

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.

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.