

Une orientation de politiques explicite et basée sur le consensus pour le système de soins primaires du Québec, avec des objectifs clairs, des principes, des attributs structurels et des indicateurs de performance, devrait orienter la transformation des soins primaires dans la province. La mise en place d'un mécanisme de gouvernance locale ou régionale des soins primaires sera essentielle pour planifier, organiser et livrer des initiatives coordonnées visant à atteindre les objectifs des soins primaires. Les DRMG pourraient jouer un rôle important en évoluant vers un organisme de gouvernance dirigé par les soins primaires avec autorité décisionnelle sur l'organisation des soins primaires dans une communauté locale. Pour être efficaces, ces organisations devraient inclure une représentation des prestataires interprofessionnels (médicaux et non médicaux), des patients et des partenaires d'autres secteurs de la santé et des services sociaux.

Le gouvernement du Québec devrait se concentrer sur l'optimisation des GMF. Cela peut être réalisé en introduisant des incitations basées sur la performance pour l'équipe et en investissant dans le développement des équipes. Cela devrait être accompagné de la mesure de la performance pour le fonctionnement des équipes, la satisfaction des patients et les résultats du système, ainsi que des indicateurs de responsabilité. Le gouvernement du Québec peut également introduire des modèles salariaux combinés ou de capitation avec ajustements en fonction du risque, un changement qui s'opère dans tout le pays (5). Bien qu'aucun modèle ne se distingue comme atteignant tous les résultats souhaités du quintuple objectif, il existe toutefois des opportunités pour la diffusion d'autres modèles, tels que les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées et des modèles communautaires optimisés (10-14) (par exemple, les centres de santé communautaire en Ontario), qui montrent des résultats prometteurs (10-19).

Le Québec devrait également envisager adopter la définition universelle de « l'attachement fournisseur-patient », qui a été acceptée par la Table de la santé numérique fédérale, provinciale et territoriale. Cette définition répond aux préoccupations récentes concernant l'attachement à l'équipe et supporte l'innovation en permettant à la fois au patient et aux prestataires de l'équipe de déterminer qui est le premier point de contact.

Le Québec devrait également continuer à investir dans le développement de systèmes DSE interopérables et d'autres solutions de santé numériques. D'après notre revue des innovations, les systèmes de e-consultation à travers le Canada favorisent un accès plus rapide et équitable aux soins spécialisés tout en générant des économies, en améliorant la coordination des soins et en renforçant la satisfaction des prestataires (20-23). Le système d'e-référence en Alberta a pu améliorer la sécurité des patients, augmenter l'efficacité des cliniques et mener à de meilleures pratiques de référence et de transparence (24).

Pour favoriser l'engagement-patient, le Québec pourrait envisager des initiatives telles que le *Patient Voices Network* de la Colombie-Britannique, qui permet aux patients de participer activement en tant que partenaires dans la prestation des services de santé. De même, à Terre-Neuve-et-Labrador, le Conseil consultatif des patients et du public permet aux patients, aux aidants et aux familles de jouer un rôle important dans l'orientation de la recherche en santé de la province, en veillant à ce qu'elle soit axée sur les patients et représentative des besoins de la communauté.

Le Québec doit également développer un cadre de mesure de la performance des soins primaires basé sur le consensus et une infrastructure de données pour favoriser la mesure continue de la performance à tous les niveaux. Ce cadre devrait guider la mesure de la performance aux niveaux de la pratique, local, régional et provincial, et inclure différentes sources de données (par exemple, DME/DSE, données ministérielles ou rapportées par les patients). Les rapports pratiques peuvent aider les pratiques à améliorer la qualité, tandis que des rapports publics devraient être produits pour garantir la transparence.

Construire des systèmes de soins primaires performants nécessite un leadership à tous les niveaux. Cela nécessite des investissements dans des programmes pour les leaders cliniques et du système. Les investissements dans la facilitation des pratiques pour tous les prestataires de soins primaires, l'évaluation systématique des innovations et la recherche seront cruciaux pour l'apprentissage et l'amélioration.

RÉFÉRENCES

1. Canadian Institute for Health Information. Access to primary care: Many Canadians face challenges. Canadian Institute for Health Information. December 5, 2024. <https://www.cihi.ca/en/primary-and-virtual-care-access-emergency-department-visits-for-primary-care-conditions/access-to-primary-care-many-canadians-face-challenges>
2. Breton M, Lamoureux-Lamarche C, Deslauriers V, et al. Determinants associated with receiving a medical appointment through the Primary Care Access Points for unattached adults in Quebec: A cross-sectional study. *Healthc Manage Forum*. Published online November 24, 2024:08404704241301773. doi:10.1177/08404704241301773
3. Zhang T. The Doctor Dilemma: Improving Primary Care Access in Canada. Published online June 24, 2024. Accessed January 30, 2025. <https://cdhowe.org/publication/doctor-dilemma-improving-primary-care-access-canada/>

4. Vérificateur général du Québec. *Report of the Auditor General of Québec to the National Assembly for 2020 to 2021: Highlights*. Vérificateur général du Québec; 2020. https://www.vgg.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/166/vgg_highlights_web.pdf
5. Aggarwal M, Hutchison B, Abdelhalim R, Baker GR. Building High-Performing Primary Care Systems: After a Decade of Policy Change, Is Canada “Walking the Talk?” *The Milbank Quarterly*. 2023;101(4):1139-1190. doi:[10.1111/1468-0009.12674](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674)
6. Gouvernement du Québec. Transformation du système de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec. December 20, 2024. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebécois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-population>
7. Aggarwal M, Hutchison B, Kokorelias KM, Bilgic S, Glazier RH. The impact of remuneration, extrinsic and intrinsic incentives on interprofessional primary care teams: results from a rapid scoping review. *BMC Primary Care*. 2025;26(1):25. doi:[10.1186/s12875-024-02653-5](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02653-5)
8. Breton M, Deslauriers V, Lamoureux-Lamarche C, et al. Organizational innovations related to Primary Care Access Points (GAP) for unattached patients in Quebec: a multi-case qualitative study. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):363. doi:[10.1186/s12875-024-02614-y](https://doi.org/10.1186/s12875-024-02614-y)
9. Aggarwal M, Glazier RH. Toward a universal definition of provider-patient attachment in primary care. *Can Fam Physician*. 2024;70(10):634-641. doi:[10.46747/cfp.7010634](https://doi.org/10.46747/cfp.7010634)
10. Contandriopoulos, D., Bertoni, K., Duhoux, A., & Randhawa, G. K. (2023). Pre-post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ Open*, 13(10), e072812. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072812>
11. Contandriopoulos, D., Bertoni, K., McCracken, R., Hedden, L., Lavergne, R., & Randhawa, G. K. (2024). Evaluating the cost of NP-led vs. GP-led primary care in British Columbia. *Healthcare Management Forum*, 37(4), 244–250. <https://doi.org/10.1177/08404704241229075>
12. Floriancic, N., Garnett, A., & Donelle, L. (2024). Chronic Disease Management in a Nurse Practitioner-Led Clinic: An Interpretive Description Study. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241299292. <https://doi.org/10.1177/23779608241299292>
13. Njie-Mokonya, N. (2019). Nurse-Practitioner-Led Models and their Influence on Primary Care Provision for Canada. *Health Science Inquiry*. 5. <https://doi.org/10.29173/hsi167>
14. Heale, R., & Pilon, R. (2012). An exploration of patient satisfaction in a nurse practitioner-led clinic. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 25(3), 43–55. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.23056>
15. Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318.
16. Aggarwal M, Williams A. (2019). Tinkering at the margins: evaluating the pace and direction of primary care reform in Ontario, Canada. *BMC Family Practice*, 20(1): 128.
17. Healthcare Excellence Canada. (2023). Promising Practices for Strengthening Primary Care in Northern, Rural and Remote Communities: Community Health Centre Model (Ontario). https://www.healthcareexcellence.ca/media/vwxnw3f5/strengthening-primary-care-promising-practice_chc_en.pdf
18. Rayner, J., Khan, T., Chan, C., & Wu, C. (2020). Illustrating the patient journey through the care continuum: Leveraging structured primary care electronic medical record (EMR) data

- in Ontario, Canada using chronic obstructive pulmonary disease as a case study. *International Journal of Medical Informatics*, 140, 104159. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104159>
19. Glazier, R.H., Zagorski, B.M. & Rayner, J. (2012). *Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department use, 2008/09 to 2009/10*. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.
 20. Sakanovic, A., Hadden, W. J., Guglani, S., Afkham, A., Liddy, C., Keely, E., & Meulenkamp, B. (2022). The effect of eConsult on the provision of orthopaedic services in Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health*, 81(1), 2151551. <https://doi.org/10.1080/22423982.2022.2151551>
 21. Liddy, C., Hauteclocque, J., Moroz, I., Oppenheimer, L., Sturge, D., Burns, K. K., Horsley, T., Tuot, D., & Keely, E. (2020). Enabling patient-centred policy for electronic consultations: A qualitative analysis of discussions from a stakeholder meeting. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(3), 188–196. <https://doi.org/10.1177/1357633X20926779>
 22. Liddy, C., Guglani, S., Ratzlaff, T., Campbell, R. J., Cranston, L., Miville, A., Hove, M. ten, & Keely, E. (2023). Expanding the scope of an eConsult service: Acceptability and feasibility of an optometry–ophthalmology pilot project. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 58(3), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2022.01.007>
 23. Liddy, C., Sethuram, C., Mihan, A., Moroz, I., & Keely, E. (2021). Primary Care Providers' Perspectives on the Ontario eConsult Program. *Telemedicine and E-Health*, 27(9), 1039–1045. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0338>
 24. Alberta Health Services Access Improvement Team. *Alberta Netcare eReferral: Evaluation Report*. Alberta Health Services; 2019. https://www.albertanetcare.ca/documents/Netcare-eReferral-Evaluation-Report_2019.pdf

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-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. Tétréault, *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

L'intervention de proximité comme pratique novatrice dans l'offre de services institutionnels pour réduire les inégalités sociales de santé

Chantal Doré, professeure associée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Marie-Suzanne Badji, professionnelle de recherche, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- L'organisation des soins de santé et des services sociaux « par parcours » est à l'ordre du jour au Québec depuis 2015. Centrée sur l'usager, l'approche par parcours est conçue comme plusieurs épisodes de soins et de services se chevauchant sur de longues périodes, dans une perspective intersectorielle et sur un territoire ciblé (1).
- L'intervention de proximité (IP) représente une alternative offrant des services décentralisés dans des milieux de vie fréquentés par des citoyens.nes en situation de vulnérabilité sociale et/ou matérielle. Cette pratique est une réponse novatrice aux enjeux complexes rencontrés dans les milieux défavorisés où les services conventionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) peinent à rejoindre cette clientèle (2).
- L'IP constitue une avenue appropriée concrétisant la responsabilité populationnelle qui incombe au RSSS québécois (3).
- La pratique d'IP requiert l'utilisation d'un modèle de gouvernance adaptatif de type collaboratif, exigeant un fort engagement d'innover et de travailler de manière intersectorielle, une capacité à changer les méthodes de travail et à se distancer des mandats habituels, et une volonté d'établir des relations plus égalitaires entre les partenaires (1).
- Fondé sur la mesure axée sur des indicateurs quantitatifs, la procédure de reddition de comptes (RC) en vigueur dans le RSSS ne comptabilise pas plusieurs activités inhérentes à l'IP et n'incarne pas la réalité globale et complexe des interventions (4,5).

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Le système de santé actuel parvient difficilement à **répondre aux besoins**, alors que les **inégalités sociales de santé augmentent et se multiplient** (6). Le travail de proximité et intersectoriel dans une perspective territoriale impliquant les citoyens, les partenaires et les communautés est essentiel, car il contribue à réduire les inégalités sociales. Toutefois, **le déploiement de l'IP peut s'avérer complexe** en raison de la spécificité de la pratique, laquelle nécessite un savoir-faire particulier et une ouverture à l'innovation (2). À l'instar des pratiques « hors les murs », ce type d'intervention contribue à faire connaître les services offerts, notamment dans les milieux défavorisés et auprès des personnes en

situation de vulnérabilité qui sont parfois hésitantes et méconnaissent les services institutionnels (7,8).

Par ailleurs, la **gouvernance des établissements du RSSS de type centralisé, multiniveau et hiérarchique** n'est pas adaptée aux interventions intégrées de proximité (9) qui sont au cœur des récentes recommandations ministérielles (10) et du cadre de référence du Ministère (11). Les **moyens concrets pour leur mise en œuvre au niveau opérationnel sont limités**. Le **déséquilibre des pouvoirs entre les trois niveaux de gouvernance** fait en sorte que le niveau stratégique (décisionnel) détermine en grande partie les orientations des niveaux tactique (gestion) et opérationnel (clinico-administratif). **La prépondérance du RSSS** implique que ses partenaires n'ont qu'un rôle limité dans les décisions stratégiques (1). La **RC de l'IP** ne peut se réaliser selon l'approche et les règles en vigueur pour les interventions courantes en établissement. Dans un contexte d'intervention collective et d'action intersectorielle, les **procédures d'imputabilité standardisées du réseau** ne sont pas compatibles avec l'IP et ne reflètent pas la réalité de ce qui est accompli (4,5,12).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Constats	Résultats concrets	Conséquences sur la valeur et/ou la santé
Les intervenants.es de proximité vont à la rencontre des citoyens.nes dans les milieux qu'ils investissent (9). Ils œuvrent au cœur des territoires pour identifier les enjeux/besoins des communautés/populations en tenant compte du discours citoyen. Ils adaptent constamment leur intervention à l'évolution du contexte et des événements (13).	L'approche de démarchage permet de rejoindre par des canaux inhabituels diverses communautés/populations éloignées des services traditionnels disponibles (14). L'insertion dans les milieux augmente la reconnaissance, l'engagement et l'imputabilité du RSSS envers les communautés locales (responsabilité populationnelle) (13).	Par leur autonomie professionnelle , leurs attitudes humanisantes et leur proactivité, les intervenants.es œuvrent auprès d'une clientèle parfois méfiante et présentant plusieurs vulnérabilités (1), contribuant ainsi à améliorer l'expérience patient, l'équité des services et la santé de la population .
	Les liens de confiance établis avec les résidents et les partenaires favorise l'appréhension rapide des enjeux/besoins réels du terrain (14).	La proximité relationnelle soulève parfois des enjeux déontologiques pour les intervenants.es, nécessitant un recadrage régulier de leurs rôles et limites (13).
	L'adaptabilité inhérente à la pratique conduit à une intervention équilibrée et dynamique (13).	Le soutien dans leurs tâches et le développement continu de leurs compétences optimisent le travail des intervenants.es (13) et contribuent à améliorer leur bien-être et l'efficacité du réseau .

Constats	Résultats concrets	Conséquences sur la valeur et/ou la santé
<p>Dans un contexte de crise sociale, l'IP devient un outil essentiel pour le RSSS et ses partenaires, et apporte une réponse intersectorielle aux enjeux/besoins des communautés/populations vulnérables et à risque (14).</p>	<p>Le partage des responsabilités favorise le développement d'un <i>leadership</i> collectif et intersectoriel, ainsi que l'arrimage de l'action de divers intervenants.es et acteurs œuvrant sur un même territoire (13).</p>	<p>Les liens porteurs entre intervenants.es et acteurs permettent une prise en charge rapide et l'accès au bon service, au bon moment, améliorant ainsi l'efficacité du RSSS, l'expérience patient et la santé des populations.</p>
<p>L'IP sous la direction principale du RSSS s'inscrit dans une structure de gouvernance hiérarchique. Les partenaires, principalement des organismes communautaires, ont peu d'influence au sein du réseau.</p>	<p>Sa reconnaissance par le RSSS permet de créer des parcours de services fluides, des continuums de services intégrés et d'être plus près de la population. Même si d'importantes lacunes de connaissance subsistent, les décideurs reconnaissent ses effets positifs pour les citoyens-usagers et la communauté. La réforme organisationnelle de 2015, créant des mégastructures régionales, a toutefois éloigné les décideurs du terrain (1).</p>	<p>Le leadership du RSSS confère à l'IP une légitimité et un soutien institutionnel. Sa reconnaissance comme pratique intégrée devrait garantir la pérennité de son financement. Son avenir est toutefois fragilisé, car sa vitalité dépend essentiellement du soutien stratégique et tactique affectant alors l'équité des services. La prépondérance structurelle du réseau limite le pouvoir décisionnel de ses partenaires et intervenants.es dans l'allocation et la gestion des ressources (1), et donc son efficacité.</p>
<p>L'IP coordonnée par un ensemble d'acteurs intersectoriels s'inscrit dans une structure de gouvernance multiniveau, partagée et collaborative basée sur un leadership réparti entre les partenaires.</p>	<p>L'IP déployée dans une perspective communautaire est coordonnée conjointement par des partenaires intersectoriels, lesquels contribuent en ressources pour soutenir la pratique. Les acteurs à tous les niveaux de gouvernance se connaissent et se rencontrent, partagent l'information, connaissent les avantages/enjeux de l'IP, procèdent à des ajustements, s'accordent sur un objectif commun au-delà de leurs missions initiales, ont une compréhension commune de leurs rôles/responsabilités, et sont engagés dans l'intervention (1).</p>	<p>Sa pérennité est garantie par sa reconnaissance par les différents niveaux de gouvernance, évitant la remise en cause de sa pertinence. La présence de citoyens.nes et partenaires communautaires dans les structures de gouvernance contribue à en faire une pratique intégrée et améliore l'expérience des patients/communautés et l'équité des services.</p>

Constats	Résultats concrets	Conséquences sur la valeur et/ou la santé
<p>La RC en vigueur fondée sur la mesure saisit difficilement ou de manière fragmentaire plusieurs actions/activités inhérentes à l'IP (4,5).</p>	<p>Il est difficile de légitimer l'implication des intervenants.es dans des actions/activités collectives et spontanées de prévention/promotion de la santé, dont l'établissement de liens avec les citoyens.nes/partenaires, si ces interventions ne sont pas correctement consignées, en raison de la rigidité des mécanismes de RC.</p>	<p>Le système en vigueur nuît à la connaissance des résultats réels de l'IP et à l'efficacité du RSSS. La difficulté de justifier la performance de toutes les pratiques d'IP remet en question sa valeur professionnelle et sa crédibilité au sein du réseau (4). Ceci met sérieusement à risque cette pratique et affecte le bien-être des ressources humaines et l'équité des services.</p>
	<p>La temporalité est vécue différemment selon les acteurs (institutionnel, gestionnaires, intervenants.es, partenaires, citoyens-usagers). Le « temps nécessaire » aux intervenants.es à l'identification des enjeux/besoins d'une communauté est largement sous-évalué dans la RC (4,5,15).</p>	<p>La méconnaissance – avec une RC fragmentaire – de la complexité de la mise en œuvre de cette intervention conduit à sous-estimer le travail des intervenants.es, ce qui risque de miner leurs capacités d'agir, et affecte ultimement l'efficacité du RSSS et leur bien-être.</p>

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les initiatives intersectorielles comme l'IP, qui visent à améliorer l'accès des personnes en situation de vulnérabilité au RSSS, nécessitent une « **gouvernance renouvelée** » (10) qui appelle à un changement de culture organisationnelle (4,5), pour finalement migrer vers une **gouvernance multiniveau collaborative et partagée** (1).

Il semble impératif **de repenser la manière de rendre compte de l'IP**, en combinant le « sens » que les intervenants.es et les citoyens-usagers lui donnent via des indicateurs qualitatifs et la « mesure » basée sur des indicateurs quantitatifs (9), pour une RC pertinente permettant de démontrer factuellement et adéquatement ses réalisations (1,4,5).

Le succès d'une **intervention dans un contexte de crise sociale** réside dans une approche de proximité. La territorialisation permet de rejoindre les personnes là où elles se trouvent. La visibilité et l'accessibilité des intervenants.es et les liens de confiance établis avec la population et les partenaires favorisent une action structurée entre les services du RSSS et ceux des acteurs du milieu. L'ouverture au changement facilite l'expérimentation de nouveaux modèles d'intervention et permet de passer rapidement à l'action (14).

RÉFÉRENCES

1. Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N., Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D., Maillet, L. (2024). Integrated place-based primary interventions: Levers and tensions related to multilevel governance for community integrated pathways – A multiple case study. *Health Services Insights*, 17, 1-12. <https://doi.org/10.1177/11786329241234997>
2. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Goudet A., Bourque, D., Maltais, D. (2024). Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé. *Organisations & Territoires*, 33(2), 187-207. <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n2.1806>
3. Institut National de la Santé Publique du Québec (2017). *Pourquoi agir sur les déterminants de la santé ?* Québec : INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
4. Doré, C., Lévesque, N., Hyppolite, S.-R., Maillet, L., Bourque, D., Maltais, D., et al. (2022). L'intervention de proximité : proposition d'un dispositif de reddition de comptes pertinent. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 112–133. <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2022-v33-n1-nps07652/1095939ar/>
5. Doré, C., Lévesque, N. (2023). Intervention de proximité et reddition de comptes : le devoir de changer pour allier le « sens » et la « mesure ». États généraux du travail social, Institut du nouveau monde. https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2023/10/38-Contribution-Chantal-Dore-UdeS_2023.pdf
6. Bourque, D., Émond, A., Vollant, N. (2023). Consultation dans le cadre des États généraux du travail social : constats et recommandations des commissaires. Institut du Nouveau Monde. https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Constats-recommandations.pdf
7. Castriotta, L., Giangreco, M., Cogliati-Dezza, M. G., Spano, M., Atrigna, E., Ehrenfreund, C., Rosolen, V., Paoletti, F., Barbone, F. (2020). Measuring the Impact of a Social Programme on Healthcare: A 10-year Retrospective Cohort Study in Trieste, Italy. *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/7/e036857>
8. Di Monaco, R., Pilutti, S., D'Errico, A. et Costa, G. (2020). Promoting Health Equity Through Social Capital in Deprived Communities: A Natural Policy Experiment in Trieste, Italy. *SSM Population Health* 12. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100677>
9. Allaire J-F, Morin P, Doré C, Hyppolite S-R, Badji MS, Zomahoun HTV. (2024). Integrated Community Care Delivered by Public Health-Care and Social- Care Systems: Results from a Realist Synthesis. *International Journal of Integrated Care*; 24(1): 11, 1–18. <https://doi.org/10.5334/ijic.7042>
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux. Constats et recommandations*. [En ligne]. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003418/>
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence. Québec : MSSH. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
12. Simard, P. (2017). Réconcilier « sens » et « mesure » : plongée au cœur de l'évaluation des initiatives de développement social et territorial. Chap. 9 dans : Avenel, C., Bourque, D. 2017 (sous la dir.). *Les nouvelles dynamiques du développement social*, Champ social, 300 pages.

13. Morin, P., Allaire, J-F et Bossé, P-L. (2015). Intervention de proximité en CSSS : une pratique de pointe du CSSS-IUGS, Guide d'accompagnement, avril, 48 pages, Direction du centre affilié universitaire, CSSS-IUGS : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2467477>
14. Badji, M. S., Gueye, S. T. M., Bourque, D., Doré, C., Lapierre-Fortin, É., Oularé, N., Morin, P. (2023). Les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'intervention collective visant la mobilisation et le développement des communautés à Sherbrooke. *Organisations et Territoires*, 32(2), 97-117. <https://doi.org/10.1522/revueot.v32n2.1602>
15. Lachapelle, R. (2023). La mesure et le sens : le défi de la reddition de comptes en intervention sociale. *Intervention*, 156, 119-128. <https://doi.org/10.7202/1097411ar>

L'IA en première ligne : comment saisir le potentiel tout en préservant l'humain

Marie-Violaine Ponte, étudiante au doctorat en sciences infirmières¹

Florian Naye, étudiant au doctorat en recherche en sciences de la santé²

Maxe F.-Giguère, étudiant au doctorat en santé communautaire¹

Fatemeh Khalaj, étudiante au doctorat en santé communautaire¹

Sié Mathieu Aymar Romaric Da, étudiant au doctorat en santé communautaire¹

Achille Roghemrazangba Yameogo, étudiant au doctorat en santé communautaire¹

Steven Ouellet, professionnel de recherche¹

Audrey Lambert, coordonnatrice de recherche¹

Maxime Sasseville, Ph. D., professeur adjoint¹

Marie-Pierre Gagnon, Ph. D., professeure titulaire¹

¹ Faculté des sciences infirmières, Université Laval

² Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

FAITS SAILLANTS

- L'intelligence artificielle (IA) peut réduire les délais d'attente et accélérer la détection des maladies et l'exacerbation des conditions chroniques, notamment lorsque les ressources spécialisées sont limitées.
- Les algorithmes peuvent reproduire ou amplifier des iniquités existantes si les données utilisées sont partielles ou non représentatives.
- L'IA soulève des préoccupations quant à la protection des informations sensibles, surtout dans un contexte de modernisation technologique insuffisante du secteur public.
- L'empreinte écologique de l'IA pour l'entraînement et l'utilisation des modèles est à considérer, même si l'IA peut aussi contribuer à réduire certains coûts énergétiques.
- La mise en œuvre de l'IA exige une gouvernance solide et des cadres réglementaires adaptés.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX PRINCIPAUX

Le système de soins de première ligne subit une pression constante, liée à la fois à la pénurie de personnel, à une charge administrative trop lourde et à des inégalités persistantes dans l'accès aux services. En l'absence d'investissements massifs pour moderniser les infrastructures et intégrer correctement l'IA, le secteur public peine à suivre les avancées faites dans le secteur privé. Cela risque de créer un écart croissant en matière de qualité et de rapidité des soins entre le public et le privé. L'IA soulève également des inquiétudes touchant la relation thérapeutique, la confidentialité des données et la sécurité des systèmes. Une mauvaise intégration de solutions d'IA pourrait aggraver les inégalités de soins ou dégrader la confiance de la patientèle, d'autant que

certaines modèles d'affaires, motivés par les profits, ne favorisent pas nécessairement la promotion de la santé publique. Le personnel professionnel en statut autonome, qui redoute une diminution de ses revenus ou un alourdissement de ses responsabilités, constituent un autre frein à la mise en place de solutions d'IA. Il s'ensuit que toute introduction de ces technologies doit s'accompagner d'une gestion du changement adaptée, qui tient compte des impacts sur l'infrastructure, le personnel professionnel, la patientèle, l'équité et l'environnement.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

En première ligne, l'IA offre divers avantages, comme l'aide au diagnostic pour identifier rapidement des maladies, le suivi plus étroit de certaines populations à risque et l'optimisation des ressources. Les applications et logiciels utilisant l'IA pourraient aussi réduire les délais de consultation, diminuer les coûts et améliorer le parcours de soins de la patientèle soumise à de longues listes d'attente. Une prise en charge des personnes plus efficace libère du temps pour les activités cliniques requérant de l'empathie et du jugement professionnel.

Dans son Plan directeur sur l'intelligence artificielle en santé (2024-2027), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définit les objectifs stratégiques, la gouvernance ainsi que les actions de planification à réaliser. Ce plan s'inscrit dans une démarche de rattrapage pour le contexte de première ligne, puisque le modèle mixte public-privé des cliniques de première ligne permet une implantation fragmentée opportuniste selon les besoins de chaque clinique.

Au Québec, plusieurs initiatives visent présentement à intégrer l'IA, sous diverses formes. Des applications permettent de générer des notes de consultation et de remplir automatiquement des formulaires. Des groupes de médecine de famille (GMF) utilisent des logiciels qui aident les téléphonistes à rediriger les appels ou à optimiser l'assignation à la bonne personne soignante lors de la prise d'un rendez-vous. Dans certains contextes, l'IA est implantée afin de prédire le temps d'attente dans les cliniques. Pendant la pandémie de COVID-19, le MSSS a opté pour un robot conversationnel afin de fournir à la population générale des informations mises à jour en fonction de l'évolution des données. D'autres solutions d'IA (p. ex. aide à la prescription, à la décision partagée) continuent à être étudiées par des équipes de recherche, créées en partenariat ou proposées par des compagnies privées. Les constats montrent cependant qu'en première ligne, l'IA est utilisée sans démonstration préalable formelle de son efficacité par des données scientifiques, avec un soutien institutionnel variable, des partenariats privés hétérogènes et une implantation fragmentée, sans considération systématique des défis (voir tableau ci-bas).

DÉFIS ACTUELS

Dépendance et déqualification	Une dépendance excessive à l'égard des notes générées par l'IA entraîne une diminution de l'esprit critique chez le personnel professionnel en santé et réduit la capacité à saisir les signaux subtils de la patientèle.
Erreurs et mauvaises interprétations	Les modèles d'IA peuvent commettre des erreurs avec les données médicales, en particulier dans les cas complexes. L'acceptation non critique des suggestions de l'IA comporte un risque d'erreurs.
Épuisement des alertes	L'abondance d'alertes et de notifications provenant de systèmes d'IA, y compris de faux positifs, peut entraîner une fatigue des alertes, causant un risque de manquer des informations cliniques essentielles.
Biais dans les données et les algorithmes	Les modèles d'IA formés sur des données biaisées (p. ex. des ensembles de données qui sous-représentent les groupes minoritaires) peuvent perpétuer les disparités dans les soins de santé.
Confidentialité des données	La protection des données de la patientèle lors de l'utilisation de systèmes d'IA est une préoccupation. Les énormes volumes de données dont ont besoin les algorithmes d'IA posent des problèmes liés à la sécurité dans les soins de santé et pourraient exposer des informations sensibles sur la patientèle.
Preuves d'efficacité	L'efficacité de l'IA en contexte clinique réel est incertaine compte tenu d'un manque de preuves de haute qualité, telles que des essais contrôlés randomisés.
Coût	Le développement, la mise en œuvre et la maintenance des solutions d'IA peuvent être coûteux, et il peut y avoir une incertitude quant au retour sur investissement pour les prestataires de soins de santé, en particulier dans les environnements à faibles ressources.
Défis réglementaires	Le secteur des soins de santé est très réglementé et l'obtention de l'approbation des applications de l'IA peut être un processus lourd, ce qui peut limiter la capacité de ces innovations à atteindre le marché.

Les risques de biais dans les algorithmes demeurent préoccupants, puisque des données historiques, souvent incomplètes ou non représentatives, peuvent reproduire ou amplifier des inégalités de santé. L'automatisation des interactions, si elle n'est pas bien encadrée, peut déshumaniser la relation thérapeutique ou créer une fatigue d'alerte (lorsque la machine émet un trop grand nombre de notifications). Sur le plan organisationnel, la charge cognitive liée à l'apprentissage et à la surveillance des outils d'IA peut s'ajouter à celle déjà ressentie par le personnel médical, plutôt que de la soulager. De plus, des résultats probants restent encore à démontrer dans des contextes réels, particulièrement pour les personnes ayant des comorbidités complexes. La souveraineté des données et la confidentialité demeurent des questions névralgiques. Les modèles d'IA nécessitent des volumes massifs d'information et il existe des risques que des données sensibles soient réutilisées ou régénérées de manière non autorisée.

CONSÉQUENCES ET RISQUES

Équité, objectivité et biais	L'IA a le potentiel d'offrir une approche plus uniforme et fondée sur des données probantes, ce qui pourrait notamment améliorer les soins pour des groupes historiquement discriminés, comme les personnes trans ou issues des communautés autochtones. En revanche, si les algorithmes sont entraînés sur des données partielles ou non représentatives, ils risquent de reproduire et d'amplifier les iniquités existantes. Une validation rigoureuse des modèles est donc essentielle pour tirer profit de l'IA sans perpétuer les biais.
Utilité diagnostique et limites	Grâce à ses capacités d'analyse de masse, l'IA peut repérer des motifs pathologiques plus rapidement, par exemple dans le cas d'une affection cutanée. En première ligne, elle aide à la précision des diagnostics, ce qui réduit les références à des spécialistes et à des tests inutiles et invasifs, tels que les biopsies. Toutefois, la fiabilité de ces outils dépend de la qualité des données et des erreurs (classification inexacte, modèles de risque mal calibrés) peuvent survenir. Pour être pleinement efficaces, ces solutions doivent être accompagnées d'un mécanisme d'assurance qualité et d'un contrôle humain.
Relation thérapeutique	Si l'IA peut automatiser certains volets de la consultation, elle ne peut reproduire les nuances émotionnelles, la confiance et l'empathie qui sont au cœur du lien thérapeutique. Une mauvaise utilisation pourrait déshumaniser les soins; inversement, elle pourrait améliorer le rapport de confiance pour des populations ayant vécu des expériences négatives dans le système de santé. Il importe donc de bien définir la place de l'IA au sein de la relation thérapeutique afin de préserver l'humanité des échanges qui s'avère primordiale en première ligne.
Charge cognitive	Bien que l'IA soit censée soulager le personnel clinique, des applications nécessitent une supervision et des validations constantes. Cette surveillance accrue peut engendrer une surcharge cognitive pour le personnel et la patientèle, annulant les bénéfices prévus en matière de gain de temps et d'efficacité.
Souveraineté des données et risques de régénération accidentelle	Le fonctionnement des modèles d'IA générative complique le contrôle et l'isolation des données d'origine, surtout lorsque celles-ci sont personnelles ou sensibles (p. ex. dossiers médicaux). L'utilisation d'un modèle ayant déjà intégré ces informations peut entraîner la réapparition fortuite d'informations confidentielles.
Enjeux transfrontaliers et collaboration internationale	Les lois de localisation des données et la protection de la vie privée varient d'une juridiction à l'autre, tandis que l'IA transcende souvent les frontières géographiques. En première ligne, cela peut se manifester lorsqu'une technologie héberge ses données au Canada tout en utilisant des infrastructures situées à l'étranger pour assurer la puissance de calcul requise par les systèmes d'IA.

Gestion des fonds publics

La complexité des projets d'IA, leur déploiement à grande échelle et la participation du secteur privé dans leur développement suscitent des questions de transparence et d'équité. Le transfert de fonds publics vers des consortiums industriels requiert une surveillance stricte pour éviter les conflits d'intérêts et garantir une saine gestion des ressources. En ce moment, la très grande majorité des investissements dans l'IA en santé concerne son utilisation en milieu hospitalier. Des garde-fous réglementaires et un suivi rapproché du partage des ressources allouées au développement et à l'implantation de l'IA sont indispensables pour que ces technologies servent réellement les objectifs de santé publique.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La pression sur le système de santé en première ligne ainsi que la surcharge de travail du personnel clinicien augmentent le risque d'une implantation précipitée de l'IA. Cette rapidité peut compromettre une évaluation rigoureuse, entraînant l'adoption de solutions insuffisamment validées ou ne tenant pas compte adéquatement des enjeux éthiques et organisationnels. Même si les solutions offertes par l'IA semblent prometteuses, il est recommandé de consolider d'abord des infrastructures de base, comme la numérisation complète des dossiers médicaux, l'implantation d'un portail patient unique et la combinaison des renseignements de santé dans une base de données unique, moderne et sécurisée, afin de préparer adéquatement le terrain à l'IA. Tant que ces assises ne sont pas solidement en place, déployer à grande échelle des projets d'IA risquerait de générer de la confusion, d'augmenter la méfiance et d'empêcher de profiter des bénéfices attendus de l'IA.

Une intégration réussie de l'IA doit s'appuyer sur une approche collaborative impliquant les équipes cliniques, la patientèle, les gestionnaires et les spécialistes en innovation. Cette démarche permettra de réduire les risques de biais, d'améliorer la protection des données et de renforcer la confiance. Enfin, les décisionnaires doivent se doter de mécanismes de gouvernance et de veille technologique souples, capables d'évaluer rapidement l'efficacité et la sécurité des outils déployés. La modernisation des soins grâce à l'IA passera par un équilibre délicat entre la recherche de gains d'efficacité, la préservation du lien humain et la transparence dans la gestion publique des ressources. Si elle est adéquatement encadrée, l'IA peut véritablement contribuer à réduire la pression sur le personnel professionnel en première ligne. Il sera alors possible d'offrir à la patientèle un accès à des services de santé plus rapides et de meilleure qualité, sans pour autant sacrifier la dimension humaine qui se trouve au cœur de tout acte de soin.

SOURCES SUGGÉRÉES

Pertinence de l'IA en première ligne :

- Kueper, J. K. (2021). Abécédaire de l'intelligence artificielle dans les soins primaires. *Canadian Family Physician*, 67(12), e317-e322.
- Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). (2023). Portrait de l'intelligence artificielle en santé au Québec. Propositions pour un modèle d'innovation au profit des services et des soins de santé publics.

Impact sur la pratique :

- Goh, E., Gallo, R., Hom, J., et al. (2024). Large Language Model Influence on Diagnostic Reasoning: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 7(10), e2440969.
- Escalé-Besa, A., Vidal-Alaball, J., Miró Catalina, Q., Gracia, V. H. G., Marin-Gomez, F. X., & Fuster-Casanovas, A. (2024). The Use of Artificial Intelligence for Skin Disease Diagnosis in Primary Care Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(12), 1192.
- Nundy, S. & Hodgkins, M. L. (2018). The application of AI to augment physicians and reduce burnout. *Health Affairs Blog*.

Biais et équité :

- Sasseville, M., Ouellet, S., Rhéaume, C., et al. (2025). Bias Mitigation in Primary Health Care Artificial Intelligence Models: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e60269.
- Lavoie-Moore, M. (2023). Portrait de l'intelligence artificielle en santé au Québec. Propositions pour un modèle d'innovation au profit des services et des soins de santé publics. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).
- Poncibò, C. & Ebers, M. (2025). Comparative perspectives on the regulation of large language models. *Cambridge Forum on AI: Law and Governance*, 1, e10.

Gouvernance et réglementations :

- Collège des médecins du Québec. (2024). Pistes de réflexion sur l'intelligence artificielle. [En ligne]
- Le Collège des Médecins de famille du Canada. (2024). Énoncé du CMFC sur l'intelligence artificielle en médecine de famille. [En ligne]
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. [En ligne]

L'évaluation des technologies, programmes, et réformes de la santé — la clé afin d'améliorer le système de soins de première ligne

Rose Gagnon, Ph. D.(c), Université Laval

Erin Strumpf, Ph. D., Université McGill

FAITS SAILLANTS

- L'évaluation des technologies de la santé (ETS) vise à utiliser les ressources plus efficacement afin d'améliorer l'expérience des patientes et patients et les résultats en matière de santé.
- L'ETS est essentielle pour guider les politiques de soins et services sociaux de première ligne afin que celles-ci soient basées sur des données probantes, permettent d'allouer de façon plus efficace les ressources limitées et promeuvent l'équité en santé.
- Peu d'études ont évalué l'efficacité et l'efficience des nombreuses réformes touchant la première ligne, limitant par le fait même l'utilisation efficace et équitable de nos ressources.
- Une plus grande intégration des méthodes et données en contexte réel favoriserait une évaluation plus rigoureuse de l'impact des diverses interventions et politiques touchant l'organisation de la santé et des services sociaux de première ligne.
- Une collaboration accrue entre chercheurs et décideurs, ainsi qu'une planification prospective de l'évaluation des diverses réformes de soins et services sociaux de première ligne permettraient de mieux mesurer leurs impacts, leurs coûts et leurs coûts-efficacité et de favoriser la mise en place d'un réel système de santé apprenant.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

De nombreux systèmes de santé mondiaux font face à des changements structurels importants et la première ligne québécoise n'y fait pas exception. Ces changements, qui incluent le vieillissement de la population, l'augmentation du fardeau lié aux maladies chroniques, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et l'accélération de l'innovation en santé, mettent une pression importante sur ses ressources déjà limitées et partagées avec d'autres priorités publiques (1,2). Le coût de chaque nouveau modèle de soins, intervention ou trajectoire de services mis sur pied représente des ressources financières et humaines ne pouvant être investies ailleurs. C'est ce qu'on appelle le *coût d'opportunité*, un concept au cœur de l'équité des soins de santé. Ainsi, si un nouveau modèle de soins de première ligne est mis en place sans évaluer son efficience (c.-à-d., coût en fonction de l'efficacité), il est possible qu'il ait pour effet de réduire l'accès aux soins de santé, en ce que les ressources financières et humaines nécessaires à sa mise en place ne seront plus disponibles pour offrir d'autres services à la population. Ces mêmes ressources pourraient également être réinvesties dans d'autres domaines que la

santé, comme l'éducation ou les soins aux aînés. Dans ce contexte, l'adoption d'approches plus efficaces et efficientes permettrait de fournir des services sociaux et de santé à la majorité de la population, en plus d'améliorer les résultats obtenus en matière de santé.

Comment identifier les moyens les plus efficaces de fournir des services sociaux et de santé et d'améliorer la santé de la population? Une des méthodes de plus en plus préconisées est l'évaluation des technologies de la santé (ETS). L'ETS est un domaine multidisciplinaire qui s'intéresse aux dimensions médicales, sociales, éthiques et économiques du développement, de l'implantation et de l'utilisation d'une trajectoire, d'une intervention ou d'une politique de santé (3). Le principe directeur de l'ETS n'est pas de réduire les dépenses en santé et services sociaux, mais plutôt d'utiliser les diverses ressources plus efficacement afin d'améliorer l'expérience patient, les conditions de travail des professionnelles et professionnels de la santé, les résultats de la population en matière de santé et d'équité, et ce, afin de favoriser la mise en place pérenne d'un système de santé durable.

Bien qu'une première ligne efficiente offre de nombreux bénéfices tels qu'une meilleure évolution clinique, une continuité des soins et une réduction des coûts de santé (4), très peu d'études se sont intéressées à l'efficacité des différentes réformes modifiant son organisation et encore moins à leur efficacité. De plus, les quelques études s'y étant attardées ont majoritairement été réalisées par des chercheuses et des chercheurs universitaires dans le cadre de leur propre programmation de recherche, et non à l'issue d'un mandat gouvernemental clair, ce qui a pu retarder et limiter la portée de leurs résultats. Encore à ce jour, ce fossé historique entre première ligne, économie de la santé et politiques gouvernementales résulte en un manque de connaissances sur l'efficacité des modèles mis en place, une utilisation inefficace des ressources disponibles, une qualité des soins plus faible et des iniquités de santé importantes.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Au cours des 25 dernières années, le Québec a mis en œuvre un certain nombre de réformes organisationnelles et financières dans le domaine des soins et services sociaux de première ligne. À titre d'exemples, citons la réorganisation des médecins de famille et des infirmières en groupes de médecins de famille (GMF), la mise en place de la ligne téléphonique 811 et les forfaits versés aux médecins de famille pour chaque patient inscrit. L'impact de ces innovations pourrait être évalué avec des questions similaires à celles utilisées dans le cadre de l'ETS. Par exemple, ces innovations produisent-elles des avantages similaires dans le monde réel à ceux qui étaient attendus sur la base de projets pilotes ou d'affirmations de militants? Quels sont les coûts de ces innovations, y compris les coûts directs payés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les patientes et patients, et les coûts indirects payés par les patientes et patients, les prestataires de soins et les soignants? Si l'on considère l'ensemble de leurs effets et de leurs coûts, ces innovations permettent-elles d'améliorer la prestation des services sociaux et de santé, ainsi que les résultats en matière de santé et de bien-être, à un coût raisonnable? Comment leur efficacité se compare-t-elle à celle d'autres innovations qui visent les mêmes populations ou qui cherchent à relever les mêmes défis systémiques?

Ces innovations produisent-elles des avantages efficacement?

En combinant les impacts estimés d'une innovation et les coûts différentiels qui lui sont reliés, il est possible de calculer des mesures d'efficacité et de coût-efficacité. Les effets d'une réforme des soins de première ligne, qu'il s'agisse d'un meilleur accès à un prestataire de soins usuel, d'une plus grande satisfaction de ces mêmes prestataires quant à leurs conditions de travail, ou même d'une réduction de la morbidité ou de la mortalité, peuvent tous être exprimés en termes d'améliorations par dollar dépensé. Dans certains cas, il peut être pratique de comparer ce chiffre à un point de référence approprié. Par exemple, dans le contexte de l'ETS, une innovation peut être considérée rentable si elle améliore la santé pour 50 000 \$/QALY (année de vie pondérée par la qualité) ou moins. Dans le cadre des diverses réformes des soins et des services sociaux de première ligne, une plus grande utilisation de métriques telles que celle-ci permettrait de comparer l'efficacité de plusieurs réformes ou innovations visant le même résultat (p. ex. s'assurer que 80 % des Québécois peuvent obtenir un rendez-vous avec un prestataire de soins de première ligne dans un délai de 48 heures). En comprenant mieux quelles innovations peuvent produire des améliorations à moindre coût, les orientations politiques peuvent être choisies de manière à maximiser les bénéfices sociétaux par rapport aux ressources investies. À titre d'exemple concret, nous pourrions comparer l'approche qui augmente le plus l'accès en temps opportun à un rendez-vous de première ligne par dollar dépensé : les incitations financières aux prestataires de soins de santé, les innovations dans l'organisation des cliniques (p. ex. accès avancé) ou l'utilisation d'une liste d'attente centralisée. Au lieu de féliciter les gouvernements d'avoir dépensé des millions de dollars pour renforcer la première ligne, les Québécois pourraient plutôt mesurer les résultats obtenus grâce à ces investissements et déterminer les approches les plus rentables.

Quel est le coût différentiel de ces innovations?

Plusieurs perspectives peuvent être considérées lorsque l'on réalise l'évaluation d'une innovation à l'aide de l'ETS. La plus commune, la perspective du système de santé, inclut toute dépense encourue par le système public de santé québécois afin d'offrir des soins à la population. La perspective sociétale, quant à elle, inclut toutes les dépenses encourues par le système public de santé, par les autres ministères (p. ex. CNESST, SAAQ), par les assureurs, par les employeurs, et par les patientes et patients. Peu importe la perspective, il demeure difficile d'intégrer l'aspect financier dans l'évaluation d'innovations en contexte de première ligne québécoise. En effet, malgré certaines initiatives mises sur pied pour tenter de pallier la situation (p. ex. coût par parcours de soins et de services, CPSS), l'accès aux données administratives ministérielles est long et coûteux. Une fois l'accès obtenu, il n'est pas rare que les données reçues soient de faible qualité et/ou que les données de coûts soient absentes ou incomplètes. Le plus grand défi demeure toutefois le fait que ces bases de données administratives n'incluent pas les coûts défrayés en dehors du système public par les patientes et patients (p. ex. médicaments, soins à domicile, professionnels de la santé), coûts représentant pourtant souvent des dépenses de santé importantes. Il est ainsi possible qu'une innovation soit jugée plus ou moins coût-efficace qu'elle ne l'est réellement faute d'inclure tous les coûts pertinents. Un accès facilité à des données en contexte réel de qualité ainsi qu'une meilleure inclusion des coûts hors système public permettraient, à terme, une mesure plus juste des coûts d'implantation des innovations, et donc une meilleure compréhension de leur coût d'opportunité.

Considérations en lien avec l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience

Vu l'importance de l'ETS pour l'évaluation de l'efficacité et l'efficience d'innovations touchant la première ligne, certaines considérations qui lui sont propres mériteront une attention particulière au cours des prochaines années : le type de méthodes utilisées, l'accès aux données réelles et l'implantation d'approches collaboratives.

Alors que l'efficacité des nouvelles technologies de la santé (p. ex. médicaments) est traditionnellement mesurée dans des environnements contrôlés à l'aide d'essais randomisés, l'importance des données du contexte réel est de plus en plus reconnue dans le domaine de l'ETS (5,6). En effet, les méthodes quasi expérimentales comparant un groupe traité à un groupe témoin approprié sont largement utilisées dans la recherche sur les services de santé et sur l'économie de la santé. L'évaluation de l'impact des changements de politiques, des réformes organisationnelles, des incitations financières et des innovations dans la prestation des soins de santé s'appuie parfois sur un élément de randomisation, mais plus souvent sur des méthodes permettant d'estimer les effets causaux dans des contextes réels.

En plus des différents défis liés aux données de coûts, l'évaluation d'innovations en première ligne fait également face aux diverses limites des données en contexte réel. Certaines évaluations utilisent des données de santé administratives pour estimer les effets d'une innovation sur l'utilisation et les coûts des soins de santé. D'autres utilisent des données d'enquête pour comprendre les effets d'une innovation sur la qualité de vie ou sur l'expérience des patientes et des patients (p. ex. mesures de résultats rapportés par les patients, PROM) ou des prestataires de soins. L'accès à des données réelles de qualité permet également d'évaluer les effets d'une innovation sur divers facteurs liés à l'équité (p. ex. revenu, sexe, lieu de résidence). Toutefois, l'accès aux données réelles est souvent difficile pour les chercheurs, alors que les gestionnaires en santé et services sociaux qui y ont accès détiennent rarement l'expertise nécessaire pour les utiliser dans le cadre d'une évaluation rigoureuse. Enfin, les données réelles disponibles n'incluent souvent pas tous les résultats et les mesures pertinents pour chacune des parties prenantes impliquées.

Les évaluations rétrospectives des réformes de première ligne, planifiées et réalisées par des chercheurs universitaires après leur mise en œuvre, peuvent fournir des indications utiles sur leurs effets. Les évaluations des GMF par Strumpf et al. (7), Fiset-Laniel et al. (8) et Diop et al. (9), ainsi que l'évaluation des Guichets d'accès à la première ligne par Breton et al. (10) en sont quelques exemples. Cependant, les évaluations collaboratives prospectives faites avant la mise en œuvre d'une innovation, réunissant chercheurs, patients, prestataires de soins de santé, citoyens et décideurs, pourraient être encore plus productives. Par exemple, la Direction norvégienne de la santé a planifié l'évaluation multidimensionnelle de son projet pilote d'équipe de soins de santé primaires avant sa mise en place afin de s'assurer que la collecte de nouvelles données et la mise en œuvre du programme permettraient de soutenir une évaluation rigoureuse de ses impacts (11). L'adoption d'une telle approche au Québec permettrait de disposer de données en temps réel et de cibler plus efficacement les résultats importants pour les Québécois, les prestataires de soins de santé et les décideurs en santé.

Des évaluations de haute qualité peuvent fournir des informations utiles aux patientes et patients, au public, aux gestionnaires en santé et aux décideurs politiques. Il s'agit bien sûr d'entreprises complexes qui nécessitent du temps, de nombreuses ressources et des

données de qualité. Une collaboration entre ceux qui mettent en œuvre les réformes (p. ex. le MSSS, Santé Québec, Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)) et ceux qui possèdent une expertise en matière d'évaluation (p. ex. chercheurs universitaires, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)) pourrait s'avérer fructueuse, bien qu'une distance suffisante pour que l'évaluation soit objective et rigoureuse soit également nécessaire. Il est toutefois important de garder en tête que les évaluations d'impact et les considérations liées au coût-efficacité ne représentent qu'une partie des données guidant les décisions politiques touchant la priorisation et l'implantation d'innovations en soins et services sociaux de première ligne. Même si une innovation est jugée efficace et coût-efficace, il est possible qu'elle ne soit pas implantée pour diverses raisons (p. ex. autres priorités, contexte budgétaire difficile, faisabilité politique). Cela dit, ces informations peuvent tout de même faciliter la prise de décision en illustrant l'impact économique d'un choix politique, ce qui peut alors être pris en compte parallèlement à d'autres considérations (p. ex. éthique, sociale).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les grands principes utilisés dans l'ETS pourraient permettre d'améliorer les performances et les résultats des systèmes de soins et de services sociaux de première ligne. Ces principes comprennent la mesure précise de l'impact des innovations, de leurs avantages et de leurs conséquences imprévues, de leurs coûts directs et indirects, et la prise en compte de l'ensemble de ces éléments pour comprendre l'efficacité et l'efficience d'une innovation. Avec de telles informations en main, les décideurs en santé pourraient prendre des décisions fondées sur les données probantes et sur une meilleure compréhension des coûts d'opportunité liés aux différents choix politiques. À terme, une plus grande intégration de l'ETS lors de l'évaluation des innovations touchant la première ligne québécoise pourrait contribuer au développement d'un réel système de santé de première ligne apprenant.

RÉFÉRENCES

1. Jacques O, Marcelin J, Turcotte J. Soutenabilité budgétaire du Québec et vieillissement de la population : implications pour la révision de la Loi sur la réduction de la dette. CIRANO 2023. DOI: 10.54932/yqca4755.
2. Roncarolo F, Boivin A, Denis JL, Hebert R, Lehoux P. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):636. DOI: 10.1186/s12913-017-2585-5.
3. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. What is Health Technology Assessment (HTA)? (<https://www.inahta.org/>).
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
5. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Intégration des données et des preuves du contexte réel dans les évaluations en appui à la prise de décision dans le secteur des médicaments. Québec, Qc: INESSS; 2022:64.
6. Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada. Orientations relatives aux preuves en contexte réel. Ottawa: ACMTS; 2023:76.
7. Strumpf E, Ammi M, Diop M, Fiset-Laniel J, Tousignant P. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *J Health Econ* 2017;55:76-94. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2017.06.009.
8. Fiset-Laniel J, Diop M, Provost S, Strumpf EC. The Impact of Team-Based Primary Care on Guideline-Recommended Disease Screening. *Am J Prev Med* 2020;58(3):407-417. DOI: 10.1016/j.amepre.2019.10.019.
9. Diop M, Fiset-Laniel J, Provost S, et al. Does enrollment in multidisciplinary team-based primary care practice improve adherence to guideline-recommended processes of care? Quebec's Family Medicine Groups, 2002-2010. *Health Policy* 2017;121(4):378-388. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.02.001.
10. Breton M, Lamoureux-Lamarche C, Deslauriers V, et al. Evaluation of the implementation of single points of access for unattached patients in primary care and their effects: a study protocol. *BMJ Open* 2023;13(3):e070956. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-070956.
11. Abelsen B, Pedersen K, Loyland HI, Aandahl E. Expanding general practice with interprofessional teams: a mixed-methods patient perspective study. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):1327. DOI: 10.1186/s12913-023-10322-z.

L'importance des mesures de résultats de santé (PROMs) et d'expériences de soins (PREMs) rapportées par les patientes et les patients pour la création de valeur

Pierre-Henri Roux-Levy, M.D., Ph. D., stagiaire postdoctoral, Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, Université de Sherbrooke

Marie-Eve Poitras, infirmière, Ph. D., professeure agrégée, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke; chercheuse CR-CHUS; titulaire Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires

FAITS SAILLANTS

- Les mesures rapportées par les patientes et patients de leurs résultats de santé (PROMs—Patient-Reported Outcomes Measures) et de leurs expériences de soins (PREMs—Patient-Reported Experience Measures) sont essentielles pour des services de santé axés sur la valeur (SSAV). Ces mesures permettent d'intégrer la perspective des patientes et patients dans la prise de décision clinique et organisationnelle.
- Un équilibre entre initiatives locales et directives centrales est nécessaire. La transformation vers des SSAV doit combiner les dynamiques ascendantes (initiatives cliniques) et descendantes (orientations stratégiques) pour une intégration cohérente et systématique.
- L'intégration des PROMs et des PREMs doit respecter les réglementations locales et s'adapter aux réalités du terrain pour garantir leur efficacité et leur acceptabilité.
- Un cadre provincial est requis pour harmoniser les pratiques d'utilisation et de collecte des PROMs et des PREMs. Il offrirait une orientation claire tout en laissant une flexibilité aux initiatives locales pour assurer une implantation graduelle et efficace.
- L'implication des patientes et patients dès le début de toute initiative est essentielle. Au-delà des questionnaires, leur participation active dans les comités de pilotage garantit que leurs besoins et priorités sont réellement pris en compte.
- La perception des PROMs et des PREMs comme une charge administrative doit être surmontée par une communication claire sur leur utilité et par des outils contextualisés aux utilisateurs des connaissances.
- Un partenariat avec les chercheuses et chercheurs est recommandé pour assurer une amélioration continue des systèmes intégrant des PROMs et des PREMs.

PROBLÉMATIQUE

Depuis le début du siècle, les systèmes de santé subissent des pressions croissantes dues aux transitions démographiques et épidémiologiques : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques et complexification des besoins sociaux. La pandémie a exacerbé ces tensions, incitant les gouvernements à optimiser l'organisation des soins pour un meilleur usage des ressources.

Les SSAV émergent comme une approche prometteuse. Au Québec, les plans de transformation orientent les réformes vers des systèmes axés sur la création de valeur (1,2). Inspiré des travaux de Porter et Teiseberg, ce modèle met l'accent sur les résultats qui comptent pour les patientes et patients plutôt que sur le volume d'interventions (3). L'objectif est d'aligner les soins sur les besoins et les expériences des usagers, tout en tenant compte des ressources limitées.

La première étape vers des SSAV repose sur la mesure des résultats de soins du point de vue des patientes et patients. Le plan de transformation québécois recommande ainsi d'intégrer leurs perspectives à tous les niveaux décisionnels. Les PROMs et les PREMs permettent d'orienter la prise de décision politique et organisationnelle, facilitant l'évaluation et l'amélioration du système de santé (4).

L'objectif de cet avis est de décrire les constats clés pour soutenir la transition vers des SSAV en intégrant la collection des PROMs et des PREMs. Il repose sur un scan environnemental incluant des entretiens auprès d'informatrices et informateurs internationaux ainsi qu'une étude de la portée (5).

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Constats à portée stratégique

1. *L'intégration des PROMs et des PREMs au sein d'un système de santé basé sur la valeur implique une transformation profonde des pratiques actuelles de collecte et d'utilisation des données*

Traditionnellement, les résultats rapportés par les patientes et patients étaient peu mesurés en comparaison des indicateurs cliniques, tels que les taux de survie, par exemple (6). Les PROMs et les PREMs sont directement collectés auprès des usagers, qui font partie intégrante du processus de collecte. Cette approche propose une vision plus équilibrée du système de santé en intégrant le point de vue des patientes et patients à tous les niveaux (micro, méso, macro) (7).

2. *Une approche combinant des dynamiques ascendantes et descendantes est essentielle*

Dans ce contexte de transformation vers des SSAV, les milieux décisionnels et cliniques développent leurs propres initiatives (8). L'existence de ces deux dynamiques requiert un équilibre pour systématiser la collecte des PROMs et des PREMs. La structuration des initiatives dans le cadre d'un modèle de système de santé apprenant permettrait de trouver cette équilibre en créant des passerelles entre les disciplines, les professions ou les différents niveaux du système de la santé (9).

3. L'intégration des PROMs et des PREM's dans les processus décisionnels est en cours de maturation

Les initiatives internationales de collecte de PROMs et de PREM's sont à divers stades d'implantation et doivent résoudre des enjeux d'inclusion, d'appropriation des outils et de lisibilité des données (8). Toutefois, certaines utilisations cliniques et de gestion des PROMs et des PREM's, notamment via des systèmes de données en temps réel, permettent d'obtenir des améliorations à court et moyen terme (10). L'addition de ces changements concrets, à petite échelle, pourrait permettre une amélioration sur le long terme.

Constats tactiques

1. S'adapter aux contextes existants et aux enjeux réglementaires

La réussite de l'implantation repose sur une prise en compte du contexte local, des ressources disponibles et de la structure nécessaire pour son développement. De plus, il est essentiel d'adapter la collecte de données aux réglementations locales en matière de sécurité des données, de confidentialité et de consentement des patientes et patients.

2. Créer un cadre provincial afin de structurer l'implantation d'initiatives locales

Un cadre provincial favoriserait l'harmonisation des pratiques tout en laissant une flexibilité aux initiatives locales. Un soutien technique et pédagogique, via des plateformes en ligne et une équipe d'accompagnement, permettrait d'assurer une implantation efficace et graduelle.

3. Privilégier une approche de collecte par segments de population

La collecte des données devrait privilégier une approche centrée sur les segments de population plutôt que sur les spécialités ou institutions. Une définition d'un segment de population est le regroupement homogène de patientes et patients ayant des besoins communs. Cette approche est intéressante, en particulier dans une volonté de transformation vers des SSAV, afin de débiter l'implantation par des secteurs d'intérêts prioritaires, tout en évitant une segmentation trop rigide qui ne tiendrait pas compte des besoins variés des patientes et patients.

4. Inclure les personnes représentant les patientes et patients dès l'amorce de l'initiative

L'engagement des patientes et patients dès le début du processus est crucial pour assurer leur implication active et garantir que leurs voix soient intégrées aux décisions de santé. Actuellement, leur implication se limite souvent à des questionnaires ou entretiens pour évaluer l'initiative (11). Il est recommandé d'adopter des approches plus participatives, incluant la codirection de comités de pilotage, par exemple.

5. Sélectionner des PROMs et des PREM's pertinents

Les PROMs et les PREM's sélectionnés doivent être pertinents pour l'ensemble des utilisatrices et utilisateurs des données au niveau micro, méso et macro. Ils doivent être suffisamment concis pour garantir un bon taux de réponse, tout en étant assez précis pour assurer une interprétation adéquate. Il est essentiel de sélectionner des outils validés pour le contexte d'utilisation (population, cultures, langues) et répondant aux besoins de l'ensemble des parties prenantes.

6. *Soutenir l'engagement des actrices et acteurs clés dans la routinisation de la collecte de données*

Pour favoriser leur adoption, il est essentiel de mieux communiquer sur la valeur et l'utilité des PROMs et des PREMs, notamment en mettant à disposition des ressources explicatives adaptées, comme des vidéos de formation. Une compréhension claire de l'usage et des bénéfices de ces outils encouragera une participation plus active au processus de collecte des données (12). Toutefois, les cliniciennes et cliniciens expriment souvent des réticences, percevant ces instruments comme une charge administrative supplémentaire ou comme des mesures trop subjectives.

7. *Soutenir l'utilisation des PROMs et des PREMs*

Niveau micro : les patientes et patients doivent avoir accès à leurs propres résultats pour favoriser leur implication et leur autogestion.

Niveau méso : des tableaux de bord de résultats en temps réel peuvent être utilisés pour améliorer l'organisation et la qualité des soins.

Niveau macro : la publication régulière de rapports accessibles au public permet d'assurer la transparence et d'informer les patientes et patients.

Les données doivent être proposées de manière informative et compréhensible et les cliniciennes, cliniciens, gestionnaires, décideuses et décideurs doivent être formés à leur utilisation afin d'éviter les biais et les surinterprétations (13). Il est nécessaire de s'assurer que les bonnes informations soient disponibles dans le bon format et accessibles par le bon moyen, au bon moment (14). Une intégration avec les données administratives et cliniques traditionnelles est nécessaire pour renforcer leur pertinence (15).

8. *Mettre en place un processus d'évaluation continue*

Un processus d'évaluation structuré, objectif et indépendant est essentiel pour assurer l'amélioration continue des systèmes de collecte des PROMs et des PREMs. Un partenariat avec des communautés de chercheuses et chercheurs indépendantes assureraient une rigueur scientifique et favoriserait une amélioration continue du modèle (9).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les PROMs et les PREMs sont une innovation essentielle pour transformer le système de santé québécois. Des travaux et des réflexions en amont doivent être réalisés afin de structurer leur déploiement et leur utilisation ultérieure. Les constats présentés dans cet avis peuvent soutenir l'intégration des PROMs et des PREMs en contexte québécois.

RÉFÉRENCES

1. Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003355/>
2. Plan de transformation - Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent - Comité de transition - Janvier 2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003858/>
3. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business Press; 2006. 540 p.
4. Weldring T, Smith SMS. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights*. 2013;6:61-8.
5. Roux-Levy, PH., Sasseville, M., Perron, ME., Supper, W., Attisso, E., Bergeron, F., Dugas, M., Roy, D., Morin, A., T.-Vaillancourt, V., Gagnon, MP., Poitras, ME. (2024). Les systèmes de collecte de données incluant des PROMs et des PREMs pour soutenir la prise de décision axée sur la valeur [Rapport sur Internet]. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être; 2024. Disponible sur : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/systemes-donnees-proms-prems.html>
6. Van Der Wees PJ, Nijhuis-Van Der Sanden MW, Ayanian JZ, Black N, Westert GP, Schneider EC. Integrating the Use of Patient-Reported Outcomes for Both Clinical Practice and Performance Measurement: Views of Experts from 3 Countries. *Milbank Q*. déc 2014;92(4):754-75.
7. Kidanemariam M, Pieterse AH, Staaldin DJ van, Bos WJW, Stiggebout AM. Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence. *BMJ Open*. 1 juill 2023;13(7):e070193.
8. Steinbeck V. Patient-Reported Outcome Measures – an International Comparison [Internet]. 2021 [cité 8 oct 2023]. Disponible à : <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/patient-reported-outcome-measures-an-international-comparison>
9. Menear M, Blanchette MA, Demers-Payette O, Roy D. A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst*. 9 août 2019;17(1):79.
10. Gibbons C, Porter I, Gonçalves-Bradley DC, Stoilov S, Ricci-Cabello I, Tsangaris E, et al. Routine provision of feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 oct 2021;10(10):CD011589.
11. van der Voorden M, Sipma WS, de Jong MFC, Franx A, Ahaus KCTB. The immaturity of patient engagement in value-based healthcare-A systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1144027.
12. Boyce MB, Browne JP, Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf*. 1 juin 2014;23(6):508-18.
13. Wolpert M. Uses and abuses of patient reported outcome measures (PROMs): potential iatrogenic impact of PROMs implementation and how it can be mitigated. *Adm Policy Ment Health*. mars 2014;41(2):141-5.

14. Ahmed S, Ware P, Gardner W, Witter J, Bingham CO, Kairy D, et al. Montreal Accord on Patient-Reported Outcomes (PROs) use series - Paper 8: patient-reported outcomes in electronic health records can inform clinical and policy decisions. *J Clin Epidemiol.* sept 2017;89:160-7.
15. Al Sayah F, Lahtinen M, Bonsel GJ, Ohinmaa A, Johnson JA. A multi-level approach for the use of routinely collected patient-reported outcome measures (PROMs) data in healthcare systems. *Journal of Patient-Reported Outcomes.* 12 oct 2021;5(2):98.

SOURCE SUGGÉRÉE

- Roux-Levy, PH., Sasseville, M., Perron, ME., Supper, W., Attisso, E., Bergeron, F., Dugas, M., Roy, D., Morin, A., T.-Vaillancourt, V., Gagnon, MP., Poitras, ME. (2024). Les systèmes de collecte de données incluant des PROMs et des PREMs pour soutenir la prise de décision axée sur la valeur [Rapport sur Internet]. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être; 2024. Disponible sur: <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/systemes-donnees-proms-prems.html>

L'implantation des technologies en première ligne : tirer parti des apprentissages pour atteindre le sextuple objectif

Fatemeh Khalaj, étudiante au doctorat en santé communautaire

Achille Roghemrazangba Yameogo, étudiant au doctorat en santé communautaire

Marie-Violaine Ponte, étudiante au doctorat en sciences infirmières

Maxe F.-Giguère, étudiant au doctorat en santé communautaire

Sié Mathieu Aymar Romaric Da, étudiant au doctorat en santé communautaire

Audrey Lambert, coordonnatrice de recherche

Marie-Pierre Gagnon, Ph. D., professeure titulaire

Maxime Sasseville, Ph. D., professeur adjoint

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Soutenir l'innovation technologique par la recherche et l'évaluation dans les milieux de pratique permet l'accès à des données probantes qui permettront d'ajuster l'implantation des technologies et d'optimiser leur déploiement à grande échelle.
- Les innovations doivent s'appuyer sur les besoins locaux et refléter la réalité des milieux de pratique afin de répondre au contexte spécifique de la première ligne.
- Impliquer les personnes utilisatrices, en tant que partenaires actifs du processus de changement, est nécessaire pour moduler les innovations et les intégrer efficacement.
- Penser à la pérennisation des innovations dès le début de leur processus d'implantation permet de créer les conditions garantes de leur succès à long terme.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX PRINCIPAUX

Les innovations technologiques dans le domaine de la santé, comme les dispositifs portables, les systèmes d'aide à la décision clinique ou la télésanté, transforment l'horizon des soins et des services à la population. Elles permettent des avancées qui ont un impact positif sur plusieurs secteurs essentiels tels que la prestation des soins, l'industrie pharmaceutique et la recherche médicale. Elles renforcent la qualité des soins dispensés, améliorent l'offre de services, contribuent à la satisfaction du personnel et offrent un potentiel de réduction des coûts. Dans les soins et les services de première ligne, ces innovations technologiques peuvent favoriser l'équité en matière de santé et le développement durable. Elles répondent ainsi aux prérogatives du sextuple objectif des systèmes de santé.

Malgré ces avantages pressentis, les technologies de santé font face à plusieurs défis majeurs lors de leur conception, de leur implantation et durant les phases de maintien.

Ces obstacles peuvent compromettre la qualité, la transparence et l'efficacité des soins. L'implantation des innovations, pour être efficace, nécessite une planification stratégique, une allocation adéquate des ressources, ainsi que des mécanismes rigoureux de contrôle et d'évaluation. Évaluer méthodiquement chaque étape d'un tel processus optimise les chances de succès et l'atteinte des résultats escomptés.

Le manque de données probantes issues d'études réalisées sur les innovations technologiques en contexte de première ligne limite la portée des conclusions ainsi que la généralisation des résultats observés. Il existe un besoin réel et urgent de réaliser des recherches approfondies dans ce domaine, notamment pour identifier les pratiques les plus efficaces et les stratégies optimales d'implantation. L'accès à de telles données s'avère primordial pour que les équipes cliniques adoptent de nouvelles technologies.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Bien que les innovations technologiques aient le potentiel de renforcer les systèmes de santé, leur intégration en première ligne doit s'appuyer sur des cadres théoriques ou sur des principes directeurs tels que ceux proposés par le *Regional Committee for Europe*.

Les soins de première ligne font cependant face à des enjeux qui se distinguent parfois de ceux rapportés dans la littérature, en raison de la multitude d'acteurs et d'organisations qui s'y retrouvent, avec leurs fonctions, leurs objectifs et leurs besoins variés.

La résistance au changement, un obstacle en contexte clinique de première ligne

Cette résistance au changement puise son origine dans la crainte de l'inconnu, la perception d'une charge de travail supplémentaire, ou encore la méfiance envers les nouvelles technologies. Les innovations, lorsqu'importées d'autres contextes cliniques ou de l'étranger, apparaissent alors inadaptées aux réalités locales, d'autant plus qu'elles reflètent généralement les préférences technologiques des personnes qui les ont conçues. L'absence de participation active des professionnels de santé au processus de conception et d'adaptation des technologies contribue donc à renforcer cette résistance au changement.

Recommandations

- **Intégrer la gestion du changement dès les premières étapes de l'implantation des solutions technologiques.** Il convient de prendre en compte les préoccupations des prestataires dès la phase de conception et de les impliquer activement tout au long du processus. Leur fournir les informations et la formation nécessaires favorisera une adoption sans résistance des technologies proposées.
- **Faciliter la gestion du changement à l'aide d'outils adaptés aux besoins.** Ces outils doivent être conçus de manière à répondre aux besoins spécifiques des prestataires de soins qui l'utilisent. Ils doivent démontrer clairement les avantages tangibles des innovations, tels que l'amélioration de la qualité des soins, la réduction de la charge de travail ou l'optimisation des processus.
- **Former et accompagner les utilisateurs de manière continue pour gérer le changement.** Optimiser la gestion du changement implique un suivi régulier postimplantation, un accompagnement personnalisé ainsi qu'une offre de formation adaptée et pérenne.

Implication insuffisante des usagers et usagères en première ligne

Sous-estimer la valeur des savoirs expérientiels et ignorer les besoins spécifiques des personnes usagères limite la pertinence et l'efficacité des technologies déployées. Les solutions technologiques ne répondent alors pas à leurs attentes ou ne s'intègrent pas adéquatement dans leur vie quotidienne. L'absence de participation active de ces personnes, notamment dans les phases de conception et d'évaluation, favorise la résistance au changement, mène à une adoption sous-optimale des innovations et réduit ultimement l'efficacité des soins.

Recommandations

- **Engager activement les personnes usagères dans la cocréation et le déploiement des technologies.** Impliquer ces personnes dans les processus de développement et d'implantation permet d'identifier leurs besoins, leurs préférences, ainsi que les limites possibles des technologies envisagées.
- **Tenir compte des connaissances et savoirs expérientiels.** Tous les acteurs concernés doivent être sensibilisés à l'importance des expériences des personnes usagères dans la recherche, le développement et le déploiement des solutions technologiques, en particulier dans le contexte des soins de première ligne.
- **Créer un climat inclusif dans le processus d'implantation.** Un environnement favorable à la participation des personnes usagères, des prestataires de soins et des autres parties prenantes est nécessaire pour garantir la réussite des projets ainsi que leur pertinence clinique et sociale.

Inadéquation des caractéristiques des innovations technologiques et des processus d'implantation avec les besoins spécifiques des usagers et usagères

De nombreuses études soulignent que l'absence de formation adéquate et de suivi constitue un facteur clé d'échec dans l'implantation de solutions technologiques. L'adoption et l'utilisation des solutions technologiques dans le secteur de la santé dépendent de leurs caractéristiques. Si les personnes visées ignorent les avantages réels des technologies, si elles les trouvent complexes ou encore inadaptées à leurs réalités, elles risquent de les utiliser de manière inefficace, voire de les abandonner.

Recommandations

- **Faciliter l'accès par les acteurs impliqués à des données probantes.** Il est primordial de fournir aux équipes cliniques et aux communautés usagères des données concrètes démontrant l'efficacité des pratiques ou des technologies, ainsi que les meilleures stratégies pour leur implantation.
- **Mettre en place un dispositif d'évaluation systématique des projets d'implantation.** L'implantation des solutions technologiques en première ligne nécessite la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation des processus, des facteurs d'adoption, des stratégies d'innovation et des mécanismes de transformation des pratiques professionnelles et organisationnelles.

Défis de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations technologiques

De nombreux projets pilotes de déploiement de solutions technologiques en première ligne rencontrent des difficultés pour être mis à l'échelle. Ces obstacles découlent d'un manque de financement durable, de l'absence d'évaluations du potentiel et du processus de mise à l'échelle, ainsi qu'à des lacunes organisationnelles. Des initiatives numériques

pour la gestion des maladies chroniques ont montré des résultats prometteurs à petite échelle, leur expansion est freinée par des problèmes d'interopérabilité avec les systèmes existants, le besoin de formation continue pour les professionnels de santé, et l'absence de soutien financier à long terme.

Recommandations

- **Envisager la pérennisation dès la phase de conception.** Intégrer la pérennisation dès les phases de conception et de planification permet une transition réussie du statut de projet pilote à celui de service de santé durable.
- **Baser la mise à l'échelle sur une évaluation rigoureuse et systématique.** La mise à l'échelle d'une technologie repose sur une évaluation continue de sa faisabilité, de son efficacité et de son impact.
- **Assurer le financement.** L'expansion des technologies nécessite un financement durable garanti.

Projet d'agenda partagé : description et constats

Le gouvernement du Québec a mis en place différentes approches innovantes pour optimiser l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité pour la population. **Le projet d'agenda partagé**, initié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, avait pour but de faciliter l'offre et la disponibilité de rendez-vous pour les services psychosociaux en première ligne, en optimisant la prise de rendez-vous par la population.

Ce projet a impliqué l'identification et l'implantation de solutions technologiques **dans trois établissements de santé au Québec**. La formation et l'accompagnement des personnes utilisatrices ont fait l'objet d'une attention particulière. Quant aux personnes responsables dans chacun des établissements, elles ont maintenu des échanges fréquents qui ont favorisé l'apprentissage mutuel et l'adaptation en cours de projet.

Objectif principal du projet : permettre aux équipes du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (service Info-Social) d'accéder à un agenda partagé pour la prise de rendez-vous au sein des centres locaux de services communautaires (CLSC) qui offrent des services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence.

Réalisations : deux solutions technologiques distinctes ont été adoptées par les établissements impliqués, en tenant compte des systèmes déjà utilisés dans chaque milieu.

Des **facteurs facilitants** ont pu être dégagés lors de l'évaluation de l'innovation :

- La pertinence de la solution proposée en fonction des besoins spécifiques et de l'organisation du travail dans chaque organisation est un **facteur de succès majeur**.
- **L'utilisation de l'innovation s'est avérée très variable** entre les milieux en raison des différences entre les solutions technologiques mises en place, mais également dans la façon dont l'offre de services psychosociaux était organisée.

- **L'implication des personnes utilisatrices** (intervenantes, gestionnaires, responsables des technologies) tout au long du processus d'innovation a été un facteur important pour faciliter le changement et favoriser l'implication de toutes les parties prenantes.

Malgré les obstacles inhérents à toute transformation technologique, les équipes impliquées dans le projet **ont su travailler ensemble** pour mener l'expérimentation à terme.

Des **facteurs structurels ont entravé le processus d'implantation**, comme les différents systèmes utilisés ainsi que les spécificités d'offre de services de chaque établissement.

Cet exemple illustre que de nombreux facteurs déterminent le succès de l'implantation d'une innovation technologique. Accompagner les projets de transformation dans les soins et les services de première ligne permet d'adapter l'innovation aux besoins des personnes utilisatrices et au contexte d'implantation.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Ce survol des enjeux de l'innovation technologique dans les soins de première ligne souligne l'importance de la recherche et de l'évaluation en collaboration avec les milieux de pratique.

Produire des données probantes, de la conception des solutions technologiques à leur déploiement, permet d'en ajuster l'implantation de manière adéquate. Ces données permettent que chaque innovation soit adaptée au milieu précis où elle sera implantée, en fonction des besoins locaux et de la réalité de la pratique, qui varient sensiblement dans les soins et les services de première ligne.

L'implication des personnes utilisatrices (prestataires, gestionnaires, personnel de soutien, usagers et usagères) s'avère essentielle à une adaptation réussie de l'innovation. Une gestion du changement réussie reflètera l'engagement de ces partenaires.

Enfin, il demeure crucial d'envisager dès le départ la pérennisation de l'innovation, afin de réunir les conditions qui favoriseront son succès.

SOURCES SUGGÉRÉES

Obstacles et facteurs facilitant l'implantation des technologies numériques de santé en première ligne :

- Alami, H., Lamothe, L., Fortin, J.P., & Gagnon, M.P. (2016). Telehealth implementation and the sustainability of its use in Canada: A few lessons to remember. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 5(4), 105-117. DOI:10.1016/j.eurtel.2016.10.001
- Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L.,...Novillo-Ortiz, D. (2023b). Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. *npj Digital Medicine*, 6(1), 161. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00899-4>

- Infarinato, F., Jansen-Kosterink, S., Romano, P., van Velsen, L., Op den Akker, H., Rizza, F.,...Hermens, H. J. (2020). Acceptance and potential impact of the eWALL platform for health monitoring and promotion in persons with a chronic disease or age-related impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217893>
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e152. <https://doi.org/10.2196/jmir.2104>

Engagement des patients et patientes envers les technologies numériques :

- Birnbaum, F., Lewis, D., Rosen, R. K., & Ranney, M. L. (2015). Patient engagement and the design of digital health. *Acad Emerg Med*, 22(6), 754-756. <https://doi.org/10.1111/acem.12692>
- Couper, M. P., Alexander, G. L., Zhang, N., Little, R. J., Maddy, N., Nowak, M. A.,...Cole Johnson, C. (2010). Engagement and retention: measuring breadth and depth of participant use of an online intervention. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e52. <https://doi.org/10.2196/jmir.1430>
- Vinadé Chagas, M. E., Cristina Jacovas, V., de Campos Moreira, T., Rodrigues Moleda Constant, H. M., Fernanda Rohden, S., Stiehl Alves, S., Santini, F., Dall’Agnol, S., König Klever, E., Cezar Cabral, F., & da Silva Terres, M. (2024). Are we adequately measuring patient satisfaction with telemedicine? A systematic review with a meta-analysis. *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 30(6), 1522–1538. <https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0530>

Équité et santé numérique :

- Azzopardi-Muscat, N., & Sørensen, K. (2019). Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective. *Eur J Public Health*, 29(Supplement_3), 13-17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz166>
- Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social health inequalities and ehealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.6731>

Pertinence de l’IA en première ligne :

- Alami, H., Lehoux, P., Miller, F. A., Shaw, S. E., & Fortin, J. P. (2023). An urgent call for the environmental sustainability of health systems: a ‘sextuple aim’ to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. *The International Journal of Health Planning And Management*, 38(2), 289-295.
- Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H. M., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L.,...Novillo-Ortiz, D. (2023a). The global effect of digital health technologies on health workers' competencies and health workplace: an umbrella review of systematic reviews and lexical-based and sentence-based meta-analysis. *Lancet Digit Health*, 5(8), e534-e544. [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(23\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(23)00092-4)
- Bronsoler, A., Doyle, J. & Van Reenen J. (2020). The Impact of New Technology on the Healthcare Workforce. 60. <https://workofthefuture.mit.edu/wp-content/uploads/2020/10/2020-Research-Brief-Bronsoler-Doyle-VanReenen.pdf>
- Fava, V. M. D., & Lapão, L. V. (2024). Provision of digital primary health care services: overview of reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e53594. <https://doi.org/10.2196/53594>

Gouvernance et réglementations :

- Gouvernement du Québec. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence. Publication no : 23-803-02W. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2023, 08 juin.
- Regional Committee for Europe, 72nd session. (2020). Seventy-second regional committee for europe: Tel Aviv, 12–14 september 2022: regional digital health action plan for the who european region 2023–2030. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Répertoire des autrices et des auteurs

(en ordre alphabétique par prénom)

Autrices et auteurs	Page(s)
Achille Roghemrazangba Yameogo	p.262, 280
Aigul Zaripova	p.99
Alex Battaglini	p.195
Alexandre Campeau Calfat	p.212
Alexie Kim	p.235
Alison Jolly	p.121
Amélie Quesnel-Vallée	p.94
Andrew Freeman	p.73, 78, 251
Anna Larice Meneses Galvao	p.22
Anne-Sophie Brazeau	p.206
Annick Lenoir	p.156
Annie Rioux-Dubois	p.195, 200
Anta Niang	p.104
Antoine Rondeau	p.63
Arnaud Duhoux	p.195, 200
Audrey Lambert	p.262, 280
Aziza Driouch	p.128
Balkissa Tonde	p.84, 88
Baptiste Godrie	p.218
Brigitte Vachon	p.133
Brischia Anaid Tinoco Mar	p.183, 228
Caroline Sirois	p.212
Carolyn Pavoni	p.99
Catherine Briand	p.137
Catherine Leroux	p.206
Chantal Bémeur	p.206
Chantal Doré	p.256
Christine Loignon	p.35
Claire Godard-Sebillotte	p.94, 99
Clara Bolster-Foucalt	p.94
Cynthia Cameron	p.137
David Guilmette	p.149
Delphine Collin-Vézina	p. 116
Denis Bourque	p.48

Autrices et auteurs	Page(s)
Dimitri Yang	p.99
Diogo Gonçalves Vianna Mochcovitch	p.228
Dylan Bonnan	p.212
Elisabeth Martin	p.22
Elyse Marois	p.137
Erin Strumpf	p.30, 268
Fatemeh Khalaj	p.262, 280
Florian Naye	p.262
France Légaré	p.183, 228
Francine Roberge	p.137
François Aubry	p.41
Gilles Tremblay	p.149
Guadalupe Puentes-Neuman	p.143
Isabelle Dufour	p.35
Isabelle Le Pain	p.109
Isabelle Vedel	p.94
Isabelle Wilson	p.35
Jean-François Roos	p.54
Jean-Paul Fortin	p.5, 22
Jean-Pierre Després	p.240
Jean-Sébastien Paquette	p.178
Jennifer Petiquay-Dufresne	p.172
Jennifer Tchervenkov	p.99
Jérémy Bouthot	p.149
Jérémy Hugonnier	p.54
Johanne Preval	p.17
José A. Morais	p.99
Josée Grenier	p.41
Julie Ouellet	p.35
Julie Robichaud	p.188
Julie-Christine Cotton	p.121
Justine Labourot	p.137
Justine Pineault	p.35
Lara Maillet	p.17
Lucienne Martins-Borges	p.167
Lucille Langlois	p.251
Magaly Brodeur	p.128

Autrices et auteurs	Page(s)
Marguerite Tousignant	p.167
Mariá Boeira-Lodetti	p.167
Marianne Beaulieu	p.188
Marie Dumollard	p.104
Marie-Christine Demers	p.99
Marie-Claude Jacques	p.128
Marie-Claude Tremblay	p.172
Marie-Dominique Beaulieu	p.73
Marie-Eve Poitras	p.195, 200, 223, 274
Marie-Ève Sirois	p.99
Marie-José Durand	p.137
Marielle Trottier	p.137
Marie-Pierre Gagnon	p.262, 280
Marie-Suzanne Badji	p.256
Marie-Violaine Ponte	p.262, 280
Marjorie Desormeaux-Moreau	p.121
Martina Alkot	p.99
Martine Shareck	p.35, 54
Matthew Menear	p.137, 223
Maude Laberge	p.84, 88
Maude-Émilie Pépin	p.69
Maxe F.-Giguère	p.262, 280
Maxime Guillette	p.12, 69
Maxime Sasseville	p.262, 280
Mélanie Bourque	p.109
Mélanie Mailhot	p.48
Mélissa Généreux	p.133
Michèle Loko	p.143
Monica Aggarwal	p.245
Morgane Gabet	p.235
Nadia Giguère	p.137
Nancy Côté	p.73, 78, 251
Nassera Touati	p.17
Natalie Alméras	p.240
Nataly R. Espinoza Suarez	p.35
Nico Trocmé	p.116
Odilon Quentin Assan	p.228

Autrices et auteurs	Page(s)
Olivier Jacques	p.63
Paul Morin	p.5, 59
Paul Wankah	p.12
Philippe Apparicio	p.35
Philippe Roy	p.149
Pierre Cordeau	p.178
Pierre L'heureux	p.149
Pierre Pariseau-Legault	p.128
Pierre-Henri Roux-Levy	p.274
Quan Nha Hong	p.137
René Lachapelle	p.48
Rita M. Kouao Adou-Bla	p.41
Rose Gagnon	p.268
Roxana Cledon	p.156
Sandrine Couture	p.99
Sarah DeGrâce	p.121
Serigne Touba Mbacké Gueye	p.162
Sié Mathieu Aymar Romaric Da	p.262, 280
Simone Amagnamoua	p.35
Simone Lemieux	p.206
Sonia Hélie	p.116
Sophie Dupéré	p.35
Sophie Morin	p.116
Stéphanie Arsenault	p.167
Stéphanie Breton	p.143
Steven Ouellet	p.262
Tonino Esposito	p.116
Valérie Marcil	p.206
Vitoria Nathalia Nascimento	p.167
Yasmine Frikha	p.78
Yves Couturier	p.12, 69

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hôpital et Centre d'hébergement D'Youville

1036, rue Belvédère Sud

Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

www.iuplsss.ca

VITAM – Centre de recherche en santé durable

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale

2480, chemin de la Canardière

Québec (Québec) G1J 2G1

www.vitam.ulaval.ca