

Espace libre

Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé

Chantal Doré^a, Nancy Lévesque^b, Shelley-Rose Hyppolite^c, Lara Maillet^d, Anna Goudet^e, Denis Bourque^f, Danielle Maltais^g

DOI : <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n2.1806>

RÉSUMÉ. Les inégalités sociales de santé (ISS) comportent de nombreux défis auxquels tentent de répondre les gouvernements et les acteurs de la société civile. Face aux situations complexes que vivent les populations qui les subissent, des interventions intersectorielles et territoriales constituent une avenue à explorer. Nous proposons un regard sur l'intervention de proximité en centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) et en centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) ainsi que sa contribution à la réduction des ISS par une pratique agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Nous examinons quatre interventions de proximité au Québec pour saisir comment les intervenantes participent à l'identification de ces déterminants contribuant à la réduction des ISS et comment elles interviennent sur ces déterminants. La discussion soulève des enjeux de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec le déséquilibre des pouvoirs et l'érosion des services publics en général.

Mots clés : Intervention de proximité, déterminants sociaux de la santé, inégalité sociale de santé, gouvernance, responsabilité populationnelle

ABSTRACT. Social inequalities in health services (SIHS) include several challenges that governments and civil society actors are trying to address. Confronted with the complex situations experienced by the populations that are affected by them, intersectoral and territorial interventions are an avenue to be explored. This paper looks at the integrated community care in the Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) and the Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS), and its contribution to reducing SIHS through a practice that acts on the social determinants of health. Four intersectoral and territorial interventions in Quebec are examined to understand how practitioners are involved in identifying these determinants that contribute to SIHS, and how they act on these determinants. The discussion raises issues of governance of the health and social services network in relation to the disparity of powers and the erosion of public services in general.

Key words: Integrated community care, social determinants of health, social inequality in health, governance, population responsibility

^a Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

^b Coordonnatrice de la recherche, Université de Sherbrooke; Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS-CHUS

^c Professeure agrégée à la Faculté de médecine de l'Université Laval; CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique

^d Professeure agrégée à l'École nationale d'administration publique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (CRC Sa3S)

^e Coordonnatrice de la Chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et services sociaux (CRC Sa3S) et du Laboratoire en recherches et interventions systémiques en santé _ LabRIS, École nationale d'administration publique

^f Professeur, Université du Québec en Outaouais

^g Professeure associée, Université du Québec à Chicoutimi

Introduction

Au Québec, nous remarquons une montée des inégalités sociales de santé (MSSS, 2022a). Les défis et les problèmes auxquels les milieux défavorisés font face sont complexes et les services institutionnels peinent à les rejoindre. Pourtant, il existe des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux qui s'adaptent aux particularités des territoires et des communautés s'y trouvant.

Les interventions de proximité¹ (IP) se définissent comme un ensemble de services sociaux et de santé décentralisés dans des milieux de vie (quartier, immeuble locatif, etc.) caractérisés par leur situation de vulnérabilité sociale et économique.

Les intervenantes² vont vers les personnes qui ne font pas généralement appel aux services du réseau de la santé et des services sociaux. Elles créent et développent des relations de confiance avec les citoyens et travaillent en collaboration avec les partenaires locaux dans un objectif commun de mieux répondre aux besoins individuels et collectifs sur un territoire donné.

L'IP se présente comme une pratique qui agit en amont sur les déterminants sociaux de la santé (Morin et collab., 2013, 2015). Le territoire en est un élément crucial (Morin et collab., 2013, 2015), d'autant plus qu'il n'offre pas seulement une dimension géographique (Doré et collab., 2022), mais est aussi une « réalité sociale » (Tremblay, 2013), un « territoire vécu » (Caillouette et collab., 2007) où évoluent des communautés dans lesquelles sont ancrées les IP.

Au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les IP sont généralement des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux qui rapprochent le réseau des communautés et qui lui permettent d'assumer sa responsabilité populationnelle auprès des communautés en situation de vulnérabilité.

Lors d'une étude portant sur les pratiques de reddition de comptes de quatre IP du réseau de la santé et des services sociaux, un dispositif de reddition de comptes a été coconstruit avec les partenaires du

secteur communautaire et le réseau (Doré et collab., 2022). Cette étude a permis de faire ressortir deux constats majeurs :

1. Une gouvernance collaborative et partagée avec les acteurs du milieu sur un territoire donné est essentielle afin d'engager les parties prenantes, d'assurer la pérennité de l'IP et d'orienter pertinemment leurs apports (Doré et collab., 2023c; Goudet et collab., 2024);
2. La reddition de comptes actuelle « invisibilise » plusieurs activités de l'IP, n'incarne pas la réalité globale et complexe des interventions, et nuit à la reconnaissance de sa contribution à la responsabilité populationnelle de l'établissement (Doré et collab., 2023b).

Cet article examine la participation des IP à la responsabilité populationnelle du réseau de la santé et des services sociaux et à la réduction des inégalités sociales de santé (ISS), à l'aide d'interventions appropriées visant les déterminants sociaux de la santé (DSS). Notre objectif est d'illustrer comment les IP contribuent au rapprochement du réseau avec les territoires et les communautés locales, tout en participant, à leur mesure, à la décentralisation, à la débureaucratiation et à la démocratisation du réseau.

Nous débiterons par une mise en contexte et par la problématique soulevée, puis nous présenterons le cadre conceptuel et l'approche méthodologique, pour ensuite exposer des résultats qui proviennent des quatre expériences d'IP étudiées. Nous poursuivrons avec une analyse des résultats en distinguant les particularités de l'IP dans ses interventions œuvrant à réduire les ISS par le biais de ses initiatives et de ses actions sur les DSS. Enfin, la discussion abordera les enjeux de gouvernance des IP liés à la responsabilité populationnelle des établissements ainsi que les liens entre le déséquilibre des pouvoirs, l'érosion des services publics et la hausse des inégalités.

1. Contexte et problématique

1.1 La responsabilité populationnelle des établissements en CISSS et CIUSSS

Chaque CISSS et CIUSSS contribue à la responsabilité populationnelle de son territoire sociosanitaire en ciblant le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être global de sa population. Pour ce faire, il 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 (INSPQ, 2023c).

Pour participer à la responsabilité populationnelle, l'établissement doit collaborer avec ses partenaires des secteurs public, communautaire et socioéconomique du territoire. Dit autrement, les établissements « font avec » les partenaires locaux dans une visée commune de bien-être et de santé globale de la population. La figure 1 illustre le continuum d'interventions entre « produire de la santé et combattre la maladie » en mettant l'emphase sur l'action sur les déterminants de la santé.

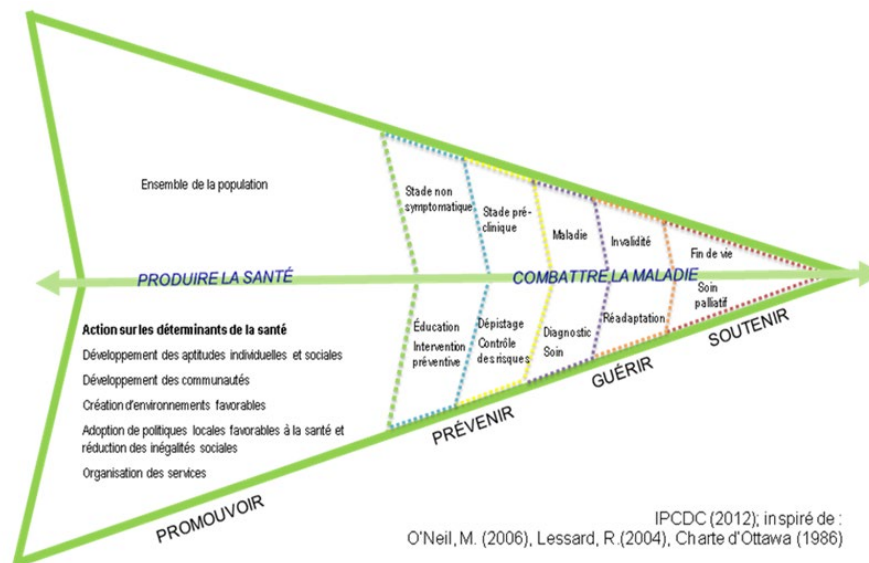


Figure 1 – Continuum d'interventions
Source : INSPQ (2023a)

1.2 Les inégalités sociales et les ISS au Québec

Pour le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS, 2022), les ISS :

réfèrent aux différences dans l'état de santé liées à un désavantage structurel et social qui est modifiable, injuste, évitable et systémique. Les inégalités sociales de santé sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales et dans les déséquilibres des

pouvoirs. Cela expose les groupes de population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de connaître de moins bons résultats de santé. (s. p.)

Les inégalités sociales sont plus néfastes que la pauvreté, car elles affectent l'ensemble de la population d'un territoire (Pickett et Wilkinson, 2019; Plourde, 2020; Wilkinson et Pickett, 2013), comme quoi « les pays plus égalitaires ont des indicateurs de santé meilleurs que les pays plus inégalitaires, même lorsque les premiers sont plus pauvres que les seconds »

(Plourde, 2020, paragr. 9). De surcroît, là où il y a de fortes inégalités sociales, une dégradation de la confiance envers les institutions et les pouvoirs publics est observée, ainsi que plus de désordres et de tensions sociales susceptibles d'amener à leur tour une recrudescence de violence et de conflits (Bernier, 2021; ONU, 2020). En somme, ce sont la cohésion et la paix sociales qui sont menacées.

Au Québec, nous remarquons une montée des inégalités sociales causée notamment par les inégalités de revenu (Observatoire québécois des inégalités, 2021), par le manque de soutien envers les immigrants (ASPQ, 2022) et par l'accès aux services sociaux et de santé (Gouvernement du Canada, 2024). Les inégalités sociales produisent ou amplifient des effets délétères, par exemple une augmentation des violences familiales et communautaires (Clément et collab., 2019; INSPQ, 2023d; ISQ, 2023); les crises du logement et l'itinérance (FRAPPRU, 2023; Hébert et Posca, 2023); l'accroissement des recours aux banques alimentaires, qui témoigne de la pauvreté grandissante (BAQ, 2023); le décrochage scolaire (MEQ, 2023); et la recrudescence des signalements retenus et traités à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ, 2023). Ces éléments risquent de fragiliser la santé mentale des personnes en situation de vulnérabilité. Nos systèmes de protection actuellement en place arrivent difficilement – et parfois n'arrivent pas – à répondre à toutes ces demandes.

D'autres inégalités, dont celles de l'accès à des espaces verts³ et bleus⁴, aux sports et loisirs, aux services de garde, aux professionnels dans les écoles, etc. (Beaudoin et Levasseur, 2017; Bernier 2021), présentent aussi des effets délétères parfois constatés à moyen ou long terme. Par ailleurs, l'angle de l'intersectionnalité permet d'appréhender la complexité des ISS où les situations défavorables s'accumulent, se croisent, s'influencent, se renforcent mutuellement et peuvent apparaître à n'importe quel moment de la vie (Bernier, 2021; De Koninck, 2008).

Le gradient social de la santé montre la correspondance entre les différences de santé et la position socioéconomique des personnes (OMS, 2009a; Raphael et collab., 2021). L'accroissement de cet

écart appelle à une plus grande justice sociale pour une réduction des ISS (Bernier 2021; OMS, 2009a; ONU, 2020; Parent et Bourque, 2016). Selon Chatelard et ses collègues (2012), les inégalités d'accès au système de soins contribuent partiellement aux écarts constatés avec le gradient social de la santé; elles peuvent tout de même être atténuées si l'organisation du système de santé s'emploie à améliorer cet aspect.

Une redistribution plus équitable des ressources peut réduire les ISS. Autrement dit, il est possible d'agir sur les ISS afin d'atténuer leurs effets délétères sur les populations en situation de vulnérabilité, entre autres en agissant sur les conditions socioéconomiques pour améliorer la santé des communautés (Bernier, 2021; MSSS, 2022a; OMS, 2009a; ONU, 2020).

1.3 La réduction des ISS en agissant sur les DSS

Pour la plupart des observateurs, les gouvernements ont un rôle majeur à endosser dans ce domaine et leurs actions devraient avoir une visée de réduction des inégalités (Bordeleau, 2023). Les politiques visant la redistribution des ressources et le renforcement de la protection sociale sont des pistes de solution pour intervenir sur les DSS (Jacques et Noël, 2021; ONU, 2020; Raphael et collab., 2021). À ce jour, il n'existe pas de liste universelle des DSS (Buetti et collab., 2019). La définition qu'en fait le CCNDS (2022) s'énonce comme suit :

Les déterminants sociaux de la santé désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. [Ils] varient à travers le temps et les sociétés. La manière dont ils s'entrecroisent explique l'évolution des conditions de vie des personnes au fil du temps et tout au long du parcours de vie. [Ils] influent sur la santé des individus, des groupes de population et des collectivités de différentes manières. (paragr. 1)

Par ailleurs, agir sur les déterminants sociaux concernant l'environnement social et économique

aurait un plus grand impact (50 %) sur l'amélioration de l'état de santé d'une population, plutôt que d'opter principalement pour des actions visant le système de soins de santé (25 %) (INSPQ, 2023d; Raphael et collab., 2021). Les facteurs biologiques et individuels auraient quant à eux 15 % d'impact sur la santé et le bien-être, alors que les actions sur l'environnement physique (qualité de l'air, de l'eau, logement, aménagement du territoire, espaces verts, etc.) auraient un impact évalué à 10 % (INSPQ, 2023b). On peut néanmoins faire l'hypothèse que cette part attribuable à l'environnement physique risque d'augmenter considérablement avec les années, considérant les problèmes environnementaux et climatiques qui deviennent de plus en plus alarmants (Plourde, 2020) et sur lesquels il devient urgent d'agir. La justice climatique s'enchâssant à la solidarité climatique représente deux des leviers non négligeables pour protéger les personnes plus défavorisées et touchées par les changements climatiques et par leurs effets collatéraux (Fournier, 2023; IPCC⁵, 2023).

En somme, agir sur les DSS réduit les écarts du gradient social en santé, et améliore la santé démocratique et la stabilité des sociétés. Conséquemment, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009b) appelle à diminuer les inégalités en agissant sur les DSS :

[I]l est nécessaire de mieux coordonner les mesures prises aux niveaux mondial, national et infranational pour agir sur les DSS par le biais d'actions intersectorielles en favorisant en même temps le développement social et économique, sachant que de telles actions exigent la collaboration de nombreux partenaires, y compris de la société civile et du secteur privé. (p. 2)

Agir sur les DSS par des actions collectives sur les territoires et offrir des services publics de proximité adaptés aux réalités des populations locales apparaissent comme des solutions nécessaires, applicables (Bernier, 2021; OMS, 2009b; Raphael et collab., 2021) et pouvant être réalisées sous l'angle du développement des communautés.

1.4 Les approches de recherche

Trois approches ont guidé notre recherche, soit les approches par les capacités (Nussbaum, 2012; Sen 2005, 2010), de coconstruction (Bovaird et Loeffler, 2013) et de développement des communautés (Bourque, 2012).

L'approche par les capacités

Développée par Amartya Sen (2005, 2010), elle mise sur l'analyse concrète des conditions de vie dans leur cadre matériel et social. Elle présente une étroite parenté avec les actions intersectorielles visant à agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités sociales (Droy, 2008; Dubois et Mahieu, 2009). La finalité de l'approche est de renforcer les capacités des personnes en augmentant les possibilités à l'égard de leur liberté de choix (Dubois et Mahieu, 2009).

L'approche de coconstruction

Ce que nous nommons ici l'approche de coconstruction est inspiré de Dugré et Morin (2019) et de l'approche de coproduction de Bovaird et Loeffler (2013). Il s'agit d'un principe d'action selon lequel les diverses parties prenantes du système de santé et services sociaux (usagers, partenaires, intervenants, gestionnaires, décideurs) mettent en commun leurs connaissances, expériences et ressources afin de travailler ensemble pour améliorer la qualité des services et des réseaux. Les parties sont actives et impliquées dans la détermination des besoins et des moyens pour y répondre.

L'approche de développement des communautés

La définition du développement des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2002) est l'une des plus répandues dans les écrits : «Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique» (p. 16). La proximité s'y révèle de multiples façons au travers de ses dimensions d'ancrage territorial des

interventions, de la participation des citoyens, des groupes et de la communauté, de même que de la collaboration intersectorielle, lesquelles sont ainsi au centre du développement des communautés (Allaire et collab., 2021; Bourque et Favreau, 2003; Caillouette et collab., 2017; RQRI, 2015; Thiam et collab., 2021).

Les trois approches choisies pour soutenir cette recherche présentent un réel potentiel heuristique pour agir sur les DSS et, par le fait même, sur la réduction des ISS. La coconstruction des savoirs et des actions renforce tout autant qu'elle résulte des capacités des personnes et des communautés à reprendre du pouvoir sur leur vie personnelle, sur

leur vie communautaire et sur leur environnement, tout en atténuant les ISS.

2. Méthodologie

Avec un devis exploratoire descriptif et contextuel d'étude de cas multiples (Yin, 2014), la recherche porte sur quatre IP liées à trois établissements de santé et de services sociaux de trois régions du Québec, soit la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal. Deux critères de sélection ont guidé le choix des IP : 1) elles ont été instaurées par un CISSS ou CIUSSS ou ces derniers sont un des partenaires constitutifs de l'IP; et 2) les IP proviennent de régions différentes (voir tableau 1).

	IP Montréal (MTL)	IP Estrie 1 (ES 1)	IP Estrie 2 (ES 2)	IP Capitale-Nationale (CN)
Type de personnel et nombre de membres du personnel*	<ul style="list-style-type: none"> - 4 intervenantes IP - 1 expert clinique - 1 gestionnaire - Partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 intervenantes IP - 2 intervenantes spécialisées à temps partiel - 1 gestionnaire - Partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 intervenantes IP, dont 2 à temps partiel - 4 intervenantes spécialisées à temps partiel - 1 gestionnaire - Partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - 12 intervenantes, dont 2 rattachées au CIUSSS - 5 gestionnaires - Partenaires
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Population d'un quartier défavorisé à forte densité - ~10 000 habitants pour 1 km² 	<ul style="list-style-type: none"> - Petite ville de ~5 700 habitants 	<ul style="list-style-type: none"> - Population de 2 quartiers défavorisés - ~11 000 habitants 	<ul style="list-style-type: none"> - Résidents d'une habitation à loyer modique (HLM) - ~500 résidents
Structure de gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance hiérarchique, leadership principal par le CIUSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance hiérarchique, leadership principal par le CIUSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance hiérarchique, leadership principal par le CIUSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Leadership partagé entre les partenaires incluant le CIUSSS

Tableau 1 – Description des quatre IP
 Note : * Statut en 2019 (phase 1 de la collecte de données)
 Source : Traduit et adapté de Goudet et collab. (2024)

2.1 Collecte de données

La collecte des données s'est déroulée entre 2019 et 2022. Les trois méthodes de collecte employées sont illustrées dans le tableau 2 : une revue de la documentation, des observations participantes et des entrevues semi-directives.

La revue de la documentation

D'abord, la revue de la documentation des quatre IP était essentielle afin de connaître leur histoire et leur

inscription dans l'organisation avec laquelle elles sont associées.

L'observation participante

Ensuite, pour bien comprendre les enjeux de la reddition de comptes, elle se devait d'être observée durant sa saisie afin de noter les commentaires de l'intervenante et de poser des questions de clarification. Le contenu de la grille d'observation a porté sur les aspects techniques (contenu, saisie informatique,

matériel physique comme agenda, manière de procéder, durée, etc.).

Les entretiens semi-directives

Enfin, l’entretien semi-directif individuel permettait d’obtenir des réponses précises avec des questions adaptées aux enjeux et aux groupes professionnels ou citoyens rencontrés. Les entretiens de groupe

homogène et hétérogène encourageaient les échanges entre les participants et approfondissaient notre compréhension des embûches rencontrées et de la complexité de la reddition de comptes. Un exemple de question dans une entrevue de groupe homogène de partenaires : « Vous sentez-vous à l’aise d’interpeller l’IP pour vos propres activités? »

Documentation	Observation participante	Entrevues	
Revue de la documentation interne des IP	Grille d’observation durant la saisie d’éléments de reddition de comptes par l’intervenante et lors de réunions d’équipe avec gestionnaire	Individuelles semi-directives	De groupe semi-directives
	51 h	Cadres supérieurs (n=12)	Intervenantes IP (n=25) Gestionnaires (n=12) Partenaires (n=15) Citoyens-usagers (n=24)
		Total : 88 participants	

Tableau 2 – Méthodologie de la collecte des données de 2019 à 2022

2.2 L’analyse

Nous avons œuvré avec l’analyse thématique descriptive de Paillé et Mucchielli (2016) et avec la méthode d’analyse de données qualitatives de Miles et ses collègues (2014).

L’analyse thématique descriptive

D’abord, la transcription des verbatims des entretiens, saisie dans le logiciel NVivo 11, a facilité la codification, puis le regroupement thématique des sujets abordés, tout en considérant les thèmes émergents. Les objectifs de la recherche ont déterminé le choix des thèmes récurrents lors de la codification intrasite et intersite à partir de l’analyse thématique de la documentation, des entretiens individuels, de l’observation participante et des entretiens de groupe.

L’analyse des données qualitatives

Après la phase de thématisation appliquée aux quatre IP, nous avons triangulé les données issues des diverses sources, puis comparé les thèmes rete-

nus afin de dégager des enjeux communs et divergents avec un regard global qui considère la complexité de ce type d’intervention. Par exemple, nous avons relevé le type de gouvernance, les obstacles et les tensions observés dans la reddition de comptes, le mandat des IP, les activités et les effets de l’IP non considérés ainsi que le déséquilibre entre les données quantitatives et celles relevant de données qualitatives.

Les avantages importants de l’observation participante sont de percevoir la réalité de l’activité observée du point de vue interne de l’acteur dans ses détails et de pouvoir clarifier des manières de faire. L’observation participante a été réalisée dans des contextes de saisie de reddition de comptes par l’intervenante et lors de réunions d’équipe avec leur gestionnaire. L’observation sur la saisie de reddition de comptes combinée aux autres méthodes de collecte des données montre la diversité des données recueillies et la rigueur de la démarche (Yin, 2014).

3. Résultats

Les résultats sont présentés en deux temps et permettent : 1) de décrire le travail en promotion et

prévention de la santé réalisé par les intervenantes; et 2) de montrer en quoi l'IP est une pratique névralgique qui a un fort potentiel pour soutenir à des degrés divers les CISSS et les CIUSSS dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle avec leurs partenaires des réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLSSS).

3.1 Comment les intervenantes participent à identifier les DSS contribuant aux ISS

Les intervenantes œuvrent au cœur des territoires couverts par l'IP. Elles perçoivent, écoutent, observent et ressentent le territoire et la communauté. Leur formation et leur expérience vécue, croisées aux perceptions des citoyens, leur permettent une analyse fine et critique pour identifier les enjeux et les besoins de la communauté.

Les données probantes recueillies par des enquêtes populationnelles et par des analyses du territoire peuvent identifier certaines inégalités sociales qui nuisent à la santé. Néanmoins, la perception qu'en ont ceux qui y vivent peut différer. Les intervenantes en IP, en étroite contact avec la population et présentes dans les milieux de vie du quotidien, participent à identifier les réels besoins des milieux et à déceler ceux qui affectent le plus la population :

On peut identifier une problématique, nous comme intervenante, mais qui n'est pas nécessairement identifiée par les citoyens. On parlait que nous étions dans un désert alimentaire. [...] Plusieurs citoyens, eux, disaient : "Mais non, j'ai le [commerce de grande surface], j'ai assez." [...] La base, c'est toujours de partir de qu'est-ce que le citoyen reconnaît comme problématique à partir des DSS. [Le dîner collectif] répond à deux choses : offrir un repas de qualité [dans] un lieu sécurisant où je peux manger avec d'autres, partager ce moment-là. Partager un repas, sortir de l'isolement [...] et créer des ancrages positifs. (Intervenante, ES 1)

Par leur formation professionnelle, les intervenantes sont dotées d'une vision globale qui les rend expertes à interpréter le discours des citoyens et à comprendre la complexité des situations, d'en faire une analyse et de trouver un moyen pour agir sur les DSS

qui rejoint la population dans ses choix. Il en résulte que ces divergences de perceptions entre l'intervenante et le citoyen peuvent orienter et ajuster les interventions subséquentes pour agir sur plus d'un DSS. L'observation, l'écoute et la prise en compte du discours citoyen et des consultations avec les autres acteurs jumelées à l'analyse des comportements, des phénomènes sociaux dans le milieu de vie des personnes et des données probantes des enquêtes résultent en une meilleure compréhension des ISS présentes et des pistes d'action à privilégier sur les DSS.

Les rencontres interorganismes et intersectorielles rendent possibles les échanges entre les acteurs des milieux et le processus produit une vision partagée et commune des DSS qui contribuent aux ISS. Les éléments susmentionnés impliquent de prendre le temps nécessaire pour effectuer une analyse pertinente et pour aller à la source du problème, laquelle découle souvent d'un ou de plusieurs DSS. Insistons sur le « temps nécessaire », largement sous-évalué dans la reddition de comptes (Doré et collab., 2023a; Lachapelle, 2023).

Comme nous l'avons mentionné en introduction, les IP en CISSS et en CIUSSS apparaissent dans des territoires où les ISS sont marquées. L'IP s'adresse à tout citoyen de tout âge résidant sur le territoire où a lieu l'intervention. L'extrait suivant décrit bien comment l'IP s'arrime sur le besoin de la personne :

On ne tient pas compte des groupes d'âge des clientèles, des profils. [...] Il n'y a pas de critères de ce côté-là. On prend la personne telle qu'elle est là, puis on se centre tout de suite sur ses besoins. On ne la catégorise pas; on regarde plutôt ses besoins. (Cadre, CN)

Ce cadre particulier de travail, où on ne se limite pas à un type de clientèle cible établi par un programme, prépare les intervenantes en IP à intervenir dans divers contextes et besoins exprimés. Elles répondent à des demandes d'aide alimentaire, à des problèmes d'insalubrité ou de logements; elles offrent de l'aide pour comprendre et remplir des formulaires administratifs; elles agissent en contexte de violence familiale ou encore auprès de personnes en crise psychotique ou suicidaire. Elles entreprennent des démarches et travaillent en amont des problèmes

afin d'intervenir sur les DSS, mais pas seulement sur les personnes prises individuellement :

C'est d'intervenir directement sur les causes qui vont mener à l'iniquité ou qui vont amener un milieu à vivre certaines difficultés. (Cadre, CN)

Autrement dit, les intervenantes en IP démontrent leurs capacités à faire le pont entre une approche populationnelle et une approche ciblée sur l'individu. Elles effectuent le va-et-vient entre répondre aux besoins individuels immédiats et effectuer la réflexion permettant d'identifier les besoins collectifs occultés.

Pour plusieurs participants, l'intervenante en IP agit en amont, évite l'aggravation des situations, des hospitalisations et fait figure d'intervention de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux :

Lorsque l'intervenante agit en proximité, elle n'agit pas juste pour le CLSC. Elle agit parce qu'elle est en prévention de tous : pour le centre jeunesse, pour les [partenaires]. On évite beaucoup d'hospitalisations en santé mentale. [...] Lorsqu'on a un réseau de sécurité, on va peut-être éviter des hospitalisations, des consultations à l'urgence [...]. Et si j'évite l'hospitalisation, combien ça coûte? Mais comment savoir ça? Tu dis cause à effet, est-ce que c'est vraiment l'IP qui a fait que... On pense que oui, mais comment on le démontre, c'est autre chose. (Gestionnaire, ES 1)

Ainsi, dans une intervention impliquant différents partenaires et dans une perspective de prévention, il est difficile de connaître objectivement ce qui a été évité et d'attribuer l'intervention à un seul intervenant. La reddition de comptes saisit difficilement les interventions faites en prévention/promotion.

3.2 Comment les intervenantes agissent sur les déterminants sociaux en santé pour réduire les ISS

Les DSS sont complexes, nombreux et exigent une intervention des acteurs pouvant s'échelonner sur plusieurs années. Cependant, le résultat peut être

notoire et apporter un réel changement sur un territoire. Ce fut le cas sur le territoire de la Capitale-Nationale, où l'IP et ses partenaires ont réussi au fil des années, avec des actions concertées, à réduire la criminalité dans le HLM et les environs, à instaurer un sentiment de sécurité chez les résidents et même à rendre le milieu plus paisible et où il fait bon vivre (Hyppolite et collab., 2021).

Les exemples qui suivent en témoignent :

On est partis de très loin. C'est un milieu où il y avait énormément de plaintes policières, de dénonciation, de délinquance, de criminalité. Tu sais, même les chauffeurs de taxi hésitaient à aller là. (Cadre, CN)

Avant, c'était des gens, des consommateurs de drogues, c'était des *rocks and rolls*, des violents, toutes sortes de monde. Il y a eu des coups de feu pendant longtemps, là. [...] Ça fait que ça aussi, ça a changé : moins de troubles, moins de bagarres. (Citoyen-résident, CN)

J'aime beaucoup le HLM, c'est tranquille. [...] C'est plus agréable même pour nous autres, pas juste pour les enfants. Il y a des fleurs, [...] ça sent bon. Tu sais, avant, il n'y avait que la mauvaise herbe. Puis, là, on est supposé avoir des arbres à fruits. Ils seront installés dans les prochaines semaines. On parle de pommiers, puis quatre fruits qui seront installés ici. (Citoyen-résident, CN)

Ces exemples soulignent que le travail et les décisions prises par l'ensemble des partenaires mènent, au fil du temps, à une amélioration quant à la sécurité des résidents du HLM et des environs, et contribuent à créer des espaces de tranquillité où l'accès à plus de nature et de beauté crée un climat propice au bien-être et à l'épanouissement.

Parmi les autres DSS sur lesquels les intervenantes des quatre IP interviennent en collaboration avec leurs partenaires, mentionnons le secteur de l'éducation par l'aide au devoir; la réinsertion scolaire et autres activités avec les jeunes; la création d'espaces communs accueillants comme des jardins et parcs; l'aide à l'emploi; l'aide pour comprendre et remplir divers formulaires; l'accompagnement des néo-Canadiens, notamment par le biais d'activités de

francisation; l'aide à la recherche de logements décentes et à la stabilité résidentielle; les diverses aides et le soutien aux familles; etc.

Même s'il est de la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux de faire connaître les services offerts, il n'en demeure pas moins qu'agir auprès de personnes ayant une méfiance, une méconnaissance ou peu de connaissances de leurs services demande une approche et un savoir-être particuliers. Les intervenantes en IP vont à la rencontre des citoyens dans les milieux qu'elles investissent et font du démarchage (*reaching out*) pour se faire connaître. Par ailleurs, lorsqu'un citoyen vient vers le service, il est impératif de l'accueillir immédiatement. Les intervenantes en IP offrent une réponse sécurisante et rapide aux citoyens.

Un des DSS les plus nommés par la plupart des participants est l'accès rapide et facilité aux services sociaux et de santé et celui offert par les partenaires. Ce faisant, la prise en charge rapide empêche la situation de se dégrader. L'autonomie professionnelle et les bons liens entretenus avec les autres intervenantes du réseau et les partenaires rendent possible un mouvement rapide lorsque nécessaire :

C'est le fun de contribuer dans un milieu [où] il y a beaucoup de gens qui contribuent aussi. Tu vas avoir les *fast tracks* que ça apporte avec la DPJ, les services avec la police. C'est vraiment gagnant. (Cadre, CN)

La rapidité de l'intervention est un élément majeur souvent nommé par les citoyens. Alors que la proactivité des intervenantes accélère l'accès au service, il n'en demeure pas moins qu'avec les citoyens, elles prendront le temps nécessaire pour bien cerner leurs problèmes :

Et puis, [l'intervenante] a fermé la porte et elle n'a pas *checké* le temps qu'elle était avec moi. On a passé, je pense, deux heures. (Citoyen, ES 1)

Notons ici également que la préoccupation du temps est clairement exprimée. La temporalité est intrinsèquement liée à l'IP. Elle est variable et vécue différemment selon les acteurs. Le temps des institutions, des intervenants, des gestionnaires, des citoyens et des usagers n'est pas perçu et vécu avec les mêmes impératifs. La mission et les caractéristiques de l'IP

produisent une pratique à long terme, parfois discontinuée selon les mandats des IP, avec des urgences et des imprévus quasi quotidiens qui montrent une pratique adaptée au cas par cas et à chaque situation rencontrée. Ce temps alloué à l'intervention permet de désamorcer la crise et de bien cerner les différents problèmes. Les actions subséquentes seront mieux orientées et avec les bons acteurs. En ce sens, on peut croire que « le bon service au bon moment » est rendu possible et répond mieux au besoin, ce qui empêchera le retour vers les services, l'aggravation ou l'abandon. Néanmoins, il a aussi été nommé que l'engorgement du système de santé crée des listes d'attente et fait en sorte que la prise en charge par l'établissement peut être longue.

Un important facilitateur à l'accès aux intervenantes est la proximité territoriale et physique, car les intervenantes sont visibles dans les milieux de vie, ce qui participe à la proximité relationnelle :

Lorsqu'on les rencontre dans la rue, [les intervenantes] ne vont pas faire semblant de ne pas te reconnaître. Elles vont dire bonjour. Ça fait du bien. [...] Elles te reconnaissent, il y a comme un lien, même si ce n'est pas de vraies amies. Et puis leur sourire. Elles sont toujours souriantes, ces dames. (Citoyen, MTL)

Les IP s'impliquent avec les citoyens dans l'organisation des événements :

Quand on fait des activités, des grosses activités ensemble, [la] fête des couleurs, aménager la cour [...], on est tout le monde présent, les intervenants. Et on fait les choses avec les locataires. En quelque part, on est en train de dire à tout le monde : "On est là, on est vraiment proches, autant proches qu'on fait les choses avec vous, ramasser les déchets, faire les hot-dogs ou [...] revoir la salle pour la fête des couleurs, etc." (Intervenante, CN)

Le lien relationnel qui s'établit et se crée dans l'informel amène un lien de confiance qui s'avère névralgique pour rejoindre des personnes vues comme plus réfractaires ou méfiantes envers les services institutionnels :

Beaucoup de personnes dans les quartiers sont réfractaires. Elles ne viendraient pas chercher les services. [...] On entend souvent : “Nous, les TS [travailleuses sociales], on ne veut rien savoir de ça. Mais [intervenante X], c’est correct.” Pourtant, [intervenante X], c’est une TS. Donc, ça personnalise l’intervention et ces personnes-là s’ouvrent à recevoir de l’aide, alors qu’elles ne l’auraient pas fait dans un contexte régulier. (Gestionnaire, ES 1)

Ainsi, les liens se tissent entre le citoyen et l’intervenante. Soulignons qu’ils se tissent dans le temps, au fil de rencontres où chaque personne apprend à connaître et à reconnaître l’autre comme quelqu’un de confiance.

Une autre caractéristique de l’IP est d’avoir des intervenantes ouvertes à une approche communautaire avec le souci de conserver les équipes en place. La connaissance fine du territoire, des communautés et le tissage de liens forts s’acquièrent avec le temps, d’où l’importance de voir à fournir les conditions nécessaires pour maintenir les mêmes équipes en poste.

Les liens se tissent également avec les partenaires. Les intervenantes en IP connaissent la mission des partenaires et reconnaissent l’expertise de ceux-ci, et réciproquement. Les partenaires n’hésitent pas à aviser les intervenantes lorsqu’une situation anormale ou délétère pour un citoyen existe, mais qui n’entre pas dans le créneau de leur organisation. Un partenaire interrogé témoigne :

On a constaté une personne qui était visiblement très désorganisée, qui errait dans la ville. Eh bien, notre réflexe, ça n’a pas été d’appeler la police ou le centre de services sociaux. Ça a été d’appeler l’[intervenante en] IP. Parce qu’on sait qu’un coup de fil à l’IP, ça ne va pas mettre la personne dans le trouble. (Partenaire, ES 2)

Les collaborations interorganisationnelles et intersectorielles entre les intervenantes et les partenaires leur permettent donc d’agir en prévention, tout en évitant une intervention qui pourrait être stigmatisante, qui nuise à la personne dans le futur et à risque de la mettre dans une situation d’exclusion ou d’autoexclusion sociale. Cette vigilance de quartier

contribue à créer des milieux plus bienveillants où on constate une hausse du sentiment de sécurité.

Ce dernier se vit aussi dans les espaces investis par les intervenantes. Le soutien bienveillant qu’elles apportent aux citoyens permet à ces derniers de créer leur propre réseau et de révéler leur potentiel. L’espace sécuritaire de l’IP permet des rencontres entre citoyens ainsi que la création de liens et de réseaux informels, tout en contrant l’exclusion et l’isolement :

À l’espace café [...], on s’est rendu compte qu’il y avait plusieurs personnes qui habitaient dans le même immeuble et elles aimaient ça aller à la piscine l’été. [...] Tranquillement, ça donne que, dans ces immeubles-là, il s’est créé des liens. Ce sont vraiment des petits réseaux informels. (Intervenante, ES 1)

Les intervenantes agissent en soutien aux citoyens, d’une part, dans le cadre d’intervention individuelle et, d’autre part, dans leurs démarches à caractère collectif. Un citoyen explique l’élan vers la réalisation de soi qu’elles impulsent dans les deux cas, renvoyant ici au processus d’empowerment (Ninacs, 1995), qui peut mener à une mobilisation dans la communauté :

Elles sont là pour ouvrir les horizons, pour ouvrir la porte et puis, un coup que tu es rentré et que tu as été dans ton problème, elles sont là pour te montrer à toi que tu es capable de continuer. [...] C’est à nous à faire la démarche en premier. [...] Mais elles nous donnent la force intérieure de dire : “Tu es capable. Mais, on est toujours là. S’il arrive quelque chose, on va t’aider.” (Citoyen, ES 2)

La mobilisation des citoyens fait que plusieurs se sentent en mesure de redonner et de mettre leur contribution au service de la collectivité. Il se crée des « citoyens pivots », qui sont alors en mesure de diriger d’autres citoyens vers les services de l’IP ou d’aviser les intervenantes lorsqu’une situation pourrait nécessiter une intervention :

Une dame qui avait un problème de santé mentale, qui décompensait, [elle] était seule dans son loyer et c’est un des voisins, qui a le rôle de

concierge, qui connaît bien l'IP, qui a dit [à l'intervenante en IP] : "Elle ne sort plus. Ça n'a pas l'air d'aller." L'intervenante est allée voir la personne. Cette approche-là évite peut-être des hospitalisations. (Gestionnaire, ES 1)

Cet exemple démontre que les citoyens qui connaissent les intervenantes en IP et qui reconnaissent les bienfaits de ce type d'intervention n'hésitent pas à aviser quand une situation les dépasse. Leur sentiment de responsabilité sociale conduit à agir avec bienveillance et apporte une plus grande sécurité dans le milieu.

En résumé, les résultats présentés ici illustrent bien le travail de promotion et de prévention par des interventions touchant les DSS qu'exercent les intervenantes en IP ainsi que leur rôle dans la lutte aux ISS. Plus spécifiquement pour le réseau de la santé et des services sociaux, l'IP vise un accès aux soins et aux services sociaux de proximité (territoriale et relationnelle). Elle est proactive et mobilise tout le milieu.

Cependant, les intervenantes en IP n'ont pas, pour le moment, accès aux sphères décisionnelles. Leur pouvoir sur les décisions prises concernant l'objet de leur travail, le territoire et les populations qu'elles desservent est plutôt restreint. Considérant leurs connaissances et expériences, cela constitue un enjeu de taille dans la prise de décision des établissements CISSS et CIUSSS en ce qui concerne les communautés évoluant sur le territoire.

4. Discussion

4.1 La portée des IP est réduite par les enjeux de gouvernance

La gouvernance des CISSS et des CIUSSS repose en grande partie entre les mains de quelques hauts gestionnaires. La taille disproportionnée de ces établissements n'aide pas à obtenir une vision globale des besoins réels de la population et de la complexité des problématiques présentes sur leurs immenses territoires sociosanitaires.

Par ailleurs, les enjeux ne sont pas les mêmes sur l'ensemble du territoire sociosanitaire, car il se trouve des enclaves où ils sont particuliers et ne peuvent pas

être répondus de la même manière que dans le reste du territoire. Cela introduit la question du pouvoir décisionnel dans l'allocation et la gestion des ressources pour répondre aux besoins particuliers des territoires (Klepac et collab., 2023).

Il semble donc nécessaire de penser à adapter la gouvernance, voire à opter pour une gouvernance plus décentralisée, locale et comprenant de multiples acteurs. La discussion qui suit propose de repenser la gouvernance pour les territoires afin de mieux répondre aux enjeux présents et futurs. Considérant que la gouvernance actuelle des CISSS et des CIUSSS est de type multiniveau, nous proposons la définition suivante, retenue de nos travaux :

Multilevel governance is shaped at three levels (operational, tactical, strategic): the operational corresponds to the ground clinical-administrative level, the tactical to the management level, and the strategic to the "hierarchical" decision-making level. From this perspective, governance becomes a space in which the voice of actors at the operational level benefit from the credibility associated with the tactical and strategic levels. Conversely, the administrators of the strategic level have an ongoing need for legitimacy from the actors at the other levels, notably from the health professionals. The tactical level is responsible for translating strategic guidelines to the operational level and transferring the actions undertaken at the operational level to the strategic level. In this way, coherence is created between the three levels, which allows the process of adaptation and organization to be strengthened and to be explicitly linked to the concept of equity within the populations being served, notably the most vulnerable. (Goudet et collab., 2024, p. 2)

Cette définition permet d'aborder et d'élargir la discussion sur les lacunes dans la gouvernance des IP, mais aussi d'entrevoir le potentiel qui y réside et sur lequel miser.

4.2 L'enjeu de la gouvernance actuelle liée à la responsabilité populationnelle : le territoire occulté

La gouvernance actuelle des CISSS et des CIUSSS est de type multiniveau (stratégique, tactique et opérationnelle) et hiérarchique puisque c'est le niveau stratégique qui détermine en grande partie les orientations des autres niveaux. En général, les

partenaires et autres acteurs non institutionnels ont une place restreinte dans les décisions stratégiques (MSSS, 2022b).

Nous avons constaté que les intervenantes en IP tiennent un rôle important dans l'identification des inégalités sociales par leurs observations et par l'analyse des besoins du territoire, complétées ou affirmées par les partenaires et les citoyens. En ce sens, elles participent activement au développement des communautés et favorisent l'empowerment des citoyens et des collectivités (Parent et Bourque, 2016) en encourageant le développement de la conscience critique, rendant ainsi possible la capacité de décider et d'agir conformément à leurs propres choix (Ninacs, 1995). Travailler avec les partenaires et les institutions coconstruit un lien communautaire, et mobilise le sens de la citoyenneté et l'appartenance à cette communauté. Dans un contexte d'intervention collective et d'action intersectorielle où plusieurs acteurs travaillent sur les DSS, démontrer l'imputabilité d'un seul acteur sur un processus menant à un résultat est pratiquement impossible (INSPQ, 2002; IPCDC, 2014; Simard, 2017). Tous les acteurs contribuent à l'identification des besoins et des moyens pour y répondre.

Boisvert (2013) souligne l'impact potentiel du travail collectif d'acteurs d'un territoire dans une visée de réduction des ISS :

Le [développement des communautés] est le résultat des efforts qui font progresser une situation. En ce sens, toutes les communautés d'une région, qu'elles soient riches, pauvres, défavorisées ou mieux nanties, vulnérables, résilientes ou aisées, ont une capacité différenciée en matière de développement social. Au bout du compte, en plus des efforts liés au développement de chaque communauté, c'est la synergie de l'ensemble de ces efforts sur le plus grand nombre de communautés possible qui fera reculer, pour la peine, les inégalités sociales de santé. (p. 208)

Par conséquent, ce recul des inégalités sociales, qui améliore les conditions et la qualité de vie de la population, participe à la réduction du gradient social

de santé et institue une plus grande justice sociale pour tous.

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, « la coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel » (RLRQ, ch. S2-2, art. 99.4), ce que sont les CISSS et les CIUSSS. La responsabilité populationnelle qui incombe au RLSSS est coordonnée par les CISSS et les CIUSSS, en collaboration avec les partenaires de divers secteurs du même territoire.

L'approche programmatique et clientéliste en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux fait en sorte que c'est l'institution qui détermine à la fois les besoins et la réponse à ces besoins en établissant une offre de services préétablie, souvent limitée et restrictive. Ainsi, « ce sont moins les services qui sont adaptés aux besoins de la personne que les besoins de la personne qui sont adaptés aux services existants » (Carrier et collab., 2013, p. 6). Les services institutionnels sont donc limités dans leur offre de services en prenant peu en compte les aspirations des personnes et des communautés dans la détermination des besoins et des moyens pour y répondre (Carrier et collab., 2012, 2015). Cette manière de faire cantonne les services sociaux dans le service individuel et risque de se transformer en une « forme d'assistantat durable » (Bastien et Goulet, 2006, p. 82), où l'intervenante sociale applique des stratégies d'intervention dans une perspective de service. En ce qui concerne le travail social, c'est l'essence de la profession qui peut être en péril, car la pratique peut alors être perçue comme une « simple activité, avec des pratiques d'entraide à la mode, mais manquant réellement de sens » (Martinez, 2018). Le sens semble non seulement un élément essentiel, mais il est également inhérent à la pratique du travail social et de proximité (Doré et collab., 2023a; Grenier et Bourque, 2016; Lachapelle, 2023; Simard, 2017).

Enfin, le risque de demeurer dans la simple dispensation de services évacue l'analyse globale et politique des enjeux qui causent, alimentent et reproduisent les inégalités sociales (Martinez, 2018; Parent et Bourque, 2016). En ce sens, dans les IP, où le territoire est également considéré, il

est possible de mieux saisir les ISS dans un contexte au-delà des services individualisés, cadrant la compréhension des enjeux et besoins d'une collectivité territoriale sur un autre registre.

Alors, qu'en est-il de la gouvernance? Les partenaires communautaires, institutionnels et socioéconomiques présents sur les territoires ont-ils un pouvoir décisionnel? Entend-on les municipalités sur ce sujet? Ces partenaires ont-ils leur mot à dire sur les priorités en santé qu'ils perçoivent et sur la façon dont ils peuvent contribuer? Comment s'incarner tangiblement la décentralisation des services pourtant souhaitée (MSSS, 2022b)?

À en croire certains mémoires⁶ déposés à l'Assemblée nationale, le projet de loi n° 15 *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* présentait plusieurs craintes auprès de la société civile, notamment en ce qui a trait à la décentralisation promise et à l'exercice de la démocratie (OTSTCFQ, 2023; RQIIAC, 2023). On peut se demander comment s'actualisera la loi adoptée – sous le bâillon – en décembre 2023 et visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace; loi qui crée aussi le plus gros employeur du Québec.

La gouvernance des établissements, et plus spécifiquement des IP, bénéficierait à inclure davantage les partenaires, les intervenantes et, idéalement, les citoyens dans une gouvernance multiniveau collaborative et partagée non seulement sur le plan opérationnel, mais également tactique et stratégique.

Par ailleurs, ces niveaux doivent dialoguer et partager leurs connaissances et les enjeux identifiés (Goudet et collab., 2024). Il en va d'une «gouvernance renouvelée» (MSSS, 2022b) qui appelle à un changement de la culture organisationnelle (Doré et collab., 2023a). Les établissements CISSS et CIUSSS bénéficieraient d'un rapprochement avec les IP, les partenaires et les citoyens dans une perspective de concilier les décisions et les moyens pour atteindre les cibles déterminées par les partenaires, par les équipes d'intervenants et par les citoyens en fonction des besoins identifiés sur le territoire (MSSS, 2022b). Le croisement des savoirs dans une réflexion commune et leurs actions concertées sur le territoire pourraient empêcher la détérioration de situations aux échelles individuelle et collective.

Lorsqu'il y a un historique d'action collective et un ancrage territorial d'acteurs intersectoriels, les liens et réseaux s'activent rapidement avec des réponses locales, adaptées et innovantes lors d'événements inattendus (Badji et collab., 2023; Lachapelle et Bourque, 2020; Veil et collab., 2021).

En somme, penser la responsabilité populationnelle des CISSS et des CIUSSS en lien avec le RLSSS ne peut faire l'économie de réfléchir au territoire où se situe cette population. Il y a un fort potentiel d'innovation des IP dans leur participation à la gouvernance, notamment pour faire remonter aux décideurs les besoins des communautés, et pour signifier les liens entre les problèmes vécus sur le territoire et les ISS qui y sont présentes (OTSTCFQ, 2023; RQIIAC, 2023). Parent et Bourque (2016) considèrent le rôle majeur des intervenantes sociales dans la sensibilisation des acteurs décisionnels aux conditions de vie des communautés sur le territoire ainsi que dans les actions à entreprendre pour réduire les ISS présentes et leurs effets.

4.3 Le déséquilibre des pouvoirs, l'érosion des services publics et les inégalités

Nous ne pouvons discuter des inégalités sociales et de celles de la santé sans aborder le déséquilibre des pouvoirs et de ressources disponibles. Dans une perspective de réduction des ISS, il est nécessaire de considérer globalement l'ensemble des facteurs qui causent et reproduisent ces inégalités.

Depuis quelques décennies, nous expérimentons un système néolibéral qui précipite le secteur de la santé et des services sociaux vers le privé. Qu'elle soit du domaine scolaire, médical, social et autres, cette marche vers la privatisation nuit à l'accès universel aux soins et services dont la société entière bénéficierait (Plourde et collab., 2023). En effet, le maintien des ISS coûte cher à l'État en matière de soins de santé, engendre un coût humain non négligeable qui affecte également la participation à la vie sociale des citoyens et nuit à la cohésion sociale (Pickett et Wilkinson, 2019). La privatisation graduelle du système de santé est reconnue (Prémont, 2024) et accroît les inégalités en santé puisqu'encore une fois, ce sont ceux qui ont des revenus moyens et élevés

qui bénéficieront des services privés. Les travailleurs et travailleuses sont aussi séduits par le secteur privé puisqu'il offre de meilleures conditions de travail et salariales (Frappier, 2008; Lévesque 2023; Radio-Canada, 2023). Faute d'octroyer les ressources nécessaires aux milieux, on sous-finance les services publics, tout en privatisant des secteurs que le Québec avait développés pour donner des chances à tous et pour tendre vers une société plus égalitaire.

L'accès aux ressources liées aux déterminants sociaux de la santé (transport, emploi, éducation, revenu, services sociaux et de santé, etc.) est inégal. Les obstacles à l'accès aux ressources et l'inégalité dans la distribution de celles-ci divisent la société entre les privilégiés et les non-privilégiés. Les questions à se poser sont : Que voulons-nous comme avenir? À quoi sommes-nous prêts à renoncer et que sommes-nous prêts à transformer pour réduire les inégalités sociales au sein de notre société?

La justice climatique nous conduit également à considérer « que l'équité et les droits humains sont au cœur de la prise des décisions et des mesures en matière de changement climatique » (PNUD, 2023, paragr. 1). Les populations où les ISS sont fortement présentes sont aussi les plus touchées par les enjeux et par les effets liés au climat planétaire, qui exacerbent et accroissent les ISS (Dagenais Lespérance et Macdonald, 2019; IPCC, 2023; Senay et collab., 2023). Les experts encouragent ainsi les gouvernements à tenir compte des réalités des personnes en situation de vulnérabilité lors de l'établissement de politiques publiques en matière de lutte aux changements climatiques et de soutien à la transition socio-écologique (IPCC, 2023).

Devant l'ampleur de la tâche et les différents enjeux, le travail de proximité et intersectoriel dans une perspective territoriale, engageant notamment les citoyens et les communautés, est essentiel (Lachapelle, 2023; Senay et collab., 2023).

Conclusion

Le budget attribué en 2023-2024 à la santé représentait 42,6 % des dépenses du Québec (Cousineau, 2023). L'injection année après année d'argent dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'est pas arrivée à

freiner les besoins. Le système n'arrive toujours pas à y répondre, les besoins semblent de plus en plus criants et les ISS s'accroissent et se multiplient. Le mode réactionnel proposé dans un système hospitalocentré de soins curatifs n'arrive pas à combler le fossé engendré. Nous savons maintenant qu'il serait cohérent d'agir sur les conditions sociales d'existences liées aux inégalités et sur l'environnement – lesquelles touchent l'ensemble de la population –, ce qui, à eux deux, représente 60 % des impacts sur l'état de santé et de bien-être de la population (INSPQ, 2023b). L'OMS (2024) fait d'ailleurs de la promotion de la santé et du bien-être l'une de ses trois priorités fondamentales.

Une vaste consultation menée en 2023 au Québec souligne la nécessité de revenir à « l'intervention collective et les pratiques de proximité pour répondre au mieux aux défis émergents » (INM, 2023, p. 39). Le rapport découlant de la consultation recommande la « promotion de pratiques "hors murs", en dehors des structures institutionnelles, telles que les milieux de vie et les concertations locales » (Bourque et collab., 2023, p. 11). Les intervenantes en IP ont notamment le potentiel de rapprocher les communautés des instances si on leur en laisse la possibilité (INM, 2023). Elles redéfinissent les rapports entre professionnels et citoyens-usagers, réhabilitant la relation d'aide significative. Cet enjeu est d'autant plus important qu'il existe un lien entre le sens et l'efficacité, et que réintroduire le sens dans l'intervention professionnelle est devenu une condition de l'efficacité.

Sur plusieurs tribunes – notamment celles en réaction au projet de loi n° 15 –, on réclame plus de démocratie et de participation de la société civile et des travailleurs du milieu de la santé et des services sociaux ainsi que des citoyens dans la gouvernance du MSSS. Et si on considérait la position des territoires? Et s'il s'opérait une décentralisation réfléchie et équilibrée ainsi qu'une gouvernance du système de santé qui mettent davantage à profit des acteurs des communautés territoriales? Ce nouvel équilibre dans la gouvernance tendrait vers une réduction des DSS contribuant aux ISS, notamment dans les territoires locaux plus défavorisés par l'attribution de ressources substantielles en provenance de l'État.

Et s'il émergeait une véritable gouvernance multi-niveau collaborative et intersectorielle où circulent de manière fluide les informations et les enjeux afin de rendre les services sociaux et de santé plus accessibles pour tous?

NOTES

- 1 L'intervention de proximité n'est pas limitée au réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs interventions de ce type se font entre autres dans les milieux communautaires et collectifs. Bien que notre recherche se limite à l'IP en CISSS et en CIUSSS, nous pensons que le tableau commun élaboré pourra être adapté par les différents milieux alliant interventions collectives, intersectorielles et territoriales.
- 2 Le choix du féminin pour désigner l'ensemble des intervenants en IP, généralement formés en travail social, s'est fait en considérant la forte représentation de femmes à exercer dans les professions liées au social; ce choix s'en trouve plus représentatif et proche du terrain.
- 3 Selon le ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH), un espace vert réfère à « un espace à dominance végétale (pelouse, herbes, arbres), d'origine naturelle ou humaine, situé dans un environnement urbain ou bâti ». <https://www.quebec.ca/habitation-territoire/amenagement-developpement-territoires/amenagement-territoire/guide-prise-decision-urbanisme/financement-maitrise-fonciere/contribution-parcs-terrains-jeux-espaces-naturels/espace-vert>
- 4 Les espaces bleus réfèrent aux surfaces urbaines extérieures majoritairement occupées par l'eau (lacs, rivières, fontaines, etc.). <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2839-mesures-lutte-ilots-chaueur-urbains.pdf>
- 5 L'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) correspond au Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC).
- 6 Pour consulter les mémoires déposés à l'Assemblée nationale lors du mandat « Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15 » : <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-49015/memoires-deposes.html>

RÉFÉRENCES

- Allaire, J.-F., Thiam, Y., Morin, P., Zomahoun, H. T. V., Rheault, N., Lacasse, F., Doré, C., Hyppolite, S.-R. et Garon, S. (2021). Soins communautaires intégrés fournis par les systèmes de santé publique et de protection sociale : protocole pour une synthèse réaliste. *Journal international des soins intégrés*, 21(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.5629>
- Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). (2022). *Inégalités sociales : impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec*. ASPQ. https://aspq.org/app/uploads/2022/02/2022_immigrants-et-covid_vf.pdf
- Badji, M. S., Gueye, S. T. M., Bourque, D., Doré, C., Lapierre-Fortin, É., Oularé, N. et 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>
- Banques alimentaires du Québec (BAQ). (2023). *Bilan-Faim Québec 2023*. BAQ. https://banquesalimentaires.org/wp-content/uploads/2023/10/Bilan-Faim-2023_Final.pdf
- Bastien, R. et Goulet, J. (2006). *Étude microsociale du travail de terrain réalisé au CLSC Montréal-Nord : les marcheurs de l'Équipe Quartier*. Agence des services sociaux et de santé de Montréal, gouvernement du Québec. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/56552>
- Beaudoin, M. et Levasseur, M.-È. (2017). *Verdir les villes pour la santé de la population : revue de la littérature*. INSPQ, gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2265-verdir-villes-sante-population.pdf>
- Bernier, N. F. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être*. INSPQ, gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf>
- Boisvert, R. (2013). Réduction des inégalités sociales de santé : dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 197-214. <https://doi.org/10.7202/1024988ar>
- Bordeleau, J. (2023, 20 mars). Un plan pour réduire durablement la pauvreté et les inégalités sociales [Opinion]. *La Presse+*. https://plus.lapresse.ca/screens/dac9c19-40dc-4c6e-b0b1-fd897e2eb54b%7C_0.html

- Bourque, D. (2012). Intervention communautaire et développement des communautés. *Reflets*, 18(1), 40-60. <https://doi.org/10.7202/1012331ar>
- Bourque, D., Émond, A. et 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
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*, 50(1), 295-308. <https://doi.org/10.7202/011352ar>
- Bovaird, T. et Loeffler, E. (2013). Le rôle de la coproduction pour un meilleur état de santé et de bien-être : pourquoi nous avons besoin de ce changement. Dans S. Carrier, P. Morin, S. Garon, A. Lambert, L. Gerbert et M.-P. Beaudoin (dir.), *Le modèle écossais : de la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés* (p. 21-27). C.S.S.S.-I.U.G.S./Joint Improvement Team. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Recueil-livres/Livre_Le_model_eccossais.pdf
- Buetti, D., Taylor, S. et Lapierre, S. (2019). Interventions fondées sur les déterminants sociaux de la santé : quelles implications pour le travail social structurel? *Service social*, 65(1), 40-53. <https://doi.org/10.7202/1064589ar>
- Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G. et Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et solidarité*, 38(1), 8-23. http://www.erta.ca/sites/default/files/2017-03/caillouette-et-al_territorialite-action-publique-locale_2009.pdf
- Caillouette, J., Doré, C. et Bourque, D. (2017, 24 mai). *Le développement des communautés et le défi de l'interculturalité*. XVI^e Congrès international de l'Association internationale pour la recherche interculturelle, Antananarivo (Madagascar).
- Carrier, S., Lambert, A., Garon, S., Morin, P., Gagné, A.-A. et Bossé, P.-L. (2015). Évaluer les effets que produisent les services sociaux dans la vie des personnes usagères : proposition d'un cadre d'analyse. *Intervention*, 142, 17-27. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne/142/evaluer-les-effets-que-produisent-les-services-sociaux-dans-la-vie-des-personnes-usageres-proposition-dun-cadre-danalyse/>
- Carrier, S., Morin, P. et Garon, S. (2012). L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Intervention*, 137, 47-56. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_137_5_lapproche_centre_e_sur_les_resultats.pdf
- Carrier, S., Morin, P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L. et Beaudoin, M.-P. (dir.). (2013). *Le modèle écossais : de la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*. C.S.S.S.-I.U.G.S./Joint Improvement Team. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Recueil-livres/Livre_Le_model_eccossais.pdf
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). (2022). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>
- Chatelard, S., Burnand, B., Vaucher, P., Bodenmann, P., Vu, F., Panese, F., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., Schaller, P., Fillettaz, S. S. et Raetz, M. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé : quel pouvoir d'action? *Revue médicale suisse*, 34(8), 1061-1066. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-341/le-medecin-face-aux-inegalites-sociales-de-sante-quel-pouvoir-d-action>
- Clément, M.-È., Julien, D., Lévesque, S. et Flores, J. (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec 2018 : les attitudes parentales et les pratiques familiales – Résultats de la 4^e édition de l'enquête*. Institut de la statistique du Québec, gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-2018-les-attitudes-parentales-et-les-pratiques-familiales.pdf>
- Cousineau, M.-E. (21 mars 2023). 5,6 milliards prévus pour le réseau de la santé du Québec et sa réforme. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/786230/5-6-milliards-prevus-pour-le-reseau-de-la-sante-du-quebec-et-sa-reforme>
- Dagenais Lespérance, J. et Macdonald, S. (2019). La justice environnementale : dans l'angle mort de la formation en travail social? *Intervention*, 150, 113-119. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne//150/la-justice-environnementale-dans-langle-mort-de-la-formation-en-travail-social>

- De Koninck, M. (2008). Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé. Dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (p. 57-84). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.9994>
- Directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux (DPJ). (2023). *En équilibre vers l'avenir : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2023*. Gouvernement du Québec. <https://ciusssmq.ca/telechargement/2162/bilan-dpi-2023-provincial>
- 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>
- Doré, C., Lévesque, N., Goudet, A., Maillet, L., Hyppolite, S.-R. et Goudet, A. (2023a, 22 septembre). *Reddition de comptes pertinente en intervention de proximité : sur quoi miser?* [Communication orale]. IUPSSS, gouvernement du Québec. <https://www.iuplsss.ca/en/evenement/midi-conference-reddition-de-comptes-pertinente-en-intervention-de-proximite-sur-quoi-miser>
- Doré, C., Lévesque, N., Goudet, A., Hyppolite, S.-R. et Maillet, L. (2023b, 16 novembre). *Proximité et reddition de comptes : le devoir de changer – Activité de mobilisation des connaissances* [Communication orale]. Drummondville, Canada.
- Doré, C., Lévesque, N., Goudet, A., Maillet, L., Hyppolite, S.-R. et Joseph, J.-A. (2023c, 11 mai). *Une gouvernance collaborative en santé : l'expérience en intervention de proximité* [Communication orale]. 90^e Congrès de l'ACFAS «La gouvernance collaborative en santé : l'innovation dans la prise de décision», Montréal, Canada.
- Droy, I. (2008). Quel apport de l'approche par les capacités pour l'analyse des inégalités de genre? Dans V. Reboud (dir.), *Amartya Sen : un économiste du développement?* (p. 127-150). Agence française de développement.
- Dubois, J.-L., et Mahieu, F.-R. (2009). Sen, liberté et pratiques du développement. *Revue Tiers Monde*, 2(198), 245-261. <https://doi.org/10.3917/rtm.198.0245>
- Dugré, É. et Morin, P. (2019). *La communauté des savoirs – Créer et transformer ensemble : vision, valeurs, principes et modes d'action*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/Cadre_de_reference_La_communaute_des_savoirs.pdf
- Fournier, C. (2023, 20 mars). *Nouveau rapport de synthèse du GIEC : le résumé complet*. Youmatter. <https://youmatter.world/fr/rapport-giec-2022-2023-resume-complet-conclusions/>
- Frappier, J. (2008). *La disponibilité des infirmières pour la pratique mixte* [Les Notes économiques]. Institut économique de Montréal. https://www.iedm.org/uploaded/pdf/juin2008_fr.pdf
- Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPPRU). (2023). *Faire de la crise du logement vécue par les locataires une priorité budgétaire : mémoire présenté au ministère des Finances du Québec dans le cadre des consultations prébudgétaires 2023-2024*. <https://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2023/02/MemoireFRAPPRUBudgetQc2023.pdf>
- Goudet, A., Doré, C., Hyppolite, S.-R., Lévesque, N., Joseph, J.-A., Maltais, D., Bourque, D. et 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>
- Gouvernement du Canada. (2024). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités de santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle. *Forum*, 1(147), 8-17. <https://doi.org/10.3917/forum.147.0008>
- Hébert, G. et Posca, J. (2023). *Crise du logement : un marché locatif en manque d'encadrement* [Fiche socioéconomique n° 27]. IRIS. <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/20230629-Logement-WEB.pdf>
- Hyppolite, S.-R., Boulaâmane, K. et Clément, M. (2021). *Interventions de proximité aux Habitations Place de la Rive : pratiques et reddition de comptes selon les acteurs impliqués – Rapport de la phase 1 au site de la Capitale-Nationale de la recherche intitulée Comment articuler le sens et la mesure dans les pratiques et la gestion des interventions de proximité en CISSS et CIUSSS?* <https://www.researchgate.net/>

[publication/364264003_intervention_de_proximite_aux_habitations_place_de_la_rive_pratiques_et_reddition_de_comptes_selon_les_acteurs_impliques](#)

Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC). (2014). *Rendre des comptes en développement des communautés* [Cahier n° 4]. IPCDC.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2023). *Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes : violence*. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/violence#cb_1

Institut du Nouveau Monde (INM). (2023). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social : rapport de consultation*. INM. https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Rapport-de-consultation-INM.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/82>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023a). *Comment assumer la responsabilité populationnelle?* Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle/comment-assumer-responsabilite-populationnelle>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023b). *Déterminants de la santé : pourquoi agir sur les déterminants de la santé?* Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023c). *Responsabilité populationnelle : unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population!* Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2023d). *Violence conjugale*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-de-la-violence-interpersonnelle/dossiers/violence-conjugale>

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2023). *Climate Change 2023 Synthesis Report*. IPCC. https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/report/IPCC_AR6_SYR_LongerReport.pdf

Jacques, O. et Noël, A. (2021). *Démarchandiser pour vivre en santé : les politiques de redistribution comme déterminants de la santé* [Version courte]. Observatoire québécois des inégalités. <https://observatoiredesinegalites.com/demarchandiser-pour-vivre-en-sante-les-politiques-de-redistribution-comme-determinants-de-la-sante/>

Klepac, B., Mowle, A., Riley, T. et Craike, M. (2023). Government, governance, and place-based approaches: Lessons from and for public policy. *Health Research Policy and Systems*, 21, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01074-7>

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>

Lachapelle, R. et Bourque, D. (2020). Des collectivités résilientes en contexte politique difficile : la contribution de l'intervention collective. *Organisations et Territoires*, 29(2), 117-126. <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n2.1155>

Lévesque, F. (2023, 15 février). Les travailleurs d'agences peu tentés par un retour dans le public. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-02-15/sondage/les-travailleurs-d-agences-peu-tentes-par-un-retour-dans-le-public.php>

Martinez, S. (2018, 4 janvier). *Pouvoir, politique et action sociale : la nécessité de réinventer le travail social dans le monde entier – Contributions des travailleurs sociaux latino-américains*. Conférence de l'International Federation of Social Workers. <https://www.ifsw.org/pouvoir-politique-et-action-sociale-la-neeessite-de-reinventer-le-travail-social-dans-le-monde-entier-contributions-des-travailleurs-sociaux-latino-americains>

Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). SAGE.

Ministère de l'Éducation (MEQ). (2023). *Taux de sorties sans diplôme ni qualification au secondaire – édition 2023*. Gouvernement du Québec. https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/Taux-sortie-sans-diplome-2023.pdf

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022a). *Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population : plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022b). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux juin 2022 : constats et recommandations*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-210-21W.pdf>
- 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*. Centre affilié universitaire, CSSS-IUGS. https://www.iuplss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/Guide_accompagnement_Intervention-proximite.pdf
- Morin, P., Benoît, M., Dallaire, N., Doré, C. et LeBlanc, J. (2013). L'intervention de quartier à Sherbrooke, ou quand le CLSC s'installe à la porte d'à côté. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 102-117. <https://doi.org/10.7202/1024982ar>
- Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*, 44(1), 69-93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>
- Nussbaum, M. C. (2012). *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Flammarion.
- Observatoire québécois des inégalités. (2021). *État des inégalités de revenu au Québec et au Canada : variations et analyses intragroupes*. <https://observatoiredesinegalites.com/etat-des-inegalites-de-revenu-au-quebec-et-au-canada-variations-et-analyses-intra-groupes>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (2023). *Mémoire de l'OTSTCFQ portant sur le projet de loi n° 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2023/05/Memoire_PL15.pdf
- Organisation des Nations unies (ONU). (2020). *Inequality in a rapidly changing world – World Social Report 2020: Executive Summary*. Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/02/World-Social-Report2020-FullReport.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009a). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44083/9789242563702_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009b). *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*. 62^e Assemblée mondiale de la santé WHA62.14, Point 12.5 de l'ordre du jour 22 mai 2009. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2024). *Promotion de la santé et du bien-être*. <https://www.who.int/europe/fr/about-us/our-work/core-priorities/promoting-health-and-well-being>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Colin.
- Parent, A.-A. et Bourque, D. (2016) La contribution des travailleurs sociaux à la réduction des inégalités sociales en santé. *Intervention*, 143, 5-14. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne/143/la-contribution-des-travailleurs-sociaux-a-la-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante>
- Pickett, K. et Wilkinson, R. (2019). *Pour vivre heureux, vivons égaux! Comment l'égalité réduit le stress, préserve la santé mentale et améliore le bien-être de tous*. Les liens qui libèrent.
- Plourde, A. (2020, 15 décembre). *En un graphique : les déterminants de la santé*. IRIS, gouvernement du Québec. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/en-un-graphique-les-determinants-de-la-sante>
- Plourde, A., Lavoie-Moore, M. et Hébert, G. (2023, 13 novembre). *Six remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec*. IRIS, gouvernement du Québec. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner>
- Prémont, M.-C. (2024, 23 janvier). Vers la consécration du privé en santé avec la réforme Dubé. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/805792/systeme-sante-vers-consecration-prive-sante-reforme-dube>

- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). (2023). *Le changement climatique est une question de justice : voici pourquoi*. <https://climatepromise.undp.org/fr/news-and-stories/le-changement-climatique-est-une-question-de-justice-voici-pourquoi>
- Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : RLRQ, ch. S-4.2, à jour au 12 décembre 2023. [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2023. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
- Radio-Canada. (2023, 14 mai). *Les agences de placement d'infirmières de plus en plus sollicitées au Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1979486/agence-placement-personnel-infirmier-sante-privee>
- Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2021). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* (2^e éd.). Université Ontario Tech et Université York. https://thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes-2021.pdf
- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC). (2023). *Miser sur les collectivités locales pour une réelle efficacité du réseau de la santé et des services sociaux : mémoire déposé dans le cadre des consultations du MSSS portant sur le projet de loi 15*. <https://rqiic.qc.ca/wp-content/uploads/2023/05/Memoire-RQIIAC-PI-15.pdf>
- Réseau québécois de revitalisation intégrée (RQRI). (2015). *Projet de politique nationale sur la revitalisation intégrée des territoires locaux*. http://www.clic-bc.ca/Documents/E_CtreDoc/Lutte-contre-la-pauvrete/RUI/Projet_politique_nationale_revitalisation_integree_des_territoires_locaux_RQRI_2015.pdf
- Sen, A. (2005). Human rights and capabilities. *Journal of Development*, 6(2), 152-166. <https://doi.org/10.1080/14649880500120491>
- Sen, A. (2010). *L'idée de justice*. Flammarion.
- Senay, M.-H., Cunningham, J. et Ouimet, M.-J. (2023). *Pour une transition juste : tenir compte des inégalités sociales de santé dans l'action climatique – Transfert des connaissances : document synthèse*. INSPQ, gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3342>
- Simard, P. (2017). Réconcilier « sens » et « mesure » : plongée au cœur de l'évaluation des initiatives de développement local et territorial. Dans C. Avenel et D. Bourque (dir.), *Les nouvelles dynamiques du développement social* (p. 207-226). Champ social Éditions.
- Thiam, Y., Allaire, J.-F., Morin, P., Hyppolite, S.-R., Doré, C., Zomahoun, H. T. V. et Garon, S. (2021). A conceptual framework for integrated community care. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5555>
- Tremblay, P.-A. (2013). L'intervention sociale territoriale en trois questions. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1), 50-66. <https://doi.org/10.7202/1024979ar>
- Veil, A., Lévesque, N., Garon, S., Delli-Colli, N. et Rémillard-Boilard, S. (2021). Pratiques de collaboration pendant le confinement strict dû à la COVID-19. *Vivacité*, 18(2), 38-41. https://espacemuni.org/wp-content/uploads/2021/09/EspMuni_Vivacite_Aut2021_Web_v2.pdf
- Wilkinson, R. et Pickett, K. (2013). *L'égalité, c'est mieux : pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*. Écosociété.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5^e éd.). SAGE.