

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Innovation en soins primaires :

Soins aux patients
orphelins et marginalisés

Mars 2018





INTRODUCTION :

Des soins novateurs pour les patients orphelins et marginalisés

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) est ravi de publier le deuxième numéro de la série *Innovation en soins primaires*, qui vise à favoriser la collaboration, l'échange et l'apprentissage entre médecins de famille de différentes provinces et différents territoires.

Il ressort clairement des cas soumis à la considération du CMFC que le qualificatif « orphelin » peut faire référence à de nombreux segments de la population de patients – nourrissons et jeunes enfants, patients nécessitant des soins complexes ou hautement spécialisés et patients vulnérables, isolés socialement, pauvres ou itinérants. L'innovation dans le système de santé peut permettre de trouver des façons d'améliorer la prestation des soins afin de veiller à ce que tous les Canadiens et Canadiennes aient un accès équitable à des soins coordonnés, de grande qualité et centrés sur le patient, y compris les patients sans fournisseur de soins primaires.

Il ressort également que la collaboration et l'établissement de relations entre les disciplines jouent un rôle prépondérant dans la création de valeur ajoutée et la production de résultats bénéfiques. Pour innover, il faut savoir ce qui est disponible, comprendre qui sont les interlocuteurs et vouloir aller au-delà des cercles habituels pour trouver dans la collectivité des personnes susceptibles de proposer des idées originales pour résoudre un problème.

Le présent numéro de la série *Innovation en soins primaires* met l'accent sur des pratiques et modèles de soins uniques, applicables à diverses situations où des patients se retrouvent orphelins ou marginalisés. Les cas soumis proviennent de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Ontario et du Québec et sont regroupés en sous-thèmes pour refléter l'ensemble de ces situations.



Offrir des soins aux patients ayant des besoins importants et complexes en Alberta

Jumeler les utilisateurs fréquents des services de santé avec les fournisseurs de soins

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Recevoir des soins coordonnés et continus, dispensés par une équipe interdisciplinaire solide, est bénéfique pour les patients qui ont des besoins complexes. Cependant, le financement standard et l'affectation des ressources qui ont cours dans le contexte de soins traditionnels sont souvent insuffisants pour répondre aux besoins de cette population. Pour diverses raisons — dont les maladies chroniques physiques et mentales, la pauvreté et l'isolement social —, il est difficile de jumeler ces patients à des fournisseurs de soins primaires. Ils en sont souvent réduits au nomadisme médical, recevant des soins fragmentés et épisodiques dans les cliniques sans rendez-vous, les cliniques de soins d'urgence et au service des urgences. Ces soins dispensés en mode réactif et axés sur des problèmes précis coûtent cher. Et comme ils ne s'attaquent pas aux déterminants de la santé et au bien-être sous-jacents, la santé de ces patients continue de décliner.

En Alberta, peu nombreuses étaient les possibilités de suivi et de soutien coordonnés offertes aux adultes qui utilisaient les services des urgences ou appelaient le 911/les services médicaux d'urgence (SMU) pour combler leurs besoins en soins de santé primaires. Même s'il leur arrivait à l'occasion de rencontrer un fournisseur de soins pour un problème précis de santé physique ou mentale, ils ne recevaient pas de services de santé coordonnés ou complets et globaux sur une base régulière.

Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

Alberta Health Services et certains de ses Réseaux de soins primaires (RSP) ont établi des partenariats communautaires et collaboré avec des intervenants pour aider cette population à surmonter les obstacles qui l'empêchent d'avoir accès au système de santé. Les deux initiatives suivantes illustrent cette situation :

- Un modèle pour les adultes qui sont de grands utilisateurs des soins de santé et des services d'urgence a été conçu et mis en œuvre en partenariat avec le [RSP Edmonton Oliver](#), [Homeward Trust](#) (une organisation sans but lucratif de lutte contre l'itinérance) et [Alberta Health Services EMS](#). Ce modèle comporte une approche à deux volets :
 - o Un travailleur en service social individualisé de Homeward Trust peut directement orienter un patient vers le navigateur en santé mentale du RSP Edmonton Oliver. Après avoir évalué les besoins du patient, le navigateur s'efforce de le jumeler à un médecin de premier recours dans son quartier, créant ainsi les bases d'un véritable centre de médecine de famille pour le patient.
 - o Lorsqu'un patient compose le 911 dans le centre-ville, un paramédical et une ambulance de l'unité d'intervention paramédicale (section centre-ville) du [Edmonton Community Paramedic Program](#) sont affectés à l'événement. Si le patient répond aux critères pour être vu par un médecin de premier recours et

accepte que la consultation se déroule dans une clinique, le paramédical communautaire prend en charge le patient. Plutôt que de l'amener au service des urgences, il prend directement des dispositions avec les cliniques de soins primaires du RSP Edmonton Oliver pour lui trouver un médecin de premier recours. Cette façon de procéder libère les ambulances de première ligne, qui peuvent ainsi répondre aux autres urgences, et fait diminuer le nombre de visites au service des urgences.

Même si ce modèle est en place seulement depuis août 2017, on espère que le jumelage entre utilisateurs fréquents et services de soins permettra à cette population d'avoir accès en temps opportun à des soins médicaux coordonnés et centrés sur le patient. Il reste encore un travail considérable à accomplir pour accroître les capacités à tous les niveaux afin de répondre à la demande croissante de services. L'évaluation est en cours.

- Alberta Health Services a créé la **East Calgary Family Care Clinic** en 2010. Au départ, la clinique était ouverte à tous. Maintenant, elle se concentre sur les services aux patients qui présentent de multiples problèmes médicaux et psychosociaux. L'approche personnalisée de la clinique a fait l'objet d'un article du magazine *Avenue Calgary* en 2013*. À la clinique, les patients trouvent sous un même toit bon nombre des services dont ils ont besoin ainsi que des soins coordonnés, dispensés par une équipe interdisciplinaire. Des gestionnaires de cas sont assignés aux patients ayant les besoins les plus complexes afin de coordonner leurs soins. La clinique collabore avec son RSP local (**Mosaic PCN**), ce qui lui permet de retourner certains patients dont les besoins sont moins complexes dans la collectivité pour y recevoir des soins et d'en accueillir d'autres provenant de la collectivité et du centre hospitalier.

QUELS SONT LES ACQUIS ?

- La prise en charge des patients ayant des besoins complexes est plus efficace lorsqu'ils obtiennent des soins complets et globaux coordonnés, dispensés par une équipe interdisciplinaire dans un centre de médecine de famille, plutôt que des soins fragmentés et épisodiques dispensés en salle d'urgence ou une fois qu'ils sont hospitalisés.
- La tâche des médecins est moins lourde, car ils n'ont pas à prendre en charge les aspects des soins pour lesquels ils n'ont pas l'expertise requise.

*Beneteau, G. Big Idea: Family Care Clinics. *Avenue Calgary*. 2013. Dans : www.avenuecalgary.com/August-2013/Big-Idea-Family-Care-Clinics/.
Date de consultation : Le 13 déc. 2017.

QU'AVONS-NOUS APPRI ?

Il est possible de réduire la trop grande dépendance à l'égard des soins de crise à court terme et coûteux chez les patients ayant des besoins complexes en explorant des façons novatrices d'améliorer l'affectation des ressources en coordonnant les professionnels et les services de soins de santé.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CES INITIATIVES, COMMUNIQUEZ AVEC :

Tanya Kendall, responsable clinique
Réseau de soins primaires
Edmonton Oliver
Courriel :
tkendall@edmontonoliverpcn.com

D^r Brian Cornelson,
directeur médical
East Calgary Family Care Clinic
Courriel : Brian.Cornelson@ahs.ca

PERSONNE- RESSOURCE POUR LA SECTION PROVINCIALE DU CMFC :

Terri Potter,
directrice générale
Collège des médecins de
famille de l'Alberta
Courriel :
terri.potter@acfp.ca

Les soins de maternité et de périnatalité au Québec

La Maison Bleue : un modèle innovateur de soins en périnatalité sociale

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

À Montréal (Québec), un grand nombre d'enfants naissent et grandissent dans des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité et dont les besoins sont multiples et complexes. Ces familles, sont confrontées à différents défis, y compris la pauvreté, les grossesses non désirées, l'isolement, les problèmes de santé mentale, la dépendance, les situations d'abus, de négligence ou de violence, et le statut migratoire précaire. Dans le système de santé, les fournisseurs de soins peinent parfois à maintenir un lien significatif avec ces familles, ce qui risque de précariser leur accès aux services psychosociaux et aux services de santé dont elles ont besoin. Par manque de connaissances, craintes du système, ou en raison de problèmes d'accessibilité, ces familles ne bénéficient pas toujours d'interventions préventives et de soins en continuité pouvant soutenir le plein développement de leurs enfants.



L'occasion d'une vie



Image fournie par La Maison bleue

Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

La Maison Bleue a été fondée en 2007 par D^{re} Vania Jimenez et sa fille Amélie Sigouin, intervenante en petite enfance, pour offrir des soins aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité lors des périodes uniques de la périnatalité et de la petite enfance. Le modèle vise à réduire les inégalités sociales et à produire un effet favorable sur le développement et la trajectoire de vie des enfants. La périnatalité sociale qui y est pratiquée permet de saisir l'opportunité de la grossesse pour intervenir au-delà du suivi médical. Le suivi offert aux femmes enceintes et aux enfants de 5 ans et moins est partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire composée de médecins de famille, d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale et d'un éducateur spécialisé. Cette pratique cadre très bien avec la vision du [Centre de médecine de famille](#) : la prestation de soins centrés sur les besoins du patient, qui lui sont offerts au sein de sa collectivité et qui fournissent des liaisons vers d'autres services de santé. L'équipe offre des soins complets et globaux, préventifs et adaptés aux besoins des familles, dans le respect des dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles qu'elles portent. Offerts sous un même toit, dans un climat de confiance et une ambiance chaleureuse, les services intégrés sont fournis entièrement par le système de santé public, grâce à une entente de services avec un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) et un Groupe de médecine de famille (GMF).

QUELS SONT LES ACQUIS ?

La Maison Bleue offre des services préventifs en périnatalité et en petite enfance à une clientèle qui n'y aurait probablement pas eu accès autrement. Elle compte maintenant trois maisons à Montréal, et son équipe de soins a accompagné près de 4000 personnes (mères, bébés, fratries, conjoints) depuis 2007. Selon les conclusions de la recherche évaluative *Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*[†], ce modèle de soin permet d'outiller les familles vulnérables pour qu'elles puissent prendre en charge leur mieux-être et, corolairement, avoir un impact favorable sur les patients. Voici quelques observations tirées du rapport qui illustrent les retombées positives de La Maison Bleue :



- L'obtention d'indicateurs de santé des enfants meilleurs que la moyenne québécoise :
 - o Taux de bébés de petit poids de **3,9 %**, comparativement à **5,7 %** (moyenne québécoise)
 - o Taux de prématurité de **6,3 %**, comparativement à **7,1 %** (moyenne québécoise)
- Une amélioration de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité grâce à un suivi adapté touchant à la fois la santé physique et psychosociale
- Le développement de réseaux d'entraide pour les familles : rencontres de groupe, activités spéciales, services de soutien afin de les aider à interagir en toute confiance avec les services gouvernementaux et les ressources communautaires
- La capacité de rejoindre et de retenir une clientèle qui n'aurait autrement pas eu accès au système de santé
- Une optimisation des ressources existantes qui augmente l'accessibilité et réduit les coûts

[†]Dubois N, Brousselle A, Hassan G, Laurin I, Lemire M, Tchouaket E. *Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*. Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2014. Dans : www.maisonbleue.info/images/6-Publications/Evaluation-La-Maison-Bleue-2015.pdf. Date de consultation : Le 13 déc. 2017.

QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

Le modèle de soins interdisciplinaires de La Maison Bleue pour venir en aide aux familles en situation vulnérable est efficace. On peut le recréer grâce à une approche de collaboration dans un cadre d'intervention à la fois souple et stable favorisant l'autonomisation des familles et qui est ancrée dans une pratique interdisciplinaire mettant à profit l'expertise de professionnels engagés des domaines de la santé, du travail social et éducatif, tout en permettant d'ouvrir l'accès à des ressources supplémentaires. La précocité de l'intervention, le dépistage en continu, la continuité du suivi et la compréhension des difficultés que rencontre la clientèle sont tous des éléments essentiels dans la prestation de soins auprès de cette population.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CE CAS, COMMUNIQUÉZ AVEC :

Pascale Rolland,
responsables des
communications
La Maison Bleue
Courriel :
pascale.rolland@maisonbleue.info

COORDONNÉES DE LA SECTION PROVINCIALE :

Nicole Cloutier,
directrice générale
Collège québécois des
médecins de famille
Courriel :
dg@cqmf.qc.ca

Soins de santé aux réfugiés en Ontario

Hausse soudaine des besoins des réfugiés en matière de soins de santé : Pratiques novatrices pour soutenir une approche humaniste

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

À la fin de 2016, plus de 65 millions de personnes dans le monde étaient des demandeurs d'asile ou des personnes déplacées* — en 2016, le Canada a réinstallé 46700 demandeurs d'asile pris en charge par le gouvernement et parrainés par le secteur privé⁵. Habituellement, la Ville d'Ottawa réinstalle 800 de ces personnes par année. La ville ayant cependant reçu 2000 réfugiés syriens pour la seule période du début de 2016, il lui fallait une approche novatrice pour s'assurer que ces personnes avaient accès en temps opportun à des soins de grande qualité. Beaucoup de réfugiés syriens ayant vécu des traumatismes durant la guerre civile dans leur pays, il fallait une approche de soins qui soit axée sur la santé mentale et qui inclue des services de traduction adéquats.



65 000 000

LE NOMBRE TOTAL DE
PERSONNES DÉRACINÉES
OU DEMANDANT L'ASILE À
TRAVERS LE MONDE EN 2016

Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

Refugié613, une coalition d'organismes dans les domaines du logement, de l'éducation et des soins de santé, a été créée à l'automne 2015 en prévision de l'imminent accueil de ces réfugiés. L'objectif était de tirer profit des ressources existantes et d'informer et mettre en relation les principaux intervenants participant à la réinstallation des réfugiés. Deux groupes de travail ont été formés, l'un sur les besoins en soins primaires et l'autre sur les besoins en santé mentale.

L'équipe des soins primaires a utilisé des modèles basés sur les [lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants et réfugiés](#) publiées en 2011, afin de s'assurer que les nouveaux arrivants reçoivent une évaluation médicale initiale. Plus de 90 p. cent des nouveaux arrivants d'origine syrienne ont reçu une telle évaluation; des efforts ont ensuite été amorcés pour les mettre en contact avec des médecins de famille communautaires. Quant à l'équipe de santé mentale, elle a cherché les meilleures façons de gérer les problèmes de santé mentale aigus des Syriens et de planifier en prévision de l'augmentation des besoins au cours des mois subséquents. Les approches appliquées pour améliorer le modèle existant incluaient les suivantes :

- Organiser des cliniques psychiatriques hebdomadaires à la Clinique pour nouveaux arrivants d'Ottawa, plaque tournante pour de nombreux réfugiés arrivant dans la ville
- Offrir un programme de soutien par les pairs par l'intermédiaire de l'Organisme communautaire des services aux immigrants d'Ottawa, où l'on pourrait jumeler des bénévoles parlant arabe aux personnes ayant besoin d'aide
- Inciter les médecins de famille de l'Équipe de santé familiale universitaire Bruyère à commencer à utiliser la thérapie par exposition à la narration, une nouvelle thérapie destinée aux patients souffrant de trouble de stress post-traumatique; les médecins de famille enseignent également aux étudiants de première année en médecine à utiliser cet outil dans le cadre de leur apprentissage par le service communautaire
- Intégrer les navigateurs culturels à l'équipe médicale en tant qu'agents de liaison entre les nouveaux arrivants et les fournisseurs de soins de santé — il s'agissait d'une ressource indispensable puisque de nombreux Syriens ne voulaient pas dévoiler leurs traumatismes psychiques à un médecin, mais se sentaient à l'aise d'en parler avec le navigateur culturel

La collectivité d'Ottawa a pu répondre à cet afflux de demandeurs d'asile en raison des relations déjà établies avec la faculté de médecine et les organismes offrant des services d'aide à l'établissement. Beaucoup de diplômés internationaux en médecine parlant arabe et prêts à servir d'interprètes ont offert bénévolement leurs services pour combler les lacunes recensées lors des premières étapes et s'assurer que les évaluations médicales étaient effectuées le plus tôt possible. Les réseaux existants de praticiens et de travailleurs de l'établissement des réfugiés ont travaillé en collaboration et de façon itérative pour faire rapport au gouvernement sur les statistiques et les constatations qualitatives. Ces rapports plaidaient en faveur de l'ajout de ressources stratégiques pour la réinstallation massive des réfugiés.

QUELS SONT LES ACQUIS?

- Tenir compte des besoins particuliers d'une cohorte de nouveaux arrivants avant leur arrivée a permis aux fournisseurs d'utiliser efficacement les ressources existantes pour répondre à ces besoins.
- Mettre en lien le réseau local d'intégration des services de santé et Ottawa Language Access (un service de soutien aux fournisseurs qui dispensent des soins aux réfugiés et aux autres immigrants) signifie que des services d'interprétation sont désormais disponibles pour les centres de santé communautaires et les équipes Santé familiale de la région.
- Mettre l'accent sur la prestation de services de santé mentale a mené à l'élaboration de programmes novateurs qui ont fait diminuer la tension exercée sur le système et pourraient éventuellement s'avérer très utiles.
- Faire participer les étudiants en médecine leur a permis de faire partie de la solution par les expériences qu'ils ont vécues dans le cadre de leur apprentissage par le service communautaire, ce qui pourrait aboutir à une plus grande responsabilité sociale chez les futurs médecins.

¹ Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Global Trends : Forced Displacement in 2016*. Genève, Suisse : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; 2017. Dans : www.unhcr.org/5943e8a34.pdf. Date de consultation : Le 30 janv. 2018.

HCR Canada. *Niveau record du Canada en matière de réinstallation en 2016 salué par le HCR* [communiqué de presse]. Ottawa, ON: HCR Canada; 2017. Dans : www.unhcr.ca/news/canadas-2016-record-high-level-resettlement-praised-unhcr. Date de consultation : Le 30 janv. 2018.

² Pottie K, Greenaway C, Freightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(12): E824-E830. Dans : www.cmaj.ca/content/cmaj/183/12/E824.full.pdf. Date de consultation : Le 13 déc. 2017.

QU'AVONS-NOUS APPRIS?

Une planification appropriée a permis de remédier efficacement aux insuffisances d'un système confronté à une demande accrue. Il est important de connaître la gamme complète des services disponibles dans la collectivité pour élaborer de nouvelles pistes de solution créatives à partir des ressources existantes — soit savoir ce qui est disponible et quelles relations cultiver pour faire avancer les choses. Avec une formation adéquate et le soutien de praticiens compétents, des services de santé mentale peuvent être dispensés par les pairs aidants, le personnel responsable de l'établissement des réfugiés, les travailleurs sociaux et d'autres membres du personnel non médical, ce qui accroît leur portée. Faire participer les étudiants en médecine garantit la pérennité de ces services dans l'avenir.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CE CAS, COMMUNIQUEZ AVEC :

Dr Doug Gruner
Équipe de santé familiale
universitaire Bruyère
Courriel :
DGruner@bruyere.org

PERSONNE-RESSOURCE POUR LA SECTION PROVINCIALE DU CMFC :

Leanne Clarke,
chef de la direction
Collège des médecins de
famille de l'Ontario
Courriel : lclarke@ocfp.on.ca

Soins communautaires aux patients orphelins en situation d'exclusion et de marginalisation au Québec

SPOT : une clinique communautaire de santé et d'enseignement

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Dans les quartiers du centre-ville de Québec, un meilleur accès à des soins de plus grande humanité et aux services de santé se faisait sentir chez les patients orphelins, en particulier les personnes en situation d'exclusion sociale et de pauvreté. Pour ce faire, il fallait favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle afin de briser les silos et d'accroître la solidarité. Mieux former les futurs médecins pour qu'ils développent une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé en exposant les étudiants à la réalité que vivent ces patients et agir sur les préjugés liés à la prestation de soins auprès de ces populations.

Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

La Clinique SPOT est un organisme sans but lucratif, fondé en février 2014, dont la mission est d'améliorer l'état de santé des personnes désaffiliées et marginalisées, et de former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins en matière de santé de ces personnes. Son modèle d'enseignement en santé et son modèle logique ont été créés avec la collaboration de membres de la communauté, d'éducateurs en santé, de représentants de centres de santé, de chercheurs et de fondations privées. Les ressources nécessaires à la réalisation de ces modèles ont été mobilisées grâce à des ententes de partenariat signées avec le [Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale](#) et l'[Université Laval](#), et avec le soutien financier de la communauté notamment par le biais de [Centraide](#). Voici quelques exemples d'initiatives qui ont donné de bons résultats :

- La prestation de soins à partir de cinq organismes communautaires et d'une « roulotte de soins », qui offrent un contexte chaleureux et humain où il est possible d'avoir un contact significatif avec les patients
- L'établissement d'une collaboration interprofessionnelle, par exemple en déployant un rôle infirmier étendu avec ordonnances collectives, en sollicitant la participation d'un médecin et en intégrant à l'équipe de soins un pair aidant, des dentistes et une psychologue, le tout sous la coordination d'une organisatrice communautaire
- L'utilisation de dossiers médicaux électroniques auxquels tous les membres de l'équipe de soins ont accès
- Le développement d'une offre de stages en partenariat avec les directeurs de programmes concernés et l'intégration d'étudiants universitaires stagiaires (des programmes de médecine, de pharmacie, de soins infirmiers, de psychologie, de travail social et de nutrition)
- L'emploi d'un cadre de gouvernance décentralisé favorisant la gestion participative (c.-à-d. qui invite la participation de patients orphelins, de citoyens, d'étudiants et d'intervenants communautaires au sein du conseil d'administration et des comités)



Membres de l'équipe de la Clinique SPOT.
Photo prise par Sylviane Robini, fournie par la Clinique SPOT.

QUELS SONT LES ACQUIS?

- L'amélioration de l'accès géographique et social aux soins pour les patients orphelins en situation d'exclusion et de marginalisation grâce à la collaboration interorganisationnelle et au déploiement d'un rôle infirmier étendu
- La prestation de services de santé à près de 700 personnes différentes chaque année
- La participation de 30 stagiaires en moyenne à SPOT chaque année
- Le fait que près de 1100 personnes sont en lien avec la clinique chaque année grâce aux soins, aux stages, aux activités d'éducation en santé et aux efforts de sensibilisation dans la communauté
- L'implication bénévole et humanitaire d'environ 75 personnes chaque année

QU'AVONS-NOUS APPRIS?

Une approche interdisciplinaire bien coordonnée peut constituer un puissant moteur de transformation sociale : une force qui fait le point sur les besoins de la population, qui tient compte de la situation personnelle des patients les plus vulnérables, qui reconnaît la valeur de l'expertise de chacun, mise sur cette expertise et intègre des étudiants et des pairs aidants au sein d'une équipe de soins.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CE CAS, COMMUNIQUEZ AVEC :

Nathalie Bouchard,
coordonnatrice
de la Clinique SPOT
Courriel : coordo@cliniquespot.org

D^{re} Céline Leclerc
Clinique de santé SPOT
Courriel :
celine.leclerc@fmed.ulaval.ca

PERSONNE- RESSOURCE POUR LA SECTION PROVINCIALE DU CMFC :

Nicole Cloutier,
directrice générale
Collège québécois des
médecins de famille
Courriel : ocfp@cfpc.ca



La HealthConnection Clinic en Colombie-Britannique

Améliorer l'accès à des soins continus pour les patients aux besoins médicaux et/ou socio-économiques complexes.

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Sur la rive nord de Vancouver, en Colombie-Britannique, les clients vulnérables ayant des troubles médicaux complexes et des besoins élevés n'avaient souvent pas de médecin attitré. Très difficiles à servir, ils présentaient de hauts taux d'hospitalisations, de toxicomanie et d'itinérance ainsi que de mauvais résultats en matière de santé.

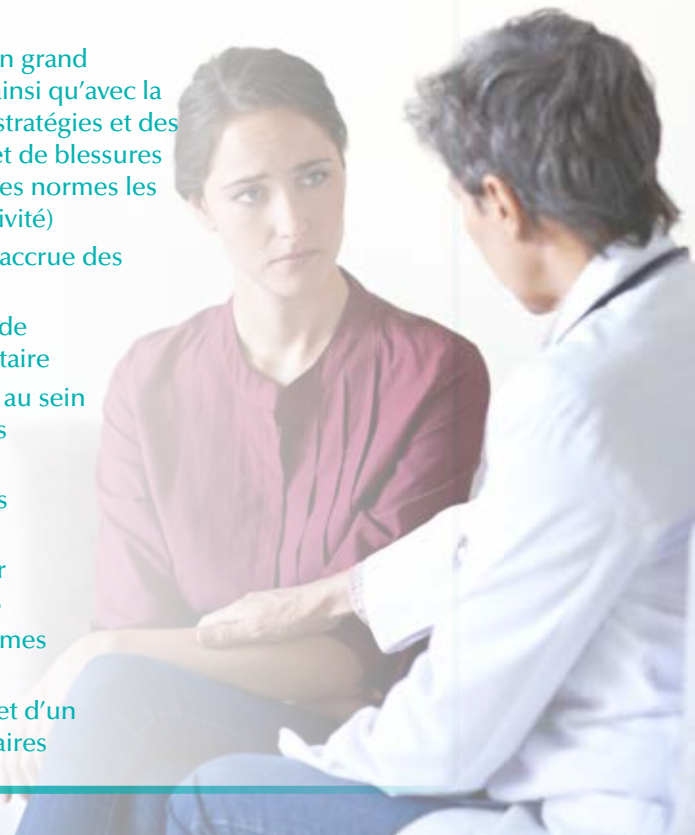
Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

La Division de pratique familiale North Shore et Vancouver Coastal Health, une autorité régionale de la santé, se sont associées pour créer la [HealthConnection Clinic](#), clinique qui, depuis son ouverture en juillet 2013, ne cesse de prendre de l'expansion. Son objectif est la prestation de soins primaires en équipe aux personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins régulier et qui présentent des besoins médicaux complexes (notamment liés à la santé mentale et à la toxicomanie) et/ou des besoins socio-économiques. Il est possible d'y obtenir une consultation sans rendez-vous préalable ou orientation officielle.

QUELS SONT LES ACQUIS?

- Accès, soins et jumelage à des services de santé pour quelque 1000 clients vulnérables, dont au moins la moitié des 735 itinérants de la rive nord
- Réduction du nombre de visites et d'admissions au service des urgences et diminution de la durée des hospitalisations
- Ajout d'un site de formation axé sur le travail en équipe pour toutes les disciplines connexes et création du *Complexity Assessment Tool* ou *AMPS* (*Attachment, Medical, Psychiatric, Social determinants*) — une ressource novatrice qui guide les cliniciens des soins primaires lors de l'évaluation des patients ayant des besoins complexes et de l'identification des obstacles (liés à la maladie et autres) à une meilleure santé; les équipes de soins peuvent utiliser cet outil pour élaborer un plan de soins adapté aux besoins de chaque patient, dans lequel elles peuvent indiquer les services médicaux ou communautaires additionnels requis, le cas échéant[†]
- Établissement de partenariats et étroite collaboration avec un grand nombre d'organismes communautaires et sans but lucratif ainsi qu'avec la Gendarmerie royale du Canada (dans le but d'élaborer des stratégies et des initiatives progressives afin de réduire le nombre de décès et de blessures résultant de comportements à risque élevé et de respecter les normes les plus élevées en matière de sécurité publique dans la collectivité)
- Fourniture d'infrastructures qui permettent une intégration accrue des ressources et services en soins primaires
- Développement de relations plus solides et d'une plus grande collaboration entre les médecins de famille et l'autorité sanitaire
- Renforcement du sentiment d'appartenance à la collectivité au sein de cette population de patients démunis, fondé sur les soins communautaires et à domicile, ce qui inclut :
 - o Augmentation des activités de sensibilisation auprès des personnes confinées à domicile et itinérantes
 - o Accélération de la croissance des soins intégrés axés sur l'équipe avec les fournisseurs de soins communautaires
 - o Appui à une collaboration plus étroite avec les programmes de santé mentale/toxicomanie
 - o Création de groupes d'entraide, d'événements sociaux et d'un « conseil » des clients chargé de formuler des commentaires

^{††} Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *HealthConnection Clinic Complexity Assessment Tool (AMPS): An Introduction*. Ottawa, ON: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2014. Dans : www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/on-call/complexity-assessment-introduction-may31-2017.pdf?sfvrsn=4. Date de consultation : Le 4 janv. 2017.



QU'AVONS-NOUS APPRIS?

Les partenariats établis avec une autorité provinciale de la santé, des organismes sans but lucratif, des médecins de famille et des clients peuvent stimuler l'innovation par le développement de ressources cliniques et être très utiles pour dispenser des soins aux patients marginalisés qui n'ont pas de médecin attitré et qui présentent des besoins sociaux et médicaux complexes.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CE CAS, COMMUNIQUEZ AVEC :

D^r Dean Brown,
 directeur médical
 HealthConnection Clinic
 Courriel : dvbrown@shaw.ca

PERSONNE-RESSOURCE POUR LA SECTION PROVINCIALE DU CMFC :

Toby Kirshin, directeur général
 Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique
 Courriel : toby.kirshin@bccfp.bc.ca

Soins aux personnes transgenres à Terre-Neuve-et-Labrador

Comblent une lacune dans les services par l'autoapprentissage et la collaboration

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Les personnes transgenres n'avaient jamais eu accès à des soins liés à la transition à Terre-Neuve-et-Labrador. Bon nombre d'entre elles avaient été confrontées à des obstacles de taille, dont des rencontres avec des fournisseurs de soins primaires qui ne se sentaient pas compétents pour offrir ce type de services ou refusaient de leur offrir des soins, ainsi que des expériences semblables avec d'autres spécialistes.

Qu'est-ce qui a été fait pour améliorer la situation?

D^{re} Mari-Lynne Sinnott a ouvert la **Clinic 215** au centre-ville de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), en affichant qu'elle n'avait aucun préjugé à l'égard des LGBTQIA2S+ (lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et/ou en questionnement, intersexuels, asexuels, bispirituels), notant tout particulièrement qu'elle était prête et disposée à offrir des soins liés à la transition aux patients transgenres. Elle a établi des liens avec des conseillers locaux ouverts à la réalité transgenre, avec des groupes locaux d'adolescents, de jeunes adultes et d'adultes d'âge mûr offrant du soutien aux transgenres et avec des conseillers pairs auprès des groupes de soutien aux parents/familles. Ensemble, ils ont créé un service global informel offrant des soins affirmatifs aux personnes transgenres et transsexuelles de tous âges. D^{re} Sinnott est également entrée en contact avec plusieurs médecins de famille des régions rurales de la province afin de soutenir la prestation de soins liés à la transition. Elle a créé avec eux un groupe informel de fournisseurs de soins afin de planifier le développement professionnel continu, de partager des informations et d'obtenir une deuxième opinion au besoin.

Comme ils sont les seuls médecins de famille à offrir des soins aux personnes transgenres dans la province, D^{re} Sinnott et ses collègues ont dû étoffer leur propre apprentissage pour rendre possible cette initiative, les soins aux personnes transgenres n'ayant pas fait partie de leur formation médicale. Ils ont cherché d'autres fournisseurs de soins aux personnes transgenres avec lesquels organiser des cours facultatifs durant la résidence ou les ont observés en milieu de travail pour se familiariser avec la transition médicale. Ils ont également adhéré à des associations professionnelles nationales et internationales axées sur la santé des personnes transgenres et ont participé à des activités de développement professionnel continu pour développer leur compétence dans ce domaine et créer un réseau de mentors qui s'étend à d'autres provinces et pays et sur lequel ils peuvent compter pour obtenir du soutien au besoin.

CLINIC
215



QUELS SONT LES ACQUIS?

- Des soins liés à la transition, à la fois affirmatifs et accessibles, que la communauté transgenre connaît et appuie sont maintenant offerts à St. John's. La technologie est utilisée au besoin pour donner accès à ces soins aux personnes vivant dans les régions rurales et éloignées, avec l'espoir que ce service continuera à se développer.

QU'AVONS-NOUS APPRIS?

Les lacunes dans l'éducation médicale et dans la formation des médecins peuvent être comblées localement au moyen d'activités d'autoapprentissage et de contacts avec des associations professionnelles nationales/internationales pour obtenir du soutien par les pairs.

En reconnaissant un besoin non satisfait et en s'efforçant de le combler, il est possible de fournir des soins inclusifs à une population qui en a grand besoin.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR CE CAS, COMMUNIQUÉZ AVEC :

D^{re} Mari-Lynne Sinnott
Clinic 215 et Université
Memorial de Terre-Neuve
Courriel : m.sinnott@mun.ca

PERSONNE-RESSOURCE POUR LA SECTION PROVINCIALE DU CMFC :

Debbie Rideout, administratrice de la section provinciale
Collège des médecins de famille de Terre-Neuve-et-Labrador
Courriel : drideout@nlcfc.ca

Conclusion

Ces cas axés sur les soins offerts aux patients orphelins et marginalisés démontrent qu'il est possible de trouver des solutions novatrices par la collaboration entre divers intervenants : organismes gouvernementaux, organisations sans but lucratif, organismes de soins de santé, professionnels de la santé et éducateurs.

Les mesures clés qui doivent être envisagées localement afin de garantir à tous les Canadiens et Canadiennes l'accès équitable à des soins coordonnés de grande qualité et axés sur le patient peuvent comprendre :

- Se concentrer sur le besoin non comblé, identifier l'obstacle qui empêche de le combler et trouver des façons de le contourner
- Faire participer les patients pour s'assurer que la solution répond au besoin identifié
- Faire participer les apprenants pour s'assurer que les lacunes dans l'éducation et la formation en médecine sont comblées et que les enseignements tirés sont transmis aux générations futures
- Établir des liens avec les organismes et ressources communautaires offrant des soins non médicaux — être en mesure d'orienter les gens dans la bonne direction est crucial

Ces observations démontrent sans conteste que la collaboration et l'établissement de relations sont au cœur de la mise en œuvre de solutions novatrices pour offrir des soins aux patients orphelins et marginalisés dans nos collectivités. Le travail en équipes interdisciplinaires est essentiel pour relever les défis complexes et obtenir de bons résultats. Il crée de la valeur pour la collectivité et pour tous les acteurs concernés — les éducateurs, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé et, surtout, les patients.

Si vous avez une pratique ou un modèle novateur que vous aimeriez présenter dans notre série [Innovation en soins primaires](#), veuillez faire parvenir un courriel à l'équipe des Politiques en matière de santé et des relations gouvernementales du CMFC : healthpolicy@cfpc.ca.

Nous vous invitons à nous soumettre vos cas et nous nous ferons un plaisir de les partager avec nos lecteurs dans les prochains numéros de cette série !

