

# 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 sociaux<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> 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.

médecin de famille ou d'un autre professionnel, par exemple une infirmière, un travailleur social ou un psychologue<sup>2</sup>.

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

---

<sup>2</sup> 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.

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>

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

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