



---

# INNOVER DANS LA PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES MARGINALISÉES

## **VOLET 2 : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DE TROIS INITIATIVES QUÉBÉCOISES QUI VISENT À OFFRIR DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ AUX PERSONNES MARGINALISÉES**

---

Projet financé par le Réseau de connaissance en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1)



Janvier 2019

### **Rédaction**

Shelley-Rose Hyppolite, médecin-conseil, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et professeure adjointe à la Faculté de médecine, Université Laval.

Sophie Lauzier, professeure agrégée à la Faculté de pharmacie, Université Laval.

Catherine Lefrançois, professionnelle de recherche, Université Laval

Luiza Maria Manceau, professionnelle de recherche, Université Laval

### **Équipe de recherche**

Shelley-Rose Hyppolite, médecin-conseil, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et professeure adjointe à la Faculté de médecine, Université Laval.

Sophie Lauzier, professeure agrégée à la Faculté de pharmacie, Université Laval.

Catherine Lefrançois, professionnelle de recherche, Université Laval

Luiza Maria Manceau, professionnelle de recherche, Université Laval

### **Membres du comité consultatif de la recherche (SPOT-CCSE)**

Maxime Amar, président

Annie Bérubé, infirmière

Nathalie Bouchard, coordonnatrice

Steves Desponts, pair aidant

Pierre Frappier, utilisateur

Serge Leclerc, utilisateur

Anne-Marie Michaud, coordonnatrice de la recherche-évaluation

Geneviève Olivier D'Avignon, coordonnatrice de la recherche-évaluation

Maxime Robert, utilisateur

Maude Rodrigue, représentante étudiante

Nicolas Shink, utilisateur

Simon Vermette, pair aidant

### **Collaborateurs ayant participé aux journées d'échanges**

#### **Équipe de la clinique SPOT-CCSE**

Annie Bérubé, infirmière

Nathalie Bouchard, coordonnatrice

Josette Castel, médecin

Geneviève Olivier D'Avignon, coordonnatrice de la recherche-évaluation

Maude Rodrigue, représentante étudiante

Pierre Frappier, utilisateur

Maxime Robert, utilisateur

Nicolas Shink, utilisateur

#### **Équipe de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**

François Boissy, directeur général de la Maison du Père

Marie-Ève Goyer, médecin

Yannick L'Écuyer, intervenant à la Maison du Père

Karina Pons, coordonnatrice des services de santé à la Maison du Père

Laurence Tanguay Beaudoin, médecin résidente

Anne-Sophie Thommeret Carrière, médecin résidente

### **Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières**

Samuel Blain, médecin

Andréanne Couturier, infirmière clinicienne

Hélène Dubé, intervenante au Centre le Havre

Mathieu Riopel, médecin

Jacynthe Villemure, travailleuse de rue à Point de Rue

### **Secrétariat**

Jacinthe Sirois, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

### **Projet financé par le Réseau de connaissance en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1)**

**Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet :**

[www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca)

### **Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec.**

ISBN : 978-2-550-83266-9 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-83267-6 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

### **Référence suggérée**

Hyppolite, S.-R., Lauzier, S., Lefrançois, C., Manceau, L., Blain, S., Bouchard, N., Goyer, M-E, Olivier d'Avignon, G et collaborateurs. *Innovier dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées. Volet 2 — Étude descriptive et comparative de trois initiatives québécoises qui offrent des soins et des services de santé de proximité aux personnes marginalisées*. Janvier 2019, 90 p.



## REMERCIEMENTS

Les auteures remercient toutes les personnes qui ont participé aux rencontres d'échange organisées à Montréal et à Trois-Rivières. Sachez que nous avons apprécié la présence de chacun d'entre vous.

Par votre engagement et votre enthousiasme, vous avez réussi à vous libérer, à vous déplacer, à prendre la route, à participer aux rencontres qui ont eu lieu dans le cadre de cette recherche. Nous nous sommes réunis, non pas trois demi-journées, comme prévu, mais bien cinq journées au cours d'une année parce que vous le vouliez, parce que vous étiez convaincus de l'importance de nos rencontres, de nos échanges, de nos partages. Vous avez montré qu'il est possible de réunir des citoyens en situation de pauvreté, des étudiants, des intervenants de groupes communautaires, des directeurs et des coordonnateurs de groupes communautaires, des infirmiers et des infirmières de groupes communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux, des médecins résidents, des médecins et des chercheurs de trois régions du Québec différentes.

Vous avez fait la démonstration qu'il existe des personnes et des professionnels passionnés par leur travail, fermement engagés et convaincus qu'il faut faire plus pour améliorer l'accès aux soins et services de santé aux personnes marginalisées et désaffiliées. Vous avez montré qu'il est possible de rejoindre les personnes désaffiliées en alliant le milieu communautaire au réseau de la santé et des services sociaux, en repoussant les cadres habituels des organisations et en osant proposer des missions originales. Vous avez tous réussi à mettre en place des innovations majeures pour favoriser l'accès et la qualité des soins et services de santé aux personnes en marge de la société, ceux qui ont les plus grands besoins de santé et qui rencontrent de trop nombreux obstacles dans le réseau de la santé et des services sociaux actuel.

Sachez que vous nous avez inspirées, vous nous avez communiqué votre énergie et votre engagement, vous avez fait de cette recherche une démarche passionnante. Vous avez partagé vos initiatives. Vous avez partagé vos points forts. Vous avez aussi partagé vos difficultés et vos enjeux. Merci pour votre confiance. Vous y avez aussi mis de la joie. Vous y avez mis de vous.

Nous souhaitons vous féliciter pour vos initiatives qui sont des modèles véritablement inspirants pour d'autres. Ces modèles méritent d'être connus.

Pour terminer, nous tenons à remercier le Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1) pour le financement accordé et pour leur accompagnement notamment à des moments clés de la planification de la recherche. Un merci particulier à Shandi Miller, Renée Latulippe et Julie Lane.

Shelley-Rose Hyppolite et Sophie Lauzier



# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....</b>	<b>9</b>
<b>1. ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>11</b>
1.1. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	11
1.2. POPULATIONS INSUFFISAMMENT DESSERVIES PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ .....	11
1.2.1. <i>Études internationales</i> .....	12
1.2.2. <i>Études canadiennes</i> .....	12
1.2.3. <i>Études québécoises</i> .....	14
1.3. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX .....	15
1.4. RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS AUX PERSONNES MARGINALISÉES .....	16
1.5. INITIATIVES VISANT À FAVORISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PERSONNES MARGINALISÉES .....	16
<b>2. QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>21</b>
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>23</b>
3.1. APPROCHE.....	23
3.2. DEVIS .....	23
3.3. POPULATION ET RECRUTEMENT.....	23
3.3.1. <i>Recrutement des cliniques</i> .....	23
3.3.2. <i>Recrutement des personnes participantes</i> .....	24
3.4. COLLECTE DES DONNÉES .....	24
3.4.1. <i>Journées d'échange</i> .....	24
3.4.2. <i>Questionnaire auprès de personnes impliquées dans les cliniques participantes</i> .....	25
3.5. ANALYSE DES DONNÉES .....	25
3.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	25
<b>4. RÉSULTATS.....</b>	<b>27</b>
4.1. DESCRIPTION DES RENCONTRES ET DES PARTICIPANTS .....	27
4.2. CARTOGRAPHIE DES INITIATIVES .....	29
4.2.1. <i>Historique</i> .....	29
4.2.2. <i>Mission</i> .....	32
4.2.3. <i>Populations desservies</i> .....	33
4.2.4. <i>Approches privilégiées</i> .....	33
4.2.5. <i>Type de services offerts</i> .....	34
4.2.6. <i>Accès aux services et déroulement</i> .....	35
4.2.7. <i>Formation</i> .....	37
4.2.8. <i>Recherche</i> .....	39
4.2.9. <i>Promotion de la clinique et recrutement du personnel</i> .....	39
4.2.10. <i>Constitution des équipes</i> .....	40
4.2.11. <i>Structure et gouvernance</i> .....	42
4.2.12. <i>Financement</i> .....	44
4.2.13. <i>Partenariat</i> .....	46
4.2.14. <i>Défis rencontrés</i> .....	46
<b>5. SYNTHÈSE GLOBALE .....</b>	<b>47</b>
<b>6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>49</b>

<b>7. PERSPECTIVES DE RECHERCHE .....</b>	<b>51</b>
<b>8. CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>89</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1 : Initiatives canadiennes visant à favoriser l'accès et la qualité des soins de santé pour les personnes marginalisées .....</b>	<b>20</b>
<b>Tableau 2 : Déroulement des rencontres d'échanges .....</b>	<b>27</b>
<b>Tableau 3 : Résumé des thématiques abordées.....</b>	<b>27</b>

## Liste des annexes

<b>Annexe 1 : Tableau résumé d'initiatives canadiennes visant à favoriser l'accès et la qualité des services de santé de première ligne pour les personnes marginalisées .....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 2 : Questionnaire sur les projets à l'étude visant à favoriser l'accès et les soins de première ligne aux personnes marginalisées .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 3 : Questionnaire - Description des pratiques innovantes mises en œuvre dans votre milieu .....</b>	<b>73</b>
<b>Annexe 4 : Description de trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de proximité aux personnes marginalisées .....</b>	<b>75</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CDIRC	Calgary Drop-In and Rehabilitation Center
CEPN	Cadre d'évaluation des pratiques novatrices
CHIUS	Community Health Initiative by Health Students
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CPU3S	Comité des personnes utilisant les soins et services SPOT
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
IMAGINE	Interprofessional Medical and Allied Groups for Improving Neighbourhood Environment
INSPQ	Institut national de santé publique de Québec
OBNL	Organisme à but non lucratif
PIIP	Plan d'intervention intégré interprofessionnel de proximité
RAIIQ	Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec
RÉSEAU-1	Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne
RRAPPL	Réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne
RRSPQ	Réseau de recherche en santé des populations du Québec
RSIQ	Réseau solidarité itinérance du Québec
SEARCH	Student Energy in Action for Regina Community Health
SHINE	Student Health Initiative for the Needs of Edmonton
SPOT-CCSE	SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement
SWITCH	Student Wellness Initiative Toward Community Health
UdeM	Université de Montréal
UMF-GMF	Unité de médecine familiale — Groupe de médecine familiale
WISH	Winnipeg Interprofessional Student-Run Health Clinic



# 1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

## 1.1. Les inégalités sociales de santé

La maladie, les incapacités et la mort prématurée ne frappent pas au hasard dans notre société. Des inégalités sociales de santé importantes existent entre différents groupes sociaux au Québec (Boisvert, 2012; Hyppolite, 2012; Le Blanc *et al.*, 2012), comme ailleurs (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2008). Certains groupes situés au bas de l'échelle sociale sont plus touchés que d'autres par ces inégalités. Il s'agit notamment des personnes qui vivent en situation de pauvreté, les personnes en situation d'itinérance, les personnes dans une dynamique prostitutionnelle, les personnes utilisatrices de drogues, les personnes immigrantes et réfugiées, les personnes d'origine autochtone, les personnes ayant une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle, les personnes ayant un problème de santé mentale et les personnes faisant partie de la diversité sexuelle (Santé Canada, 2001; Hyppolite, 2012).

Dans la région de la Capitale-Nationale en 2004-2008, des écarts persistaient dans l'espérance de vie à la naissance entre les populations des territoires les plus défavorisés et celles des territoires les plus favorisés pour l'ensemble de la région, et ce, tant chez les hommes (écart de 5,4 ans) que chez les femmes (écart de 1,9 an) (Hyppolite, 2012). Des écarts ont également été observés en ce qui concerne la mortalité prématurée pour cette même période. Les hommes et les femmes des milieux les plus défavorisés étaient respectivement 2,4 et 1,8 fois plus susceptibles de décéder avant l'âge de 75 ans comparativement à ceux vivant dans les milieux les plus favorisés (Hyppolite, 2012). Des écarts existent aussi pour les principales causes de mortalité telles que la mortalité par tumeurs malignes, par maladies de l'appareil circulatoire, par maladies de l'appareil respiratoire, par traumatismes non intentionnels et par maladies de l'appareil digestif (Hyppolite, 2012).

Lorsqu'on compare les territoires, on constate qu'en 2004-2008, les hommes et les femmes du territoire de Basse-Ville-Limoilou-Vanier vivaient en moyenne respectivement 7,1 et 5,7 années de moins que ceux du territoire de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (Hyppolite, 2012).

## 1.2. Populations insuffisamment desservies par le système de santé

Non seulement les groupes de personnes cités précédemment présentent les états de santé les moins bons dans notre société, mais ils sont reconnus comme étant les moins bien desservis par le système de santé et ses professionnels. De nombreuses études menées à l'échelle internationale, au Canada, au Québec et dans la ville de Québec portent sur l'accès aux soins et aux services de santé de première ligne et soutiennent ce constat.

### 1.2.1. Études internationales

Certaines études internationales indiquent que l'accès aux services de santé de première ligne ainsi qu'aux services spécialisés varie selon le statut socioéconomique. Un sondage portant sur la santé et réalisé entre 2002 et 2003 auprès de 3 505 Canadiens et de 5 183 Américains indique que les Canadiens ayant un faible revenu sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille et d'avoir contacté un médecin au cours des 12 derniers mois comparativement aux Canadiens ayant un revenu élevé (Lasser *et al.*, 2006). Comparativement aux Canadiens ayant un revenu élevé, les Canadiens ayant un faible revenu étaient également plus susceptibles de rapporter avoir des besoins en services de santé et en médicaments non répondus et étaient moins susceptibles de juger excellente la qualité des services reçus (Lasser *et al.*, 2006).

Un sondage international réalisé en 1998 auprès de 5 059 adultes âgés de 18 ans et plus en Australie, Angleterre, Canada, Nouvelle-Zélande et aux États-Unis indique que :

- 13 % des répondants ayant un revenu inférieur à la moyenne ne s'étaient pas procuré des médicaments prescrits en raison de leurs coûts comparativement à 4 % pour ceux ayant un revenu supérieur à la moyenne;
- 10 % des répondants ayant un revenu inférieur à la moyenne présentaient des difficultés à payer les frais encourus par des soins ou des services de santé comparativement à 4 % pour ceux ayant un revenu supérieur à la moyenne;
- 17 % des répondants ayant un revenu inférieur à la moyenne qualifiaient de passables ou de mauvais les services de santé reçus comparativement à 10 % pour l'ensemble des Canadiens interrogés (Shoen *et al.*, 2000).

### 1.2.2. Études canadiennes

Une revue des études canadiennes portant sur les populations minoritaires et marginalisées ainsi que sur le système de soins de santé a été réalisée par Santé Canada en 2001. Cette revue souligne que les personnes en situation de vulnérabilité sociosanitaire éprouvent des difficultés à obtenir les soins nécessaires, reçoivent moins de services, reçoivent des services de moindre qualité, sont traitées différemment par les prestataires de soins ou reçoivent un traitement qui ne correspond pas à leurs besoins (Santé Canada, 2001).

D'autres études canadiennes portant sur l'accès aux soins et aux services de santé de première ligne ont été menées auprès de certains groupes de personnes, notamment des personnes ayant un problème de santé mentale ou utilisatrices de drogues, des personnes d'origine autochtone, des personnes en situation d'itinérance et des immigrants ou réfugiés. Concernant les personnes ayant un problème de santé mentale grave ou qui utilisaient des drogues, une étude qualitative a été réalisée en 2015, à Toronto en Ontario, auprès de 85 personnes s'identifiant comme ayant une des problématiques citées précédemment et auprès de 17 intervenants œuvrant auprès d'elles. Les résultats révèlent les difficultés vécues par ces personnes à trouver un médecin de famille, à répondre à tous leurs besoins de santé en temps opportun et à participer à des suivis individuels ainsi qu'à des groupes de soutien (Ross *et al.*, 2015). Les résultats indiquent également la méconnaissance des services, la non-référence vers les services nécessaires, les services inadéquats, le manque de coordination et de communication entre les établissements et les professionnels de la santé ainsi

que l'absence d'une approche centrée sur la personne influencent négativement la qualité des soins de santé de première ligne que ces personnes reçoivent et la capacité à répondre à leurs besoins de santé complexes (Ross *et al.*, 2015).

Quant aux personnes d'origine autochtone, une étude participative et qualitative réalisée en 2014 dans l'Ouest canadien auprès de 19 Autochtones illustre les difficultés liées à l'accès aux soins de santé de première ligne à travers deux récits autochtones (Cameron *et al.*, 2014). Ces récits abordent, entre autres, l'accès limité à des soins adaptés, l'incompatibilité entre l'approche actuelle de soins et la culture autochtone ainsi que la négligence (ex. : besoins en santé non répondus, informations et explications insuffisantes, non-respect de la vie privée, absence de lien de confiance) et les difficultés liées à la langue, le racisme, la stigmatisation, l'intimidation et le harcèlement vécus par ces personnes lors du recours aux soins (Cameron *et al.*, 2014). Une autre étude qualitative réalisée en 2011 également dans l'Ouest canadien auprès de 44 personnes d'origine autochtone indique que ces personnes ont le sentiment d'être traitées différemment. Les préjugés à leur égard se traduisant à travers les paroles et les gestes posés par les professionnels au moment de prodiguer les soins de première ligne (Browne *et al.*, 2011).

Pour les personnes en situation d'itinérance, une étude quantitative réalisée auprès de 366 de ces personnes à Toronto indique que 57 % des participants rapportaient ne pas avoir de médecin de famille et que la probabilité d'avoir un médecin de famille diminue significativement pour chaque année vécue en situation d'itinérance (Khandor *et al.*, 2011). Une revue de huit recherches participatives qualitatives réalisées auprès de personnes en situation d'itinérance à Toronto indique que dans un contexte de refuge multiservice offrant de l'hébergement et la soupe populaire, la santé et le bien-être des personnes le fréquentant semblent compromis par le manque d'accessibilité à des services de santé ou des services de santé mentale. De plus, les résultats indiquent qu'une attention particulière devrait être portée au problème d'accessibilité à des traitements de la dépendance et de services d'accompagnement pour réduire les méfaits, au manque de soins de la vue et dentaires appropriés ainsi qu'à la couverture limitée des médicaments (Sakamoto *et al.*, 2008).

Concernant les immigrants ou réfugiés, une étude qualitative réalisée en 2011, à Hamilton en Ontario, auprès de 37 femmes réfugiées ou de femmes demandant l'asile et neuf intervenants œuvrant auprès d'elles, indique que l'accès à des services de santé et des services sociaux semble restreint et la qualité des soins reçus semble être influencée par le statut légal de ces femmes (Newbold *et al.*, 2013). Les résultats indiquent que ces dernières n'avaient pas de médecin de famille, avaient peu de lieux de soins vers lesquels se tourner, avaient des besoins de santé non répondus et jugeaient que les services offerts n'étaient pas adéquats (Newbold *et al.*, 2013).

### 1.2.3. Études québécoises

L'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 (Dubé-Linteau *et al.*, 2013) s'est penchée notamment sur la proportion de Québécois qui ont un médecin de famille et qui ont un endroit habituel pour voir un médecin pour les soins de santé généraux. Ces proportions varient selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques :

- La proportion de Québécois ayant un médecin de famille était de 79 %. Cette proportion était moins élevée pour les immigrants récents (moins de cinq ans) (37 %), les personnes dont la langue parlée à la maison est une autre langue que le français ou l'anglais (66 %), les étudiants (68 %), les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés socialement (73 %), les personnes ayant un diplôme universitaire (75 %), les personnes résidant en zone urbaine (76 %) et les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (77 %).
- La proportion de Québécois ayant un endroit habituel de consultation pour voir un médecin pour les soins de santé généraux était de 85 % pour la population générale. Cette proportion était moins élevée chez les immigrants récents (moins de cinq ans) (56 %), les étudiants (76 %), les personnes dont la langue parlée à la maison est une langue autre que le français ou l'anglais (77 %), les personnes ayant un diplôme universitaire (82 %), les personnes résidant en zone urbaine (82 %) et les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés socialement (81 %) (Dubé-Linteau *et al.*, 2013).

De plus, cette enquête révèle que la proportion de personnes estimant que les services reçus sont facilement accessibles (c'est-à-dire : la journée même ou le lendemain, en soirée ou la fin de semaine, ou pour un nouveau problème de santé non urgent), qu'ils répondent à leurs besoins et qu'ils favorisent le contrôle des problèmes de santé ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie est plus faible dans les groupes cités précédemment que pour la population générale (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). Toutefois, il est à noter que les proportions présentées dans ce rapport n'ont pas été comparées à l'aide de tests statistiques.

D'autres études québécoises portant sur l'accès aux soins et aux services de santé de première ligne ont été menées auprès de certains groupes de personnes. Citons notamment une étude qualitative et participative qui a tenté de mieux cerner le rôle des ressources d'aide sociosanitaire et leur importance quant aux trajectoires de vie d'hommes en situation de pauvreté à Montréal au Québec (Dupéré, 2011). Cette étude a permis de documenter les difficultés que ces hommes éprouvent à rencontrer un professionnel de santé comme un médecin ou un psychologue, les limites des services dépannages, le manque de ressources pour faire face aux idéations suicidaires ou encore d'activités de prévention et d'éducation à la santé, l'absence d'une approche globale, l'aide fragmentée et complexe, la non-reconnaissance de la souffrance, de la détresse et des problèmes non diagnostiqués allant jusqu'au refus de traitement ou d'aide, les approches déshumanisantes et stigmatisantes, ainsi que les erreurs comme les placements inadéquats ou encore les diagnostics erronés (Dupéré, 2011).

Enfin, pour la ville de Québec, une recherche-action participative menée auprès de 62 femmes en situation d'itinérance ou d'errance met en lumière l'absence de services d'aide pour les femmes en situation à risque ou avec un passé d'itinérance et l'absence de ressources en hébergement pour les femmes qui se retrouvent en situation d'errance sans présenter de problématiques spécifiques liées à la santé mentale ou à la

toxicomanie, et ce, hors du réseau des centres d'hébergement pour femmes violentées (Gélineau *et al.*, 2006; RAIQ, 2008).

### 1.3. Obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux

De nombreux obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes marginalisées ont été documentés par des études canadiennes et québécoises. Ces obstacles peuvent entraver l'accès primaire et secondaire aux soins. L'accès primaire correspond à l'entrée dans le service et au degré d'utilisation des services, tandis que l'accès secondaire renvoie à la manière dont le service se déroule, notamment la continuité des soins, la coordination des soins et la globalité des soins (Lombrail, 2000).

Ces obstacles peuvent être d'ordre **géographique** lorsque le service n'est pas disponible en raison de facteurs liés au territoire (Santé Canada, 2001; Asanin et Wilson, 2008; Dubeau *et al.*, 2013). Ils peuvent être **économiques ou financiers**, soit directs lorsque le service n'est pas couvert ou est couvert en partie par le régime d'assurance maladie du Québec (ex. : médicaments, soins dentaires et oculaires, traitements de physiothérapie, psychologue, etc.) ou indirects lorsqu'il est question des coûts liés au transport, à la garde des enfants et au non-paiement de journées de congé prises pour les rendez-vous (Santé Canada, 2001; Bedos *et al.*, 2004; Williamson *et al.*, 2006; Asanin et Wilson, 2008; Gauthier *et al.*, 2011; Brabant et Raynault, 2012; Ross *et al.*, 2015).

Certains obstacles peuvent être d'ordre **organisationnel** lorsqu'ils se rapportent aux installations ou aux lieux physiques inaccessibles, aux délais d'attente, aux horaires inadéquats et aux exigences auxquels il est difficile de répondre (ex. : prise de rendez-vous par téléphone, exigence de la carte d'assurance maladie), au manque de services, au manque d'informations sur les services, au manque de coordination des services ou au manque d'interprètes (McAll *et al.*, 2000; Fournier, 2001a-b; Santé Canada, 2001; RSIQ, 2006; Bungay, 2013; Newborg *et al.*, 2013; Cameron *et al.*, 2014). En ce sens, certains auteurs précisent que la sous-utilisation ou le recours tardif aux soins pourraient être attribuable à l'incompatibilité entre l'organisation des services, les conditions de vie ainsi que les divers besoins essentiels en concurrence de certains groupes de personnes, notamment des personnes en situation d'itinérance, des personnes ayant un problème de santé mentale et des personnes utilisatrices de drogues (Roy *et al.*, 2006; Dupéré, 2011; Fournier, 2011a-b; Dupéré *et al.*, 2012; Ross *et al.*, 2015).

D'autres obstacles tels que la non-reconnaissance ou le délai de reconnaissance d'un besoin de santé par la personne ou la croyance en l'efficacité limitée d'un service peuvent être de nature **socioculturelle** (Santé Canada, 2001; Bedos *et al.*, 2004; Bernard et Raynault, 2004; Couffinhal *et al.*, 2005; Wu *et al.*, 2005; Williamson *et al.*, 2006; Asanin et Wilson, 2008; Dupéré, 2011; Dupéré *et al.*, 2012; Ross *et al.*, 2015; Thomson *et al.*, 2015). Les obstacles peuvent également être de nature **relationnelle** et se traduire sous la forme d'un traitement différent selon la position sociale des personnes ou d'un refus de traitement par les professionnels. Certaines études ont mis en évidence que les personnes touchées par les inégalités sociales vivent des expériences négatives qui alimentent les représentations négatives et leur méfiance envers les services (Reid, 2004; Williamson *et al.*, 2006; Bungay, 2013; Cameron *et al.*, 2014; Ross *et al.*, 2015), ce qui pourrait expliquer les cas de non-recours aux services (Williamson *et al.*, 2006; Roy *et al.*, 2006; Dupéré,

2011; Dupéré *et al.*, 2012). D'autres précisent que ces personnes se sentent incomprises, méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées (McAll *et al.*, 2000; Fournier, 2001a-b; Reid, 2004; Ocean, 2005; Stewart *et al.*, 2005; Roy *et al.*, 2006; Williamson *et al.*, 2006; Browne *et al.*, 2011; Gauthier *et al.*, 2011; Hyppolite, 2012; Dupéré, 2011; Dupéré *et al.*, 2012; Cameron *et al.*, 2014; Loignon *et al.*, 2015).

#### **1.4. Rôle du système de santé et des services sociaux pour l'accès et la qualité des soins aux personnes marginalisées**

Assurer l'accessibilité aux services de première ligne aux personnes en situation de vulnérabilité sociosanitaire pour contribuer à l'équité en santé est actuellement une priorité de santé publique, tant au niveau régional (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2008; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010), qu'au niveau national (Comité consultatif fédéral-provincial territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2005; Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains *et al.*, 2005; Conseil canadien de la santé, 2006; Agence de la santé du Canada, 2008; Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2008), qu'international (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008).

Bien que la majorité des recherches effectuées révèlent que les grandes disparités en santé découlent de déterminants situés à l'extérieur du système de santé, force est de constater que ce dernier, par le biais des inégalités de soins résultant de difficultés d'accès primaire et secondaire aux soins, peut contribuer à augmenter ces disparités (Comité consultatif fédéral-provincial territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2005; Couffinhal *et al.*, 2005; Williamson *et al.*, 2006). Citons spécifiquement une étude qualitative de Malenfant *et al.* (2004) menée au Québec auprès de 22 personnes en situation de pauvreté qui indique que des services sociaux et de santé inadéquats peuvent, dans certains cas, prolonger les périodes d'incapacité et aggraver la situation de pauvreté vécue par une personne ayant un faible revenu. Deux autres types d'études participatives et qualitatives rejoignent ce constat. En effet, les participants à ces études, soit 30 hommes de Montréal (Dupéré, 2011) et 20 femmes du *Greater Vancouver Regional District* en Colombie-Britannique (Reid, 2004) en situation de pauvreté affirment avoir vu leur situation stagner ou même s'aggraver à la suite de services de santé et de services sociaux inadéquats.

Bien qu'il soit reconnu que les acteurs du système de santé doivent contribuer à instaurer l'équité en santé (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008; Moquet et Lombrail, 2010; Lombrail et Pascal, 2010), il n'y a cependant pas de solutions simples pour favoriser l'accès et la qualité des services de première ligne pour les personnes marginalisées, désaffiliées ou en situation de vulnérabilité sociosanitaire (Hyppolite, 2012).

#### **1.5. Initiatives visant à favoriser l'accès et la qualité des services de première ligne pour les personnes marginalisées**

Favoriser l'accès et la qualité des services de première ligne pour les personnes marginalisées, désaffiliées ou en situation de vulnérabilité sociosanitaire exige par conséquent de développer, d'expérimenter et de s'approprier des innovations dans la prestation des services de première ligne (Hyppolite, 2012). Dans cette optique, certaines initiatives ont été mises en place au Québec et ailleurs au Canada. Onze initiatives

reposant sur la collaboration des milieux de la santé et des services sociaux, des milieux communautaires et parfois des milieux de l'enseignement sont présentées au tableau 1 et des informations sommaires descriptives se trouvent à l'annexe 1. Pour huit de ces initiatives (Wish, Search, CHIUS, Switch, Shine, Imagine, Maison Bleue et Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles), l'information provient directement du rapport intitulé *Projet de clinique communautaire étudiante de santé. Étude de besoins et de l'offre de soins de santé et de services sociaux aux populations en situation de vulnérabilité sociale et de santé à Québec* (Amar *et al.*, 2013). Pour trois initiatives (Projet Montréal, Coopérative de solidarité SABSA, CDIRC), l'information provient des sites Internet pour le Projet Montréal (Médecins du Monde Canada (2016) et la Coopérative de solidarité SABSA [2016]) et de l'article de Campbell, D.JT *et al.* (2013) pour le CDIRC. Ces informations descriptives sur ces initiatives sont présentées pour avoir un portrait sommaire des différentes initiatives sans objectif de présenter des descriptions détaillées.

Quelques recherches ont été réalisées afin **d'évaluer certains de ces projets**. Quatre études quantitatives et qualitatives se sont intéressées au profil et aux besoins des utilisateurs des services de quatre des projets cités, soit les cliniques étudiantes de santé SHINE (Patterson *et al.*, 2011), SWITCH (Holmqvist *et al.*, 2012), IMAGINE (Duagni et McGuire, 2011) et CHIUS (CHIUS, s.d.). Au regard de la satisfaction des utilisateurs, l'une d'entre elles indique que 95 % des 62 répondants s'étaient dits satisfaits des services reçus à SHINE durant la période de 2007 à 2009 (Patterson *et al.*, 2011). Une autre étude s'est penchée sur les services jugés les plus importants, les points forts et les points à travailler à la clinique selon les personnes ayant recours aux services de SWITCH. Selon ces personnes, les services de garde, les repas servis sur place et les espaces de socialisation disponibles représentent les services offerts les plus importants (Rook et Molnor, 2012). Alors que la programmation offerte et le respect dont font preuve les membres du personnel et les bénévoles à l'égard de la clientèle comptent parmi les points forts pour les personnes qui utilisent les services de la clinique, la méconnaissance des services et des programmes offerts, les heures d'opération et les délais d'attente comptent parmi les points à améliorer (Rook et Molnor, 2012).

Deux études qualitatives ont documenté **les bénéfices perçus** par les personnes qui utilisent les services de CDIRC et SWITCH et par les personnes qui œuvrent dans ces cliniques ou au sein d'autres organisations qui offrent des services complémentaires (Rook et Molnor, 2012; Campbell *et al.*, 2013). Ces bénéfices perçus sont :

- l'amélioration de la santé de la population et la création d'une société équitable;
- l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes ciblées par ces cliniques en raison de l'augmentation de la capacité d'accueil, de l'accessibilité géographique, de l'adéquation des heures d'opération et de la gestion de cas complexes;
- la formation des futurs professionnels par le biais de l'expérience d'une pratique humanisante ancrée dans la communauté et de l'enseignement interprofessionnel;
- le développement par les étudiants d'une proximité relationnelle avec les usagers supérieure à celle généralement observée lors d'une brève rencontre.

Quant aux **limites perçues**, les personnes qui œuvrent au sein des cliniques étudiantes de santé CDIRC et SWITCH y ont également identifié les limites suivantes :

- la difficulté à rejoindre les personnes visées qui ne fréquentent pas l'organisme dans lequel la clinique est située;
- l'inexpérience et le manque de connaissances des étudiants en stage;
- la préparation et le suivi de l'implication des étudiants jugés insuffisants et variables ainsi que leur implication jugée parfois exigeante en termes de temps et d'efforts;
- la méconnaissance de l'ensemble des membres de l'équipe de la clinique et le manque d'occasions d'échanger sur les expériences et les pratiques (Rook et Molnor, 2012; Campbell *et al.*, 2013).

Deux études qualitatives ont également documenté les **défis** auxquels doivent faire face les cliniques SWITCH, WISH, CHIUS et SHINE (Holmqvist *et al.*, 2012; Campbell *et al.*, 2013). Ces défis sont notamment liés à l'obtention d'assurances responsabilité professionnelle, la continuité des services et le roulement du personnel, le recrutement et la rétention des étudiants volontaires et leur mentor, ainsi que la soutenabilité des cliniques sur le plan des ressources humaines et financières.

Une **évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique** de La Maison Bleue a été réalisée (Dubois *et al.*, 2015). Cette évaluation a utilisé diverses stratégies de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives. Trois principaux constats ressortent de cette évaluation :

- son modèle d'intervention (fondé sur l'*empowerment*, l'interdisciplinarité et l'adaptation des interventions en fonction du bagage culturel et émotif des familles ciblées) permet d'accueillir et de retenir dans ses services la clientèle visée et d'offrir des services adaptés à ses besoins dans un lieu chaleureux et à échelle humaine;
- son mode d'intervention permet une accessibilité accrue aux services de santé physique et psychosociale, une coordination fine facilitant un suivi global, continu et intensif auprès de la clientèle qui permet des gains d'efficience significatifs;
- son modèle d'intervention apparaît novateur et transférable à certaines conditions (ex. : reproduire le modèle dans son intégralité incluant sa structure hybride, financer autant les coûts d'investissements que les coûts de fonctionnement jugés indissociables de son efficacité) (Brabant, 2015).

Enfin, nous avons identifié une seule étude qualitative qui a **comparé** les cliniques étudiantes de santé SWITCH, WISH, CHIUS et SHINE (Holmqvist *et al.*, 2012). Selon les résultats, ces cliniques reposent sur les trois piliers suivants :

- l'équité en santé, notamment parce que ces cliniques offrent des soins de santé et des activités d'éducation à la santé spécifiquement aux personnes marginalisées ou non desservies par les services existants et optent pour une approche globale qui comprend les déterminants sociaux de la santé;

- le leadership étudiant, principalement parce que les étudiants assurent, selon un niveau d'autonomie variable, l'administration et les opérations de ces cliniques;
- l'interprofessionnalisme, puisque ces cliniques misent notamment sur la collaboration interprofessionnelle dans la pratique et dans l'enseignement (Holmqvist *et al.*, 2012).

Par ailleurs, nous n'avons identifié aucune étude descriptive comparative des initiatives mises en place pour favoriser l'accès et la qualité des services et soins de santé de première ligne aux personnes marginalisées.

Une analyse sommaire de ces initiatives réalisée par notre équipe de recherche montre qu'elles présentent certaines similitudes. En effet, ces initiatives :

- ciblent les personnes de la communauté dans laquelle elles s'établissent, plus particulièrement les personnes marginalisées ou en situation de vulnérabilité sociosanitaire et peu desservies par l'offre existante;
- visent à améliorer la santé et le bien-être des populations qu'elles desservent;
- participent à la formation des futurs professionnels;
- offrent des soins et des services de santé de première ligne;
- offrent des services à bas seuil d'accessibilité;
- proposent des heures d'ouverture le soir ou la fin de semaine;
- mettent l'accent sur l'accessibilité géographique et relationnelle;
- misent sur la collaboration interprofessionnelle;
- proposent une équipe de soins formée de professionnels et d'étudiants provenant de différentes disciplines de la santé et des services sociaux;
- offrent leurs services dans les locaux d'organismes des milieux communautaires et de la santé et des services sociaux;
- réalisent de nombreuses activités de promotion des services offerts ainsi que de recrutement de volontaires;
- comptent sur l'appui et le soutien financier de nombreux partenaires.

Par ailleurs, certains projets présentent d'autres caractéristiques :

- misent sur une approche globale centrée sur la personne (9 projets sur 11);
- mettent de l'avant la collaboration interorganisationnelle (8 projets sur 11);
- offrent d'autres services (7 projets sur 11);
- réalisent des activités d'éducation à la santé (8 projets sur 11);
- offrent un accompagnement axé sur les forces et favorisent le développement du pouvoir d'agir de la personne (4 projets sur 11)

**Tableau 1**  
**Initiatives canadiennes visant à favoriser l'accès et la qualité des soins de santé pour les personnes marginalisées**

INNOVATION	VILLE (PROVINCE)	POPULATION CIBLÉE
Coopérative de solidarité SABSA	Québec (Québec)	Populations vulnérables de la Basse-Ville de Québec
Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	Montréal (Québec)	Population du quartier Pointe-Saint-Charles
La Maison Bleue	Montréal (Québec)	Femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité et leur famille
Projet Montréal	Montréal (Québec)	Populations démunies, itinérantes, marginalisées et exclues des soins de santé et intervenant communautaires qui œuvrent auprès d'elles
Calgary Drop-In and Rehabilitation Center (CDIRC)	Calgary (Alberta)	Personnes en situation d'itinérance
Community Health Initiative by Health Students (CHIUS)	Vancouver (Colombie-Britannique)	Résidents du quartier central <i>Downtown East Side</i>
Interprofessional Medical and Allied Groups for Improving Neighbourhood Environment (IMAGINE)	Toronto (Ontario)	Personnes en situation d'itinérance et peu desservies du centre-ville
Student Energy in Action for Regina Community Health (SEARCH)	Régina (Saskatchewan)	Communauté de <i>North Central Community</i>
Student Wellness Initiative Toward Community Health (SWITCH)	Saskatoon (Saskatchewan)	Personnes en situation de pauvreté et des personnes d'origine autochtone provenant des quartiers centraux
Student Health Initiative for the Needs of Edmonton (SHINE)	Edmonton (Alberta)	Jeunes de 25 ans ou moins, principalement des personnes en situation de pauvreté et en situation d'itinérance
Winnipeg Interprofessional Student-Run Health Clinic (WISH)	Winnipeg (Manitoba)	Personnes en situation de pauvreté de la communauté de Point Douglas

## 2. QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche intitulée « Innover dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées » comportait deux volets.

Le premier volet visait à :

- Comprendre comment le recours aux soins et aux services de SPOT-CCSE s'inscrit dans le parcours de soins des personnes marginalisées utilisatrices de la clinique et décrire leur expérience des soins et des services reçus.
- Identifier les pratiques innovantes visant à améliorer l'accès et la qualité des soins pour les personnes marginalisées mises en œuvre à SPOT-CCSE.

Le premier volet a fait l'objet d'un premier rapport de recherche intitulé « Innover dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées. Volet 1 : les innovations mises en œuvre à SPOT-CCSE et les expériences de personnes utilisatrices » (Hyppolite *et al.*, 2018).

Le second volet, faisant l'objet de ce rapport, visait à :

- Décrire et comparer les modèles de différentes initiatives québécoises visant à améliorer l'accès et la qualité des soins et services de santé de première ligne aux personnes marginalisées.



## 3. MÉTHODOLOGIE

### 3.1. Approche

### 3.2. Devis

Le second volet de cette étude a utilisé un devis qualitatif descriptif (Creswell et Clark, 2007) incluant des échanges collectifs et un questionnaire autoadministré auprès de personnes impliquées dans la coordination des différentes initiatives.

### 3.3. Population et recrutement

#### 3.3.1. Recrutement des cliniques

Pour participer, les cliniques devaient : 1) être rattachées aux réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'Université Laval, de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke ou de l'Université McGill, ceci étant une exigence de l'organisme subventionnaire Réseau-1; 2) offrir ou être intéressé à offrir des soins et des services de santé de première ligne à des personnes marginalisées au Québec. Réseau-1 repose sur une infrastructure de cliniques membres rattachées à un des quatre RRAPPL qui couvrent le territoire du Québec. Chaque RRAPPL est sous la responsabilité d'un Département de médecine de famille et de médecine d'urgence à l'Université Laval, à l'Université de Montréal, à l'Université de Sherbrooke et à l'Université McGill.

Comme le Volet 1 du projet de recherche portait sur les innovations mises en œuvre à SPOT-CSSE, cette clinique a d'emblée été invitée à participer au Volet 2. Les autres initiatives ont été invitées par contact direct des chercheurs ou par une invitation lancée aux cliniques membres des RRAPPL de l'Université Laval et de Montréal lors de rencontres avec les coordonnateurs de ces RRAPPL. Les renseignements figurant dans une lettre de recrutement ont été utilisés pour le recrutement.

Les initiatives ayant participé à l'étude sont les suivantes : SPOT-CCSE, l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'UMF-GMF du Centre Hospitalier de Verdun. L'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père à Montréal s'est portée volontaire à la suite d'un contact personnel d'une des chercheuses avec le médecin coordonnateur. Ce médecin a ensuite mis en lien l'équipe de recherche avec l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières à Trois-Rivières et l'UMF-GMF du Centre Hospitalier de Verdun à Montréal. L'initiative de l'UMF-GMF du Centre Hospitalier de Verdun était en cours de développement au moment de conduire cette étude en 2016-2017. Bien que des membres de cette initiative aient participé à quelques rencontres, les informations recueillies se sont avérées trop limitées compte tenu de l'état d'avancement du projet, si bien que les données recueillies concernant cette initiative ne seront pas présentées dans ce rapport. Les trois cliniques participantes sont brièvement décrites ci-après.

Aucune clinique ne s'est portée volontaire lors des annonces faites dans les RRAPPL.

### **La clinique SPOT-CCSE** (<http://cliniquespot.org/>)

Fondée à Québec en février 2014, *SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement* (SPOT-CCSE) est une initiative issue de la collaboration de citoyens, du milieu communautaire, d'institutions de soins, des Facultés de médecine, médecine dentaire, pharmacie, sciences infirmières et sciences sociales et de l'École de nutrition de l'Université Laval, ainsi que d'autres partenaires de la communauté. SPOT-CCSE est un organisme à but non lucratif (OBNL) situé à Québec dont la mission est d'améliorer l'état de santé des personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante, et de former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de ces personnes.

### **L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières** (<https://vimeo.com/106956103>)

Mise en place en 2013, l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières a commencé la prestation de soins de santé en 2014. Cette équipe repose sur une structure interorganisationnelle regroupant le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-Centre du Québec et les organismes communautaires Point de Rue et Centre Le Havre. Sa mission est de rejoindre les personnes les plus vulnérables du Réseau local de services de Trois-Rivières vivant des enjeux d'inclusion sociale à l'aide d'une offre de services interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle, et ce, dans une optique de santé globale.

### **L'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**

Créée et organisée par des médecins du CLSC des Faubourgs et l'équipe de la Maison du Père à Montréal, la clinique a engagé ses activités en 2016. Sa mission est d'offrir des soins aux personnes désaffiliées du réseau de la santé et des services sociaux et graduellement les réaffilier.

## **3.3.2. Recrutement des personnes participantes**

Les coordonnateurs des différentes cliniques ont été recrutés directement par les chercheuses. Les coordonnateurs ont ensuite invité certaines personnes impliquées au sein de leur clinique en considérant leur rôle et les objectifs de la recherche. Les personnes invitées à participer aux échanges collectifs devaient répondre aux critères suivants : 1) faire partie d'une des cliniques identifiées; 2) être ouvertes à participer à une recherche; 3) être aptes à communiquer verbalement en français.

## **3.4. Collecte des données**

### **3.4.1. Journées d'échange**

Pour répondre aux objectifs de la recherche, des journées d'échanges ont été organisées. Celles-ci visaient à favoriser l'appropriation, par les participants, des connaissances produites dans le cadre de l'étude et à coconstruire un produit défini ensemble qui pourrait être diffusé auprès d'autres publics.

Les personnes recrutées au sein des cliniques ont été invitées à participer initialement à trois demi-journées d'échanges à Montréal. Suite à la demande des participants, les échanges se sont plutôt déroulés sur une journée complète et au terme de l'étude, cinq journées d'échange ont été tenues entre juin 2016 et mai 2017.

Les rencontres et échanges collectifs ont été animés par l'équipe de chercheuses. L'ordre du jour de la première rencontre avait été convenu conjointement par les chercheuses et les coordonnateurs des cliniques participantes. L'ordre du jour des rencontres qui ont suivi était convenu par l'ensemble des participants lors des rencontres. Les échanges collectifs ont fait l'objet d'une prise de notes détaillées sur ordinateur par une professionnelle de recherche ou une chercheuse consacrée à cette tâche.

### **3.4.2. Questionnaire auprès de personnes impliquées dans les cliniques participantes**

À la suite de la première rencontre, un questionnaire autoadministré utilisant des questions ouvertes a été envoyé à chacun des coordonnateurs des cliniques participantes par courriel (annexe 2). Il visait à dresser un portrait global des pratiques innovantes mises en œuvre dans les cliniques participantes. Ce questionnaire a été conçu et adapté à partir du Cadre d'évaluation des pratiques novatrices du *Guide de notation* du CEPN du Conseil canadien de la santé.

Les coordonnateurs ont retourné les questionnaires avant (par courriel) ou pendant (format papier) la seconde rencontre. Une analyse thématique a été réalisée à partir des informations retrouvées dans les questionnaires et a été intégrée à une cartographie présentant de manière comparative les caractéristiques des différentes cliniques. Somme toute, les informations recueillies à partir de ce questionnaire se sont révélées peu exhaustives pour deux cliniques. Il est ainsi apparu nécessaire de recueillir les informations de manière graduelle et itérative à partir des rencontres et des échanges collectifs afin de compléter cette cartographie.

## **3.5. Analyse des données**

L'analyse des journées d'échange a été faite au fur et à mesure, après chaque rencontre, à partir des notes détaillées prises pendant les rencontres. Un résumé et l'analyse étaient partagés et validés à chacune des rencontres subséquentes à partir d'une cartographie synthèse des initiatives. Les informations recueillies dans le tableau ont été complétées par les informations obtenues des questionnaires et ont été validées en fin de projet par chacun des responsables des cliniques.

## **3.6. Considérations éthiques**

L'étude a été approuvée par le Comité de recherche de SPOT-CCSE et par le Comité d'éthique et de la recherche de l'Université-Laval (numéro d'approbation SIRUL 114139). Toutes les personnes ayant participé aux journées d'échange ou ayant répondu au questionnaire autoadministré ont signé un formulaire d'information et de consentement lors de leur première participation aux échanges collectifs. Les professionnels de recherche ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.



## 4. RÉSULTATS

### 4.1. Description des rencontres et des participants

Au total, cinq rencontres ont eu lieu réunissant les quatre cliniques participantes entre le 15 juin 2016 et le 29 juin 2017. Les rencontres se sont généralement déroulées entre 10 h et 15 h incluant une période de dîner d'environ 45 minutes. Au total, dix personnes différentes de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, cinq personnes de l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, une personne l'UMF-GMF du Centre Hospitalier de Verdun, cinq personnes de la clinique SPOT-CCSE et cinq personnes de l'équipe de recherche et du comité consultatif ont participé aux rencontres, regroupant ainsi des profils variés (intervenant, travailleuse de rue, infirmière, médecin, médecin résidente, directeur d'établissement, coordonnatrice de la clinique, coordonnatrice des soins, chercheuses, professionnelles de recherche, utilisateurs de la clinique SPOT-CCSE). Les dates et lieux de ces journées d'échange et le nombre de participants sont présentés au tableau 2 et les thématiques abordées sont présentées au tableau 3.

**Tableau 2**  
**Déroulement des rencontres d'échanges**

Rencontre	Date	Lieu	Ville	Nombre de participants					
				MP	TR	SPOT	VERDUN	RECHERCHE	TOTAL
1	15/06/2016	Maison du Père	Montréal	8	3	2	1	5	19
2	06/10/2016	Maison du Père	Montréal	7	6	1	2	5	21
3	27/01/2017	Point de rue	Trois-Rivières	4	4	3	0	4	15
4	24/03/2017	Centre le Havre	Trois-Rivières	3	3	3	0	2	11
5	29/06/2017	Point de rue	Trois-Rivières	3	3	2	0	3	11

MP : Initiative CLSC des Faubourgs à la Maison du Père; TR : Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières; Verdun : UMF-GMF du Centre hospitalier Verdun; SPOT : SPOT-CCSE; Recherche : Équipe de recherche et membres du comité consultatif.

**Tableau 3**  
**Résumé des thématiques abordées**

Rencontre	Thématiques
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présentation de Réseau-1 et du projet de recherche par les chercheurs.</li><li>• Brève présentation des 4 cliniques par les personnes impliquées.</li><li>• Identification des objectifs communs de la démarche :<ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre sur pied une plateforme permettant le réseautage et l'échange de documents et d'outils sur les soins de proximité;</li><li>- Identifier les innovations des différentes cliniques et identifier les aspects communs afin de mettre à profit les expériences pour d'autres milieux intéressés par les soins de proximité;</li><li>- Se connaître et créer des liens pour les clientèles mobiles afin de faciliter le suivi de personnes entre les organismes situés dans différentes villes;</li><li>- Mieux définir ce que sont les soins de proximité.</li></ul></li></ul>

Rencontre	Thématiques
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation approfondie des 4 cliniques par les personnes impliquées</li> <li>• Définition des objectifs pour les prochaines rencontres : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Approfondir l'analyse des différentes initiatives notamment au regard des obstacles et des enjeux.</li> <li>- Partager des outils utilisés dans les différentes cliniques.</li> <li>- Discuter de la continuité des échanges au terme du projet de recherche.</li> </ul> </li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation par les chercheuses d'un tableau synthèse des initiatives à partir des données recueillies lors des journées d'échange et des questionnaires.</li> <li>• Discussions autour de l'historique des initiatives, le choix des modèles organisationnels, les enjeux entourant le statut des infirmières, la supervision clinique, la rémunération des médecins, les soins et l'enseignement, les liens avec les organismes communautaires partenaires.</li> <li>• Partage d'outils développés par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (formulaire de référence, le Plan d'intervention intégré interprofessionnel de proximité, un fichier Excel de gestion clinique).</li> <li>• Discussion a eu lieu ensuite sur le réseautage.</li> <li>• À la fin de la rencontre, le besoin de poursuivre l'analyse des initiatives au regard des différents modèles, philosophies et approches d'intervention a été soulevé ainsi que de poursuivre le partage d'outils.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion autour des visées, approches, équipes de travail et les enjeux rencontrés par les différentes cliniques au regard de leur modèle organisationnel ont été approfondis.</li> <li>• Partage par SPOT-CCSE d'une feuille aidant à orienter au bon endroit les personnes qui souhaitent consulter.</li> <li>• Une cinquième rencontre était souhaitée afin d'aborder les situations difficiles ou les éléments qui ont moins bien fonctionné, la gestion de l'enseignement et les difficultés vécues, des situations cliniques concrètes et enfin un lieu éventuel pour poursuivre les échanges.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussions autour de l'historique des initiatives, l'accès aux soins et aux services et les spécificités des différentes initiatives.</li> <li>• Échanges sur les suites à donner. Quatre besoins ont été identifiés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuer les échanges,</li> <li>- faire un plaidoyer politique,</li> <li>- assurer le transfert des connaissances,</li> <li>- échanger sur l'enseignement aux futurs professionnels de la santé.</li> </ul> </li> <li>• Au terme de la rencontre, les participants ont décidé de se réunir le 10 juillet 2017, en dehors du cadre de la recherche afin de planifier une participation au colloque sur l'itinérance prévu en octobre 2017 pour y faire un plaidoyer, tenir une conférence de presse et organiser une demi-journée sur les soins de proximité.</li> </ul>

### Autres rencontres en dehors du cadre de la recherche

Il est intéressant de noter qu'aux termes et en-dehors de la recherche, une première rencontre a eu lieu le 10 juillet 2017 et une deuxième le 16 août 2017. Ces deux rencontres et plusieurs échanges entre les participants ont permis la planification et la tenue d'une journée de formation intitulée « Innovations en soins de proximité au Québec » qui a eu lieu le 17 novembre 2017 à Trois-Rivières. Cette journée de formation a permis de réunir plus de 52 participants inscrits officiellement et intéressés par les soins de proximité.

## 4.2. Cartographie des initiatives

À partir du questionnaire et des échanges collectifs, nous avons pu documenter les initiatives au regard de différents aspects, soit leur historique, leur mission, la population desservie, les approches privilégiées, les services offerts, l'accès aux services et leur déroulement, la composition des équipes, la formation des étudiants, les activités de recherche, la promotion des activités, la structure et la gouvernance, les partenaires, le financement, et les défis rencontrés. Dans cette section, nous présentons les informations relatives à ces différents aspects pour chacune des initiatives étudiées ainsi qu'une analyse comparative et critique de la part des chercheuses pour certains aspects.

Les informations au regard de différents aspects pour chacune des trois initiatives sont aussi présentées sous forme d'un tableau synthèse à l'annexe 4.

### 4.2.1. Historique

**Pour SPOT-CCSE**, l'idée du projet émerge du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval auquel se sont joints initialement le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale et ensuite le milieu communautaire via le RAIQ (Regroupement pour l'aide aux itinérantes de Québec). Le projet est bâti sur deux principaux constats : les personnes les plus marginalisées ne sont actuellement pas ou trop peu rejointes par le réseau de la santé et les étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval désirent être davantage exposés aux diverses réalités sociales. Deux personnes jouent un rôle clé à l'origine du projet, un médecin spécialiste en santé publique et chef du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval et un médecin urgentologue détenant une maîtrise en santé publique, chargé de cours à la Faculté de médecine et chercheur au CSSS de la Vieille-Capitale. Ce dernier a le mandat de développer le projet et il devient par la suite le président de SPOT-CCSE.

En 2012 et 2013, les acteurs du projet mobilisent d'autres acteurs (réseau de la santé, milieu universitaire, milieu communautaire, acteurs intersectoriels), multiplient les rencontres et mènent une large consultation en réalisant notamment une étude de besoins (Amar *et al.*, 2013), des entrevues auprès de différents acteurs et des groupes de discussion auprès de personnes marginalisées. En mai 2013, le projet embauche une chargée de projet qui est organisatrice communautaire de formation et qui a travaillé au sein d'organismes communautaires. Un comité de gestion intérimaire est mis en place. Après la tenue d'une rencontre de type *World café* réunissant 62 personnes d'horizons divers et après avoir envisagé diverses options, il a été décidé de fonder un organisme à but non lucratif (OBNL) autonome lors d'une grande Assemblée en février 2014. En juin 2014, un professeur du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval et la future coordonnatrice du volet recherche et évaluation, tous deux mandatés par le Conseil d'administration de SPOT-CCSE, structurent le volet recherche et évaluation.

En novembre 2014, SPOT-CCSE débute son offre de services pour les personnes marginalisées dans cinq organismes identifiés au regard de divers critères d'accessibilité suite à l'engagement humanitaire de cinq médecins. Une infirmière du CSSS de la Vieille-Capitale est choisie par SPOT-CCSE et entre en fonction en décembre. En janvier 2015, SPOT-CCSE débute l'intégration de stagiaires et les premiers soins dentaires sont donnés. En février 2015, la chargée de projet devient la coordonnatrice. En avril 2015, SPOT-CCSE

embauche un pair aidant, en septembre 2016 une coordonnatrice de la recherche-évaluation et en février 2017 une chargée de projet.

**Pour l'Équipe soins de proximité de Trois-Rivières**, une réflexion en 2010 s'amorce sur une collaboration éventuelle entre deux organismes communautaires à Trois-Rivières (Centre Le Havre et Point de Rue), le CSSS de Trois-Rivières et le Centre de réadaptation en dépendance (Domrémy Mauricie–Centre-du-Québec) devant le constat que plusieurs personnes aux prises avec des enjeux d'affiliation sociale n'ont pas accès aux soins conventionnels et que les travailleurs de rue ne peuvent pas répondre aux problématiques de santé des personnes rencontrées. La même année, l'équipe itinérance du CSSS est mise sur pied et offre des services au Centre Le Havre. En 2012, une étude du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle propose d'ajouter des soins médicaux à l'offre de services de l'équipe itinérance et l'idée de mettre sur pied une équipe de soins de proximité émerge alors.

En 2013, une structure interorganisationnelle regroupant le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières, Domrémy, le Centre le Havre et Point de Rue se met en place et un médecin de famille devient porteur du projet. Ce médecin avait été travailleur de rue de 1998 à 2000 dans un organisme communautaire le Centre régional de prévention de la criminalité dont le coordonnateur est actuellement le directeur général de l'organisme communautaire Point de Rue. Janvier 2014 marque le début de la prestation des soins par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières à Point de Rue et au Centre Le Havre.

**Concernant l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père à Montréal**, la Maison du Père avait engagé une infirmière sans lien avec le CSSS, car initialement aucune ressource du réseau de la santé n'avait été consentie malgré les demandes de la Maison du Père. En 2013, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM) souhaitait améliorer l'enseignement des étudiants de médecine devant le constat que des personnes marginalisées relataient la présence de préjugés chez les médecins, que le réseau de la santé et des services sociaux ne répondait pas à leurs besoins et que les étudiants de médecine n'étaient pas suffisamment formés aux réalités des populations vulnérables. La décision fut prise de mettre sur pied des projets pilotes au sein des Unités de médecine familiale (UMF) liées à la Faculté de médecine de l'UdeM et celle des Faubourgs est identifiée. Le médecin responsable à l'UdeM des soins de proximité initie alors le projet avec l'UMF des Faubourgs et des médecins résidents volontaires. Une cartographie des organismes communautaires est réalisée et la Maison du Père est retenue pour y débiter le projet en 2016. Par la suite, le médecin responsable à l'UdeM devient chef de service du volet itinérance/modèle de proximité à la Direction dépendance et santé mentale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. Actuellement, l'implication de l'infirmière et des médecins à la Maison du Père provient de l'équipe itinérance du CIUSSS.

### *Éléments d'analyse*

Les premiers échanges marquant le début des trois initiatives remontent au début des années 2010. Il est à noter qu'au moment de débiter cette étude, la clinique SPOT-CCSE et l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières offraient des soins depuis environ deux ans, alors que l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père n'avait pas encore débiter ses activités. Si les trois initiatives présentent un historique très différent, elles proposent toutes des soins et des services de santé de première ligne aux personnes marginalisées.

Pour SPOT-CCSE, l'idée émerge du milieu universitaire auquel se joint le réseau de la santé et le milieu communautaire. La démarche initiale en vue d'élaborer le projet repose alors sur une vaste mobilisation d'acteurs et une large consultation en vue de répondre aux besoins des personnes marginalisées à Québec. L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières vise quant à elle à répondre aux besoins exprimés par des groupes communautaires spécifiques et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, bien que l'idée émerge du milieu universitaire, elle propose une offre de soins de santé qui vient répondre aux besoins exprimés par un organisme communautaire à Montréal. Ainsi, la réponse proposée par ces deux dernières initiatives est une offre de soins de santé directement au sein d'organismes communautaires demandeurs, contrairement à SPOT-CCSE dont l'analyse et la réponse reposent davantage sur une perspective populationnelle.

Si SPOT-CCSE est un organisme à but non lucratif et que l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père reposent sur un partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires, les trois initiatives ont cherché à rapprocher le réseau de la santé au milieu communautaire et vice-versa. Les trois initiatives reposent essentiellement sur une collaboration étroite entre ces deux milieux distincts laissant apparaître cette collaboration comme une condition essentielle pour favoriser l'accès aux soins et services de santé de première ligne aux personnes marginalisées. Ceci renforce aussi l'idée que la mise sur pied d'innovations sociales requiert le plus souvent la mise en interrelations de nouveaux acteurs permettant de coconstruire et de proposer de nouvelles réponses à des situations complexes.

On note également dans les trois initiatives, la présence de leaders clés fortement sensibles aux réalités du milieu communautaire. Pour SPOT-CCSE, la chargée de projet est organisatrice communautaire en milieu communautaire depuis une douzaine d'années, pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, le médecin coordonnateur avait été travailleur de rue et pour l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, le médecin coordonnateur était déjà impliqué dans un autre organisme communautaire offrant des soins de santé au Québec et à l'international aux personnes n'ayant pas accès aux soins de santé.

L'analyse comparative de ces trois initiatives démontre également que différentes structures organisationnelles sont possibles pour offrir des soins et des services de santé aux personnes marginalisées au Québec.

Quant à la présence du milieu universitaire, elle varie selon les initiatives. Pour SPOT-CCSE et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, les Facultés de médecine ont été présentes à l'origine ce qui explique certainement le volet formation que l'on retrouve au sein de ces deux initiatives. La présence du milieu universitaire à l'origine de SPOT peut également expliquer la présence du volet de recherche à SPOT-CCSE. Pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, le milieu universitaire y était moins présent au début, mais l'initiative est actuellement un milieu de stage obligatoire pour les résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières et un cours de trois heures par année est offert aux résidents sur les soins de proximité.

Enfin, ces trois initiatives ne semblent pas avoir répondu à une commande du milieu de la santé, universitaire ou communautaire ou à des exigences contraignantes en attente de résultats précis, circonscrits et définis d'avance. Il y a eu dans ces trois initiatives des espaces de liberté et de négociations possibles entre de nouveaux acteurs ayant permis l'émergence d'idées novatrices.

#### 4.2.2. Mission

**La mission de SPOT-CCSE** est « d'améliorer l'état de santé des personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante, et former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de cette clientèle » (SPOT, 2014).

Celle de l'**Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières** est de rejoindre les personnes les plus vulnérables du Réseau local de services de Trois-Rivières vivant des enjeux d'inclusion sociale à l'aide d'une offre de services interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle, et ce, dans une optique de santé globale. L'objectif est la réaffiliation par la quête de sens et la santé globale. La raison de consultation est perçue comme une façon de créer un lien pour réaffilier les personnes.

Enfin, l'**Initiative du CLSC des Faubourgs** a pour mission d'offrir des soins aux personnes désaffiliées du réseau de santé et de les réaffilier graduellement. L'objectif final n'est pas le soin comme tel, mais la réaffiliation par les soins et les soins aux personnes réaffiliées. L'initiative vise à se rapprocher des objectifs personnels identifiés par les personnes. L'Initiative du CLSC des Faubourgs a aussi pour mission de former des médecins résidents de l'UMF-GMF du CLSC des Faubourgs à la médecine de proximité.

#### *Éléments d'analyse*

Ce qui est remarquable au regard de l'analyse comparative des missions énoncées des trois initiatives est le fait que chaque mission apparaît tout à fait originale pour l'acteur qui la porte.

En effet, SPOT-CCSE est un OBNL et énonce comme mission celle d'améliorer l'état de santé des personnes marginalisées, mission qui relève habituellement du réseau de la santé et des services sociaux. De même, la mission de former une relève professionnelle se rencontre habituellement au sein du milieu de l'éducation.

De même, l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père dont les professionnels de la santé relèvent du réseau de la santé et des services sociaux (à l'exception d'un infirmier, qui relève de la Maison du Père) se donnent comme mission de réaffilier les personnes marginalisées rencontrées. Le soin est perçu comme un moyen de réaffilier et non comme une fin en soi. La réaffiliation de personnes marginalisées apparaît ici comme une mission originale pour ces acteurs qui relèvent, pour la plupart, du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces missions originales et hors du commun pour chacune des trois initiatives montrent à quel point les acteurs de ces initiatives ont tenté de dépasser les limites imposées par leur appartenance et leur structure. La clinique SPOT-CCSE qui est un OBNL, s'est donné une mission qui relève habituellement du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu de l'éducation, tandis que l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père se sont donné une mission qui relève davantage d'un OBNL que d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, dans les trois initiatives, il y a eu une volonté d'amener son organisation en dehors des frontières habituelles ou de son champ d'action habituel. Les acteurs sont parvenus à élaborer de nouvelles missions pour leur organisation et ont réussi à innover dans leur mission.

### 4.2.3. Populations desservies

Les trois initiatives ont le souci de servir les personnes marginalisées qui n'ont vraiment pas accès au réseau de la santé et des services sociaux en tenant compte de leurs ressources et de leurs capacités d'offrir des soins et des services de santé limités.

#### *Éléments d'analyse*

Les trois initiatives visent une population définie dans des termes similaires, soit des personnes désaffiliées non en mesure de consulter au sein du réseau de la santé et des services sociaux. L'enjeu est de cibler les personnes qui en ont le plus besoin, celles qui ne consulteront pas dans le réseau de la santé ou des services sociaux à l'exception de situations très urgentes. Il y a ici un souci de ne pas dédoubler les services qu'offre le réseau de la santé et des services sociaux accessibles à la population. Il y a aussi l'enjeu de bien cibler les personnes en tenant compte des ressources et des capacités limitées en termes d'offre de soins et de services de santé dans les trois initiatives, ce qui amène à identifier, notamment par triage pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et pour l'Initiative du CLSC Faubourgs, les personnes ayant le plus besoin des soins de proximité qui sont offerts.

En cherchant à cibler les personnes les plus désaffiliées, l'enjeu est évidemment de ne pas priver des soins et des services de santé de proximité des personnes qui rencontrent des obstacles pour consulter au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

### 4.2.4. Approches privilégiées

La **clinique SPOT-CCSE** mise sur une accessibilité géographique et sociale aux soins et services de santé pour les personnes désaffiliées où l'infirmière joue un rôle élargi au sein d'une équipe multidisciplinaire. Dans l'offre de soins, l'approche globale et centrée sur la personne est privilégiée, ainsi que celle du rétablissement et de la réduction des méfaits. À travers les différentes activités de SPOT-CCSE, on vise le développement du pouvoir d'agir des personnes sur les plans individuel et collectif ainsi que des activités de plaidoyer. La gestion participative et le leadership partagés font partie de la culture organisationnelle. Par ailleurs, les activités d'éducation à la santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé sont encouragées. Enfin, SPOT-CCSE privilégie une approche de collaboration interorganisationnelle, de mobilisation et d'implication dans les lieux d'influence pour l'actualisation de sa mission.

Pour l'**Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières**, on privilégie des soins de proximité accessibles dans les milieux où sont les personnes et axés sur une vision globale de la santé. L'équipe mise sur une approche interprofessionnelle et un savoir-être humaniste reconnaissant le lien comme élément essentiel pour favoriser la santé globale des personnes en valorisant la quête de sens et leur projet de vie. L'approche globale vise la réaffiliation des personnes. La raison de consultation est perçue comme un moyen de créer un lien pour réaffilier les personnes et la consultation médicale est donc accessoire en soi.

Pour l'**Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**, une approche médicale non centrée sur la maladie et axée sur la santé globale est mise de l'avant et vise essentiellement la réaffiliation par les soins et le rapprochement vers les objectifs personnels de la personne. Une perspective axée sur le projet de vie de

la personne est privilégiée. L'équipe repose sur un travail interprofessionnel et l'intégration de l'intervention sociale à l'intervention médicale. De plus, on cherche une coconstruction avec les médecins résidents en formation.

### *Éléments d'analyse*

Les trois initiatives privilégient une approche globale de la santé, contrairement à l'approche biomédicale de la santé qui prédomine largement au sein du réseau de la santé. Pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, l'approche globale de la santé va jusqu'à une volonté de considérer et de prendre en compte le projet de vie des personnes, dans les situations qui s'y prêtent. La façon dont les équipes tiennent compte du projet de vie des personnes mériterait d'être explorée davantage.

Les trois initiatives proposent une approche axée sur la collaboration interprofessionnelle mettant en relation divers professionnels et intervenants. Or, la collaboration interprofessionnelle soulève en soi des enjeux, car elle implique la mise en relation de membres de professions différentes alors que la notion même de profession se fonde généralement sur l'idée d'autonomie, d'expertise, de pouvoir et d'autorité. En ce sens, il serait intéressant de documenter dans ces initiatives comment et dans quelle mesure les expertises variées sont effectivement reconnues et utilisées ?

L'approche qui vise la réaffiliation au-delà des soins et services de santé mise de l'avant par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père met en perspective les différences et les tensions qui existent entre une approche qui vise une réintégration des personnes au sein de la société et une approche qui vise le rapprochement dans une perspective d'inclusion sociale de tous les membres de la société même ceux qui se trouvent à la marge avec l'idée d'offrir des services sans objectifs ou trajectoires prédéfinies souhaitées. Enfin, il serait à préciser à quel point l'objectif de réaffiliation au-delà des soins de santé visés par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père est un objectif partagé et connu des personnes qui consultent à la clinique ou à quel point il s'agit en quelque sorte d'un agenda non connu des personnes qui reçoivent des soins et des services de santé dans ces cliniques.

#### **4.2.5. Type de services offerts**

La **clinique SPOT-CCSE** offre des soins de santé de première ligne, notamment des soins infirmiers, médicaux et dentaires en milieu communautaire ainsi que des services d'autres professionnels (par exemple, psychologue). Elle propose aussi les services d'un pair aidant dans tous les points de services. Par ailleurs, elle mène des activités collectives d'éducation à la santé en milieu communautaire, notamment par des stagiaires en nutrition, pharmacie et physiothérapie et par des activités ponctuelles du comité Étudiant. Elle participe aussi à la formation de futurs professionnels par une offre de stages pour des étudiants en sciences de la santé et sciences sociales et par les activités du comité Étudiant. La clinique soutient et mène diverses activités de recherche et d'évaluation. Enfin, elle vise à développer une communauté solidaire et en action à l'égard des inégalités sociales de santé par la mise sur pied ou sa participation dans diverses activités telles que la Tente de soins lors de la Nuit des sans-abri et de la Fête du Parvis, la Roulotte de soins, la Table de

concertation en itinérance, la Mobilisation à la lutte aux préjugés, le comité Étudiant et le Comité de personnes utilisatrices ainsi que la diffusion des projets de recherche et d'intervention.

**L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières** offre des soins infirmiers et médicaux, des services de travailleurs de rue ainsi que des interventions psychosociales communautaires et de professionnels en travail social.

**L'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père** proposait en 2016 des soins infirmiers et médicaux.

### *Éléments d'analyse*

Les soins et services offerts par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et ceux de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père sont des services offerts directement aux personnes qui consultent. SPOT-CCSE en tant qu'organisme communautaire propose des services plus divers, notamment diverses activités et implications au sein de la communauté.

La clinique SPOT-CCSE offre un milieu de stage pour divers professionnels de la santé tout comme l'envisage l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père reflétant certainement la présence forte du milieu universitaire dans ces deux initiatives. L'équipe de soins de proximité de Trois-Rivières est également un milieu de stage obligatoire pour les résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières.

Enfin, la clinique SPOT-CCSE propose les services d'un pair aidant ce qui est novateur au Québec pour des équipes de soins et de services de santé de première ligne.

#### **4.2.6. Accès aux services et déroulement**

Pour la **clinique SPOT-CCSE**, les points de services et les heures d'ouverture sont les suivants :

- Archipel d'entraide (quartier Saint-Roch) — lundi, 12 h 30 - 15 h 30
- Maison Dauphine (quartier Vieux-Québec) — mardi, 16 h 30 - 19 h 30
- Relais d'Espérance (quartier Limoilou) — mercredi, 12 h 30 - 15 h 30
- Maison Revivre (quartier Saint-Sauveur) — jeudi, 12 h 30 - 15 h 30
- Point de Repères (quartier Saint-Roch) — vendredi, 12 h 30 - 15 h 30

Les points de services ont été sélectionnés à partir d'une grille d'analyse et le choix a été soumis aux membres et partenaires de SPOT-CCSE. Les soins infirmiers et médicaux sont offerts du lundi au vendredi, les soins dentaires, environ deux mercredis par mois et les consultations avec une psychologue, huit heures par mois les jeudis sous forme de projet exploratoire. Des services de nutrition, pharmacie et de physiothérapie sont également offerts par des stagiaires. Des services en ophtalmologie, en physiothérapie, en yoga et des consultations avec des travailleurs sociaux et des psychologues étaient envisagés au moment de réaliser cette étude. L'équipe clinique (médecin répondant, infirmière et pair aidant) se rencontre toutes les deux semaines.

L'accès se fait avec ou, le plus souvent, sans rendez-vous, avec ou sans carte d'assurance maladie et les services sont gratuits. La majorité des personnes seraient recommandées par des organismes communautaires et par des intervenants du réseau (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et intervenants des centres jeunesse). Le bouche-à-oreille ferait aussi de plus en plus son œuvre. Les points de services sont ouverts à toute personne ciblée par la mission de SPOT-CCSE et pas uniquement aux participants habituels des cinq groupes communautaires où a lieu la clinique.

Les personnes peuvent se présenter d'elles-mêmes à un des cinq points de services, mais souvent, elles sont référées et elles sont accompagnées ou non d'un intervenant d'un groupe communautaire ou d'un travailleur social du CIUSSS. Le pair aidant accueille la personne et discute avec elle. Le pair aidant peut dès l'accueil référer ou réorienter quelqu'un à une autre ressource s'il le juge plus à propos ou lui en faire la suggestion. Lors des consultations de soins, l'infirmière clinicienne pivot rencontre la personne, parfois accompagnée de professionnels présents lors de la clinique (médecin ou étudiants). Elle peut communiquer par téléphone au médecin de garde si celui-ci n'est pas présent sur place. Au besoin, et si la personne le souhaite, le pair aidant et la personne qui accompagne peuvent être présents à l'entrevue. Le pair aidant peut accompagner la personne vers d'autres ressources pour l'aider dans ses démarches et assurer un suivi en dehors des consultations de la clinique par exemple en réalisant des suivis à domicile ou en milieu hospitalier. Les personnes ont aussi la possibilité de rejoindre l'infirmière clinicienne et le pair aidant en dehors des blocs de soins par téléphone ou par message texte.

Pour **l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières**, les services sont offerts au sein des deux organismes communautaires Point de Rue et Centre Le Havre à Trois-Rivières deux jours par semaine.

L'accès aux services est gratuit pour les personnes ayant ou non une carte d'assurance maladie. Les personnes n'ayant pas leur carte sont accompagnées dans leur démarche d'obtention de la carte par les intervenants psychosociaux de l'équipe itinérance et des organismes partenaires.

Les personnes sont d'abord identifiées par les intervenants de Point de Rue et du Centre Le Havre dans le cadre de leur travail au sein de l'organisme communautaire et en milieu ouvert (rue) par des travailleurs de rue et par des collaborateurs. Ils évaluent dans un premier temps la capacité de la personne à consulter les services du réseau de santé conventionnel. Si elle en a la capacité, la personne est dirigée vers les services conventionnels. Dans le cas contraire, elle est dirigée vers l'infirmière de l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières ou directement à l'équipe à l'aide d'un formulaire de référence incluant le consentement écrit de l'utilisateur potentiel. L'infirmière de l'équipe évalue ensuite la situation de la personne le mercredi ou le jeudi. Elle peut ensuite la référer au réseau conventionnel ou à l'équipe pour évaluation médicale si cela est jugé pertinent. Aussi, elle peut offrir des soins infirmiers directement lors de son évaluation. Le jeudi matin, l'équipe se réunit (l'infirmière clinicienne en santé mentale, des intervenants de Point de Rue et du Centre Le Havre, le médecin, l'infirmière en dépendance initialement puis remplacée par la travailleuse sociale de l'équipe itinérance) et discute des personnes vues la semaine précédente par le médecin afin que les intervenants de Point de Rue et du Centre Le Havre puissent faire le suivi, des personnes vues au cours de la semaine afin de déterminer quelles seront les références et les personnes qui pourraient être vues la semaine suivante.

Dans les situations où les problèmes de santé vécus par les personnes rejointes par l'équipe sont très complexes et affectent plusieurs dimensions de la santé de la personne (bio, psycho, social, judiciaire, dépendance, etc.) et que la personne désire entreprendre une démarche dans le sens de sa santé, l'équipe

peut remplir avec la personne le *Plan d'intervention intégré interprofessionnel de proximité* (PIIIP) qui propose de travailler sur la santé globale et le projet de vie de la personne.

En 2016, l'**Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père** proposait une clinique médicale tous les mercredis aux personnes ayant recours aux services offerts par la Maison du Père avec la possibilité de rejoindre un intervenant de la Maison du Père en tout temps. L'accès est gratuit pour les personnes avec ou sans carte d'assurance maladie.

Un triage est effectué par un intervenant de la Maison du Père auprès des personnes qui souhaitent recevoir des soins, mais aussi auprès des personnes malades qui ne demandent pas à consulter. L'intervenant voit si la personne est en mesure de consulter dans le réseau de santé conventionnel ou non. Chaque mardi, l'intervenant et l'infirmière de la Maison du Père avec l'infirmier du CIUSSS échangent sur les personnes vues par l'intervenant et identifient celles qui seront vues à la clinique médicale le lendemain ainsi que celles qu'ils peuvent rediriger vers le réseau ou d'autres corridors de services déjà existants. Lors de la rencontre avec le médecin, l'intervenant de la Maison du Père peut accompagner la personne.

### **Éléments d'analyse**

Les trois initiatives offrent des soins et des services de santé gratuits aux personnes désaffiliées qui ont une carte ou non d'assurance maladie.

La clinique SPOT apparaît particulièrement accessible sur le plan géographique et en termes de plages horaires et par le fait qu'il n'y a pas formellement de triage préalable systématique. En effet, elle est accessible à toute personne qui se présente référée ou non, accompagnée ou non, avec rendez-vous ou non. Elle est accessible dans cinq points de services différents de la ville de Québec cinq demi-journées par semaine avec aussi une roulotte de soins en saison. Pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, les personnes vues par les équipes sont triées au préalable (par un intervenant communautaire ou un infirmier communautaire) et celles jugées capables de consulter dans le réseau de la santé sont réorientées. Les consultations par l'infirmier et le médecin se font sur deux jours par semaine.

Au sein de l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, les décisions concernant les personnes vues sont prises par l'ensemble de l'équipe réunie chaque semaine. Pour l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, les décisions sont prises le plus souvent par l'intervenant de la Maison du Père, l'infirmier de la Maison du Père et celui du CIUSSS et le médecin, tandis qu'à SPOT-CCSE par l'infirmière ou le médecin. À cet égard, le travail interprofessionnel apparaît marqué pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et pour l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père.

#### **4.2.7. Formation**

**SPOT-CCSE** a une double mission qui touche aux soins et à l'enseignement. Elle propose des stages avec des formules variées selon les disciplines. SPOT-CCSE souhaite contribuer à la formation de futurs professionnels sensibilisés aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de la population fréquentant SPOT-CCSE et habilités à offrir des soins de première ligne axée sur une vision de santé globale. Elle cherche à

amener les étudiants à offrir des soins qui vont au-delà de la seule prestation individuelle, par exemple en soulignant l'importance de l'accueil et de l'écoute. Les étudiants peuvent être amenés à réaliser d'autres tâches que celles liées à la clinique, par exemple des activités d'échanges avec des professionnels et des étudiants d'autres disciplines, des activités d'éducation à la santé, des activités de promotion de SPOT-CCSE.

SPOT-CCSE offre un milieu de stage ayant des particularités par la complexité des parcours de vie des personnes, le type de soins offerts, la présence d'un rôle infirmier élargi, la contribution d'un pair aidant, l'apport des intervenants communautaires, une supervision croisée par l'infirmière pour les étudiants en pharmacie et les médecins résidents en médecine familiale et une supervision croisée et une cosupervision par la coordonnatrice ou la chargée de projet, toutes deux organisatrices communautaires de formation, pour les étudiants en psychologie, en nutrition, en pharmacie, en physiothérapie et en pratique sage-femme. Une heure consacrée à l'enseignement et à la rétroaction suit chaque bloc de trois heures de prestation de soins.

Les médecins résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières doivent faire un stage obligatoire en médecine de proximité de deux à quatre jours au sein de l'**Équipe en soins de proximité de Trois-Rivières** au cours de leur résidence. Un stage optionnel d'un mois en santé de proximité, pénale et interculturelle est offert par le Département de médecine de famille et d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ce stage est disponible pour les médecins résidents en médecine familiale et en santé publique des quatre Facultés de médecine au Québec.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur de l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières donne un cours sur les soins de proximité de trois heures aux médecins résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières et les membres de l'équipe de soins de proximité ont réalisé une présentation aux infirmières du baccalauréat en soins infirmiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'**Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père** vient de la Faculté de médecine de l'UdeM avec le souhait de développer l'enseignement dans le cadre de la résidence en médecine familiale. Toutefois, pendant la période de démarrage, l'attention était avant tout sur la prestation des soins de santé aux personnes et non sur l'enseignement même si des médecins résidents de l'UMF-GMF du CLSC des Faubourgs étaient impliqués.

### *Éléments d'analyse*

Les trois initiatives proposent des activités de formation. SPOT-CCSE offre des stages à des étudiants de disciplines variées et des expériences de supervision croisée avec des professionnels de disciplines différentes de leur propre discipline, comparativement à l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs qui offrent des stages s'adressant uniquement aux médecins résidents en médecine familiale. Les trois cliniques offrent un milieu de stage optionnel, sauf pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières qui est un milieu de stage obligatoire pour les médecins résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières quatre jours dans leur formation.

#### 4.2.8. Recherche

Les activités de recherche-évaluation étaient présentes uniquement à SPOT-CCSE en 2016-2017. La clinique a établi des collaborations et des partenariats de recherche structurants entre SPOT-CCSE, la Fondation du CSSS de la Vieille-Capitale devenue la Fondation de santé et de services sociaux Vieille-Capitale, le Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval, des chercheurs et le Regroupement stratégique sur les inégalités sociales de santé et les services de première ligne du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Dirigé par une coordonnatrice ayant une formation en anthropologie, un comité de recherche et d'évaluation a été mis sur pied en 2014.

#### Éléments d'analyse

Les activités de recherche qui se déroulent à SPOT-CCSE témoignent de la présence du milieu universitaire dès le début de l'initiative et l'implication de chercheurs de la Faculté de médecine, mais aussi du fait qu'initialement le projet a été rattaché administrativement aux directions de l'enseignement et de la recherche du CSSS Vieille-Capitale. La mise en place d'un comité de recherche et d'évaluation et l'embauche d'une coordonnatrice de ce volet témoignent de l'importance accordée à ce volet au sein de SPOT-CCSE.

#### 4.2.9. Promotion de la clinique et recrutement du personnel

À la clinique **SPOT-CCSE**, la promotion des activités de l'organisme se fait par divers moyens : création d'un logo, affiches et feuillets promotionnels, site Internet, Facebook, bulletins de liaison, vidéos, babillards électroniques, présentations, kiosques, participation à de nombreux événements communautaires ou universitaires, confection de t-shirts, rapport annuel d'activités, réseautage, entrevues médias, Journée de la recherche et communiqués de presse au besoin. Certains outils visent à faire connaître l'offre de soins auprès des citoyens et des intervenants (vidéos, tracts, kiosques, etc.). D'autres visent à simuler le sentiment d'appartenance et de communauté (t-shirts), bulletins de liaison, Facebook, etc.). D'autres permettent de prendre position (communiqués, Facebook, vidéos slam, etc.).

Concernant le recrutement de personnel, la clinique SPOT-CCSE collabore avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour recruter et engager les infirmières. Les règles administratives internes du CIUSSS établissent qui sont les candidats admissibles à appliquer sur les postes à combler, sans que l'embauche ne repose pas uniquement sur l'ancienneté, mais aussi sur un profil de compétences spécifiques défini conjointement par SPOT-CCSE et le CIUSSS de la Capitale-Nationale. SPOT-CCSE est très impliqué dans le processus de sélection. Deux des trois membres du Comité d'embauche proviennent de la clinique SPOT-CCSE. De plus, l'organisation du travail des infirmières, une fois en poste, est sous la gouverne organisationnelle de SPOT-CCSE quant à l'organisation du travail.

Quant aux médecins, dentistes, hygiéniste dentaire, psychologues et nutritionniste, l'équipe s'agrandit progressivement à partir du réseau de SPOT-CCSE et des professionnels déjà impliqués, de manifestations d'intérêts spontanés et de l'intérêt d'anciens stagiaires gradués. Les stagiaires et anciens stagiaires s'avèrent particulièrement contributifs au recrutement puisque trois professionnels contribuant à la clinique SPOT-CCSE sont des parents d'étudiants impliqués à SPOT-CCSE ou y réalisant un stage.

L'**Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières** participe à diverses activités informelles avec différents partenaires : travailleurs de rue (Bake-o-thon, collaboration internationale), communautés autochtones (lancement de la clinique *Acokan* de La Tuque), partenaires médicaux (party de Noël).

Concernant le recrutement de médecins, l'enseignement a grandement contribué au recrutement médical. Des candidatures de médecins qui voulaient rejoindre l'équipe ont été refusées en attente de la mise sur pied de nouvelles équipes en soins de proximité à Drummondville et à Shawinigan.

Pour l'**Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**, le recrutement de médecins se fait par l'implication des médecins résidents en médecine familiale au sein de l'initiative et qui graduent.

### *Éléments d'analyse*

SPOT-CCSE mène différentes activités de communications et de promotion dans différents lieux, sous différentes formes et auprès de différents acteurs. Devant une capacité restreinte en raison des ressources humaines limitées (notamment temps infirmier octroyé par le CIUSSS), l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières ne peut se permettre de diffuser largement son offre de services de santé.

#### **4.2.10. Constitution des équipes**

##### **Équipe de la clinique SPOT-CCSE**

En 2016-2017, l'équipe de soins de SPOT-CCSE était composée d'une infirmière clinicienne (ajout d'un demi-poste à partir de septembre 2017), un pair aidant toujours présent lors des cliniques (20 heures/semaine), huit médecins sur place ou à joindre par téléphone (20 heures par semaine au total), cinq dentistes, une psychologue sous forme de projet pilote de deux blocs horaires par mois à partir de mars 2017. Des étudiants de pharmacie, de sciences infirmières, de médecine familiale, de psychologie et de nutrition sont parfois présents. La présence d'autres étudiants (physiothérapie à l'hiver ou printemps 2017, sage-femme au printemps 2017, communication publique à l'été 2017, médecine dentaire, service social et psychiatrie à venir) était envisagée. Parmi les autres membres de l'équipe, on compte une coordonnatrice, une coordonnatrice de la recherche-évaluation et une chargée de projet.

Depuis le début l'infirmière relève administrativement du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mais de SPOT-CCSE pour l'organisation du travail (tâches, déploiement des soins, tenue de dossiers, liens avec les autres activités et services).

Selon l'équipe de la clinique SPOT-CCSE, les **avantages perçus** que l'infirmière soit rattachée au CIUSSS de la Capitale-Nationale sont notamment sa connaissance du réseau. Cela lui permet aussi de maintenir une communauté de pratique, d'éviter de vivre un certain isolement professionnel à SPOT-CCSE, de bénéficier de soutien professionnel, d'être bien placée pour jouer un rôle de passerelle entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux et de bénéficier de conditions de travail favorisant le maintien d'emploi. Cela renforce aussi l'idée que SPOT-CCSE outille le réseau de la santé et des services sociaux sans s'y substituer, tout en maintenant une autonomie organisationnelle.

Le **désavantage** identifié est qu'il existe deux types d'employés à SPOT-CCSE avec des conditions de travail bien différentes soit l'infirmière rémunérée par la CIUSSS de la Capitale-Nationale et bénéficiant des conditions plus avantageuses de celui-ci et les autres employés rémunérés par SPOT-CCSE et financés par des dons privés et autres subventions.

L'**enjeu relevé** du prêt de service de l'infirmière par le CIUSSS de la Capitale-Nationale pour SPOT-CCSE était de pouvoir trouver le bon profil d'infirmière et établir le lien entre SPOT-CCSE et cette employée. Il y a eu accord entre SPOT-CCSE et le CIUSSS sur le fait qu'il fallait aller au-delà de l'ancienneté et avoir un profil de compétences adéquat pour ce type de milieu.

### **Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières**

L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières est composée d'une infirmière clinicienne du Département de santé mentale et dépendances du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), de quatre médecins de famille d'une intervenante psychosociale communautaire (Centre Le Havre), d'une travailleuse de rue (Point de Rue) et d'une travailleuse sociale de l'équipe itinérance de la Direction de santé mentale et dépendance du CIUSSS MCQ.

Selon l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, la présence de l'Équipe de soins de proximité et l'Équipe itinérance soulève des **enjeux** notamment au regard de la responsabilité de chacune de ces deux équipes, par exemple quelle équipe devrait réaliser le triage des personnes référées à l'Équipe de soins de proximité et quelle équipe devrait offrir du soutien psychosocial tout en tenant compte que l'équipe itinérance est centrée sur la stabilité résidentielle et suit les usagers du Centre Le Havre.

### **Équipe de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**

L'équipe de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père comprend une infirmière clinicienne à temps plein qui relève de la Maison du Père et un infirmier clinicien à temps partiel qui relève du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. En 2016, le projet souhaitait avoir sous peu des médecins de l'UMF-GMF du CLSC des Faubourgs et des médecins résidents.

Pour l'équipe, la présence d'infirmiers et d'infirmières ayant deux statuts différents (relevant de la Maison du Père et relevant du CIUSSS) crée des **enjeux** au regard du partage des informations et des ordonnances collectives.

Par ailleurs, selon l'équipe, l'**enjeu** du prêt de service de l'infirmière par le CIUSSS est que l'équipe ne participe pas à la sélection et se voit confrontée à un roulement important d'infirmières pour ce poste. L'équipe de la Maison du Père a dû recourir au financement privé pour assurer la présence stable d'une infirmière coordonnatrice des soins.

#### 4.2.11. Structure et gouvernance

##### Équipe de la clinique SPOT-CCSE

Après avoir envisagé différents scénarios, SPOT-CCSE est devenu un organisme sans but lucratif depuis février 2014 et un organisme de charité depuis novembre 2014.

Selon l'équipe, le choix d'être un OBNL s'est avéré le meilleur véhicule après réflexions approfondies des acteurs de SPOT-CCSE quant à l'importance mise sur l'autonomie, la participation et le sentiment d'appartenance des différents acteurs, notamment les citoyens et les organismes communautaires membres de SPOT.

Les **avantages perçus par l'équipe** de cette structure sont l'autonomie décisionnelle, la participation, la mobilisation de la communauté, l'implication de différents acteurs dans l'offre de soins, le sentiment d'appartenance des différents acteurs, notamment des citoyens et des groupes communautaires, mais aussi de l'équipe de soins ainsi que la réactivité rapide aux besoins. La structure d'un OBNL favorise le travail et le développement *bottom-up* plutôt que *top-down*.

Les **désavantages perçus** sont essentiellement les tâches administratives importantes liées au statut d'OBNL ainsi que la recherche de financement.

Un des plus grands **enjeux** perçus auquel SPOT-CCSE fait face est de ne pas se substituer au réseau de la santé et des services sociaux.

SPOT-CCSE met l'accent sur la gestion participative et le leadership partagé dans sa gouvernance. Le conseil d'administration est autonome et indépendant du réseau public. Il est constitué de neuf personnes : deux représentants des étudiants, deux représentants des personnes ciblées par l'offre de soins, une représentante des organismes communautaires, une représentante des autres organisations et trois citoyens membres sympathisants. Aucune place n'est réservée pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale sur le conseil d'administration de SPOT-CCSE. Il y a eu deux phases dans le développement organisationnel de SPOT-CCSE : la première a nécessité l'influence de personnes clés pour passer de l'idéation à la réalisation du projet, la seconde repose actuellement sur la dépersonnalisation (au-delà de l'approche championne et reposant sur l'apport de plusieurs personnes aux profils variés) et la signature d'ententes interinstitutionnelles pour en assurer la pérennité. SPOT-CCSE a mis sur pied différents comités : Comité des personnes utilisant les soins et services de SPOT (CPU3S), Comité recherche et évaluation, comité Étudiant. Un Comité développement des soins et de l'enseignement doit être mis en place. L'assemblée générale de juin 2017 comptait 46 personnes, soit 27 membres (dont 11 membres organisationnels) et 19 autres partenaires/invités non membres (représentant 9 organisations).

##### Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières

L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières repose sur une plateforme interorganisationnelle sans structure enregistrée. Les niveaux administratifs et opérationnels relèvent du CIUSSS et des organismes communautaires. Un tandem médico-administratif (médecin, chef de service de médecine générale, volet médecine de proximité et dépendance et la chef de services psychosociaux dans la communauté du CIUSSS

MCQ orientent la stratégie en collaboration avec les directeurs des organismes communautaires impliqués. Pour le niveau opérationnel, les quatre partenaires, le programme de santé mentale dans la communauté, le CRD MCQ zone centre et les deux organismes communautaires Centre Le Havre et Point de Rue participent activement au déploiement clinique et logistique de l'équipe.

**Un avantage relevé par l'équipe** de cette plateforme est qu'elle permet d'utiliser les forces de plusieurs organisations et de disposer de différents leviers, notamment ceux du réseau de la santé et des services sociaux et ceux des organismes communautaires. Un autre avantage dû au fait que l'équipe médicale relève du CIUSSS est que cela donne l'opportunité au CIUSSS de changer davantage les pratiques que pourrait le faire le milieu communautaire. De plus, l'équipe connaît bien les services et les programmes du CIUSSS qui sont parfois complexes, ce qui facilite le recours à ces services. Le fait de ne pas avoir d'entité formelle réduit les barrières organisationnelles et le fait de ne pas être enregistré réduit la lourdeur administrative. Par ailleurs, la création d'un service de médecine générale-volet médecine de proximité et dépendances au CIUSSS MCQ permet une cogestion médico-administrative et d'adresser des enjeux de qualité de l'acte médical et indirectement de l'ensemble des membres de l'équipe.

**Les enjeux** perçus sont liés au fait que si la mission est en phase avec les orientations du CIUSSS MCQ, la mise en œuvre de l'initiative suscite plusieurs débats idéologiques interorganisationnels et l'absence de structure officielle rend l'équipe tributaire du CIUSSS MCQ par l'origine de son financement qui doit tenir compte de l'ensemble des ressources de l'organisation du CIUSSS. Pour les médecins, le CIUSSS octroie 25 heures par semaine, mais comme le temps infirmier est restreint, les médecins n'occupent pas les 25 heures par semaine consenties. Enfin, en raison de la dualité inhérente à la gouvernance de l'équipe (institutionnel et communautaire) des actions de revendication et militantes structurées et cohérentes sont plus difficiles, voire impossibles, à mettre en œuvre de par la disparité des missions et des organisations qui la composent.

### **Équipe de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**

L'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père est une clinique créée et organisée par des médecins du CLSC des Faubourgs et l'équipe de la Maison du Père. Le comité responsable des décisions est formé du directeur général, de la coordonnatrice des intervenants, de l'intervenant pivot et de l'infirmière de la Maison du Père et d'un infirmier, du chef du programme des équipes itinérance adulte du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de deux médecins de famille du CLSC des Faubourgs et d'un médecin résident de l'UMF des Faubourgs. Ce choix organisationnel s'est fait de manière intuitive et évolutive dans l'action même des personnes initialement impliquées.

**Les avantages soulevés par l'équipe** sont le lien de l'équipe médicale avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui permet une meilleure continuité des soins, la possibilité de partager des pratiques nouvelles et de favoriser les échanges au sein du CIUSSS sur l'idée que les personnes désaffiliées méritent d'être prises en charge par un médecin et que la rémunération de l'infirmière et des médecins par le réseau de la santé facilite leur recrutement. Cette structure permet de mieux identifier les manques de services dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de les modifier, car il ne revient pas qu'au milieu communautaire de répondre aux manques du réseau. Le réseau doit mieux répondre aux besoins des personnes.

Les **enjeux perçus** sont liés au fait de devoir défendre la pertinence de ce type d'initiative au regard des préoccupations et des orientations du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. L'implantation d'un nouveau modèle dans une mégastructure rend difficile la défense d'une façon de faire différente. Le fait que le médecin à l'origine du projet faisait partie de l'équipe Itinérance du CIUSSS, que cette équipe a fait ses preuves et qu'elle s'est positionnée en appui aux mandats du CIUSSS a aidé pour l'acceptation du projet. Un autre enjeu est lié aux barrières administratives venant du CIUSSS (par exemple, l'imposition d'une infirmière) et financières (manque de temps dédié pour les ressources).

Un autre enjeu rencontré a été de travailler au sein de la Maison du Père, organisme communautaire ayant une mission sociale autre que la santé et regroupant du personnel déjà surchargé par leur propre mission.

Enfin, la présence de deux entités distinctes dans un même service de santé pose des enjeux également au regard de la responsabilité médicale, de la communication et du partage d'informations.

#### **4.2.12. Financement**

##### **Équipe de la clinique SPOT-CCSE**

Jusqu'au 31 mars 2017, le budget annuel de SPOT-CCSE avait toujours été de moins de 250 000 \$ incluant une contribution du CIUSSS de la Capitale-Nationale d'environ 90 000 \$. Pour SPOT-CCSE, le CIUSSS de la Capitale-Nationale paie l'infirmière clinicienne (notamment pour les trois premières années à partir du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020). Le CIUSSS de la Capitale-Nationale procure les fournitures médicales. De 2012 à 2016, le CIUSSS a fourni des locaux pour l'administration de SPOT-CCSE. Depuis décembre 2016, SPOT loue ses locaux en milieu communautaire avec un certain soutien financier du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Depuis le début, Centraide Québec et Chaudière-Appalaches assume une bonne partie du salaire de la coordonnatrice. Des fondations privées assument le salaire du pair aidant (28 heures par semaine), de la coordonnatrice recherche-évaluation, de la chargée de projet ainsi que le fonctionnement général, la vie associative et la roulotte de soins. Cinq organismes communautaires fournissent gratuitement les locaux pour assurer les soins. SPOT-CCSE loue au besoin la roulotte de la Société Saint-Vincent-de-Paul.

La Faculté de médecine de l'Université Laval contribue depuis le début au salaire de la coordination, de la gestion et du développement des stages, contribution qui doit être renouvelée annuellement. Le Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval contribue au salaire de la coordination de la recherche-évaluation depuis 2014, contribution qui doit elle aussi être renouvelée annuellement.

Les médecins sont rémunérés selon diverses modalités : pour certains, parfois à l'acte par la Régie de l'assurance maladie du Québec, pour d'autres à un taux horaire en vertu du statut et de privilèges spécifiques de pratique clinique octroyés par le MSSS, et d'autres de manière humanitaire. Tous sont impliqués à différents degrés de manière humanitaire. En 2016-2017, on prévoyait qu'ils seraient sous entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les dentistes étaient tous humanitaires.

Enfin, plusieurs autres partenaires contribuaient en 2016-2017, de diverses façons (en argent et en dons de fournitures) : INFO-DATA (dossier médical électronique), Clinique dentaire Lefrançois (radiographies), CHUL (prêt d'équipement dentaire), Fondation Famille Dallaire, Fonds Groupe Fleury/Pharmacie Brunet (fournitures médicales et prescriptions médicamenteuses), Patterson Dentaire, Sunstar, Novadent, INSPQ/RRSPQ, Facultés de l'Université Laval, Caisse d'économie solidaire Desjardins, etc.

Enfin, SPOT-CCSE peut recevoir des dons et organise aussi des activités-bénéfices de petite envergure.

### **Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières**

Pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières, l'infirmière clinicienne, la travailleuse sociale et les médecins sont prêtés par le CIUSSS MCQ. Le Centre Le Havre met à disposition une intervenante psychosociale communautaire (1 jour semaine) et Point de Rue une travailleuse de rue (4 jours semaine).

L'équipement médical a été fourni par le Département de santé mentale et de dépendance du CIUSSS MCQ. Les organismes communautaires, le Centre Le Havre et Point de Rue fournissent quatre locaux pour la prestation de soins et les rencontres d'équipe.

Les organismes collaborateurs fournissent à l'occasion de l'accompagnement et s'occupent des références pour les personnes qu'elles rejoignent et qui sont vues par l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières.

Une **difficulté perçue** est qu'il n'y avait, en 2016-2017, aucun financement octroyé ou par projet venant du Programme de soutien aux organismes communautaires ou du ministère de la Santé et des Services sociaux pour soutenir financièrement les organismes communautaires dans l'embauche d'intervenants psychosociaux ou de travailleurs de rue.

### **Équipe de l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**

Pour l'Initiative du CLSC des Faubourgs, la Fondation de la Maison du Père finance l'infirmière clinicienne et l'ensemble de l'équipe santé de la Maison du Père. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal prête une infirmière clinicienne et les médecins.

Un **enjeu perçu** par l'équipe est de faire reconnaître par le CIUSSS, le nombre d'heures pour le travail des médecins, car la rémunération des médecins facilite le recrutement, la continuité des soins et contribue à l'idée que les personnes désaffiliées méritent d'avoir un médecin. L'équipe souligne que le paiement des médecins à tarif horaire est avantageux sur le paiement à l'acte dans un contexte de pratique auprès de personnes désaffiliées et qui n'ont pas toujours leur carte d'assurance maladie.

### **Éléments d'analyse**

Les trois initiatives sont à la recherche de financement et mentionnent ne pas disposer de ressources financières suffisantes pour répondre aux besoins des personnes. Dans les trois situations, le financement accordé par le réseau de la santé ne permet pas de répondre aux besoins, bien que la clinique SPOT-CCSE,

en tant qu'OBNL, ne souhaite pas être financé à 100 % par le réseau de la santé et des services sociaux pour préserver son autonomie laquelle vient en partie d'une autonomie financière et d'un financement diversifié. Pour l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père, le temps dédié par l'infirmière et les médecins par le réseau de la santé et des services sociaux limite les activités. On remarque aussi dans les trois cas que les membres de l'équipe, à l'exception des infirmières, des médecins et d'une travailleuse sociale, ne sont pas financés par le réseau de la santé. En effet, il revient aux équipes de chercher du financement en dehors du réseau de la santé et des services sociaux, le plus souvent chez les organismes communautaires ou les fondations.

#### 4.2.13. Partenariat

**SPOT-CCSE** comptait en 2016-2017, 19 organismes communautaires officiellement membres et une quinzaine d'autres organismes communautaires partenaires. SPOT-CCSE fait partie du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ) qui lie 36 groupes communautaires membres. SPOT a des partenariats avec les cinq organismes communautaires qui prêtent leurs locaux comme point de services de la clinique. Un partenariat existe aussi avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale et cinq Facultés de l'Université Laval (sciences infirmières, médecine, pharmacie, médecine dentaire et sciences sociales) et l'École de nutrition.

SPOT-CCSE a d'autres partenaires comme Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, l'Office municipal d'habitation de Québec, la Clinique Réseau La Cité-Limoilou.

L'**Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières** a un partenariat avec le CIUSSS MCQ (notamment l'Équipe itinérance) et les deux organismes communautaires, le Centre Le Havre et Point de Rue. Par ailleurs, différents partenariats étaient en développement en 2016-2017 avec notamment SIDAction Mauricie.

Pour l'**Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père**, il existe un partenariat entre la Maison du Père, le CIUSSS du Centre-Sud-et-de-l'île-de-Montréal dont le CLSC des Faubourgs, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

#### 4.2.14. Défis rencontrés

Les défis rencontrés par les trois initiatives sont multiples. Ils sont présentés dans le tableau synthèse à l'annexe 4.

## 5. SYNTHÈSE GLOBALE

L'analyse descriptive et comparative de trois initiatives québécoises visant à offrir des soins et des services de santé de première ligne à des personnes désaffiliées non rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux, soit SPOT-CCSE, l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père a permis de documenter différents aspects, d'identifier les avantages de chacun des modèles, les inconvénients et les enjeux rencontrés. À partir de cette analyse comparative, voici les éléments qui apparaissent les plus importants et qui sont communs aux trois initiatives :

- Les trois initiatives montrent qu'il est possible de développer une offre de soins et de services de santé de première ligne accessible aux personnes désaffiliées et de les rejoindre.
- Des leaders convaincus issus ou en proximité du milieu communautaire sont présents dans les trois initiatives.
- Les trois initiatives n'ont pas eu à répondre à des exigences contraignantes ou des attentes en termes de résultats précis, circonscrits et définis d'avance lors de leur phase initiale de développement.
- Les trois initiatives étudiées sont des innovations, car elles ont toutes cherché à répondre à un problème social qui n'était pas répondu et pour lequel il fallait chercher à faire autrement. Si les solutions ne sont pas simples, les trois initiatives montrent qu'il n'y a pas qu'une seule solution possible.
- Différents modèles organisationnels peuvent répondre au besoin d'offrir des soins et des services de santé de première ligne aux personnes désaffiliées et il existe différents moyens. Les différentes initiatives étudiées ont fortement été influencées par leur contexte spécifique, les acteurs en présence et les ressources disponibles. L'étude montre qu'une initiative cherchant à favoriser l'accès et la qualité des soins et des services de santé aux personnes marginalisées peut aussi bien relever d'un organisme communautaire ou du réseau de la santé et des services sociaux.
- Les initiatives étudiées renforcent l'idée que les innovations sociales reposent le plus souvent sur la capacité des acteurs à se mettre en lien avec d'autres acteurs (Réseau québécois en innovation sociale, 2011; Moore et Westley, 2011). En effet, il est reconnu que l'innovation sociale passe habituellement par la mise en relation de nouveaux acteurs apportant chacun leurs connaissances et leurs compétences. Il y a bien eu dans les trois initiatives une mise en lien de différents acteurs (réseau de la santé et des services sociaux, milieu communautaire, milieu universitaire, et parfois, citoyens) qui a permis de proposer des réponses novatrices.
- Si la structure organisationnelle peut prendre différentes formes, une collaboration très étroite, voire un maillage serré, entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire apparaît essentiel.
- Les trois initiatives présentent des missions similaires, mais qui apparaissent très originales pour les acteurs qui les portent. En effet, la clinique SPOT-CCSE propose une mission de soins et d'enseignement, mission que l'on retrouve habituellement dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le milieu de l'éducation et non pas au sein d'un organisme à but non lucratif. L'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père visent la réaffiliation des personnes au-delà des soins, mission inhabituelle pour des équipes médicales qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux.

- Il y a donc eu une ferme volonté de la part des acteurs impliqués d'amener leur organisation en dehors de son champ d'action habituel (probablement afin de combler les lacunes observées) devant la nécessité de dépasser les frontières habituelles pour faire autrement. Nous avons vu qu'il faut sortir pour rejoindre les personnes dans leur espace de vie. Les trois initiatives nous montrent qu'il faut aussi sortir de ses cadres habituels de pensées et d'actions, et sortir des normes. Il faut apprendre à se déplacer et pas uniquement vers les personnes, mais se déplacer soi-même. Déplacer ses propres schèmes de pensées, sa vision des choses, ses *a priori*, ses représentations pour mieux saisir ce qui fait sens pour l'autre. La proximité ne peut pas être que géographique. La proximité doit se déployer dans ses diverses dimensions qui sont aussi relationnelle, expérientielle, écosystémique et décisionnelle pour reprendre une terminologie proposée par Clément *et al.*, (2009).
- Les trois initiatives dispensent des soins et des services de santé au sein d'organismes communautaires déjà implantés dans la communauté et non pas dans des structures du réseau de la santé et des services sociaux. Être en quête de proximité auprès des personnes marginalisées et désaffiliées implique de sortir pour rejoindre les personnes dans leur espace de vie. Il y a ici l'idée qu'il revient aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de s'adapter pour rejoindre et répondre aux besoins des personnes désaffiliées et non pas l'inverse.
- Les trois initiatives ont cherché à favoriser l'accessibilité géographique en offrant des soins et des services de santé dans des groupes communautaires déjà présents dans la communauté, l'accessibilité relationnelle en assurant un accompagnement des personnes par des intervenants du milieu communautaire ou des pairs-aidants et l'accessibilité administrative en réduisant les exigences lors des consultations et notamment celle de détenir une carte d'assurance maladie.
- Les trois initiatives proposent une approche axée sur la collaboration interprofessionnelle. Cette approche n'est pas sans soulever des enjeux, puisque la notion de profession se fonde sur l'idée d'autonomie, d'expertise, de pouvoir et d'autorité, alors qu'on cherche dans ces initiatives la complémentarité et l'horizontalité des relations.
- Les trois initiatives privilégient une approche globale de la santé, différente de l'approche biomédicale qui domine largement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette approche globale de la santé fait écho à une vision de la santé comme le résultat de multiples facteurs qui interagissent au cours de notre vie et qui prennent racine dans nos conditions de vie matérielle et sociale.
- Enfin, le manque de financement et de ressources humaines octroyées est commun aux trois initiatives qu'elles soient un organisme communautaire ou qu'elles relèvent du réseau de la santé et des services sociaux.

## 6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La description de ces initiatives et leur analyse doivent être interprétées à la lumière des forces et des limites de l'étude.

En ce qui concerne les forces, plusieurs conditions ont permis le partage d'une information détaillée sur les différentes initiatives ainsi que leur analyse en profondeur. D'abord, l'utilisation d'une approche participative qui s'est notamment traduite par la définition commune des objectifs, des points à discuter et des modalités des rencontres (ex. : personnes invitées, lieux, nombre de rencontres). Cette approche a permis d'établir un climat de partage et l'implication active des participants, éléments ayant favorisé des échanges authentiques.

Deuxièmement, la diversité des acteurs impliqués dans les différentes initiatives et présents lors des journées d'échange a permis d'aborder les trois initiatives et leurs enjeux, selon des perspectives différentes et complémentaires que ce soit celles des personnes à l'origine de l'initiative, de celles étant responsables de leur gestion et coordination, de l'offre de soins ou des personnes utilisatrices.

Troisièmement, la combinaison d'un questionnaire individuel et de journées d'échange collectives a également contribué à approfondir notre compréhension des trois initiatives. Le questionnaire a permis de décrire sommairement et de façon structurée les aspects importants de chacune des initiatives tandis que les journées d'échange et le retour des informations sous forme de cartographie au fil de son évolution et des rencontres ont permis d'aller plus en profondeur et de mettre en lumière les raisons ayant motivé les choix qui ont été faits et les actions qui ont été posées dans ces différents contextes.

En ce qui concerne les limites, il faut noter que cette étude est restreinte à trois initiatives seulement. Il existe au Québec d'autres initiatives offrant ou désirant offrir des soins et des services de santé de première ligne à des personnes marginalisées. Le nombre limité de cliniques ayant participé à cette étude a certes permis de réaliser une collecte de données détaillée et une analyse en profondeur, mais il est possible que certains modèles et enjeux n'aient pu être documentés dans le cadre de cette étude.



## 7. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

La démarche utilisée dans cette étude et les résultats qui en sont issus peuvent guider de futures activités de recherches.

Premièrement, il serait intéressant d'effectuer de façon plus exhaustive la recension et la cartographie des initiatives offrant des soins et des services de santé de première ligne à des personnes marginalisées au Québec et ailleurs. Dans le cadre de cette étude, trois initiatives provenant de trois régions différentes et ayant commencé leurs activités dans les mêmes années ont été identifiées. Malgré des missions très similaires, certaines n'avaient pas eu l'occasion de mieux se connaître et d'apprendre les unes des autres. Les participants ont pourtant exprimé fortement et à plusieurs occasions le besoin de connaître les autres initiatives en cours, d'apprendre et de se réseauter. Cette étude représente un premier pas dans cette direction et les résultats pourraient inspirer les personnes souhaitant développer de telles initiatives.

Deuxièmement, certains aspects abordés dans le cadre de cette étude pourraient faire l'objet de questions de recherche spécifiques et être approfondis dans le cadre de futures études. Il s'agit notamment de la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle, concept au cœur des trois initiatives étudiées. La place des personnes utilisatrices dans le développement et l'implantation de telles initiatives mériteraient d'être approfondies puisque les initiatives étudiées différaient à cet égard. Il est de même pour le concept de réaffiliation, concept central de deux initiatives étudiées.

Finalement, bien que cette étude ait permis de documenter et de comparer trois initiatives, elle n'a pas permis d'évaluer leurs retombées que ce soit à l'égard des personnes utilisatrices, des acteurs impliqués et du système de santé. La littérature offre également peu d'informations sur les retombées de telles initiatives. Ainsi, des études pourraient être réalisées pour évaluer dans quelle mesure ces initiatives atteignent la mission qu'elles se sont donnée.



## 8. CONCLUSION

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes penchées sur trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de santé de première ligne à des personnes désaffiliées non rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux, soit la clinique SPOT-CCSE à Québec, l'Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et l'Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père à Montréal. Nous avons cherché à décrire en profondeur leur modèle et nous avons réalisé une analyse comparative pour tenter de mieux cerner les éléments communs, les avantages, les inconvénients, les enjeux et les défis de ces différents modèles.

Cette recherche montre en premier lieu qu'il est possible d'offrir des soins et des services de santé accessibles aux personnes marginalisées et désaffiliées. Non seulement cela est possible, mais cela est une priorité devant les inégalités sociales de santé qui touchent nos populations au Québec, régions favorisées sur le plan économique ou non. La réduction des inégalités sociales de santé est désormais reconnue comme une priorité de santé publique, car des écarts d'état de santé entre les populations d'une même province, d'une même région, d'un même territoire ne sont pas un fait de la nature. Ils résultent de l'organisation sociale que nous nous donnons et que nous choisissons collectivement.

Le réseau de la santé et ses acteurs ne peuvent à eux seuls réduire les inégalités sociales de santé qui relèvent de nombreux déterminants sociaux hors du système de santé. Mais ils peuvent contribuer à les atténuer et ont leur part de responsabilité envers la société. Envers tous les membres de la société. Bien que le système de santé se veuille accessible et de qualité, de nombreux obstacles se dressent pour les personnes marginalisées et désaffiliées de notre société qu'ils soient de nature géographique, économique, organisationnelle et relationnelle. Le système de santé et ses acteurs doivent chercher à réduire les obstacles pour rendre accessibles des soins et services de santé de qualité à toute la population, même les personnes situées à la marge. Pour cela, il faut trouver de nouvelles solutions.

Les acteurs des trois cliniques impliquées ont accepté de participer avec enthousiasme et engouement à cette recherche, tous convaincus que le développement d'initiatives ayant comme mission d'offrir des soins et des services de santé de première ligne aux personnes marginalisées est nécessaire. Leur collaboration et leur implication ont permis de décrire trois modèles différents et de comprendre les avantages, les difficultés, les enjeux et les défis rencontrés afin d'éclairer d'autres acteurs au sein d'autres initiatives ou cliniques qui souhaiteraient offrir des soins et des services de santé aux personnes désaffiliées de leur communauté.

Les informations recueillies sur les modèles proposés par les trois cliniques sont riches et sont présentées dans ce rapport accompagnées d'une analyse réflexive et critique de la part des chercheuses. Ces modèles constituent de véritables innovations afin de favoriser l'accès et la qualité des soins et services de santé de proximité de première ligne aux personnes marginalisées et désaffiliées. Ces modèles méritent d'être connus. Des soins et services de santé de proximité sont nécessaires si l'on veut rejoindre les personnes, toutes les personnes dans une société marquée par des inégalités sociales croissantes et par une distanciation sociale grandissante. En ce sens et afin d'inscrire leurs actions dans la réduction des inégalités sociales de santé,

les professionnels de la santé ne doivent plus juste se demander quelle distance professionnelle est souhaitable dans le cadre de leur travail, mais aussi quelle proximité est désormais nécessaire.

Dans un autre ordre d'idées, nous pensons que les finalités et les idéologies qui soutiennent les soins de proximité mériteraient d'être clarifiées afin de préciser ce qui est visé ultimement. Il nous appert que des idéologies et des finalités différentes peuvent soutenir des interventions ou des soins dits de proximité. Se rapprocher afin de mieux comprendre les personnes désaffiliées et marginalisées, leur contexte de vie, leur réalité et offrir des soins de santé sans conditionnalité dans une optique de droit ou se rapprocher dans l'optique de réaffilier les personnes à la marge afin qu'elles aient accès plus facilement aux services notamment ceux du réseau de la santé et des services sociaux apparaissent comme des finalités différentes qui méritent d'être clarifiées.

Pour terminer, nous pensons que les interventions de proximité ne doivent pas perdre de vue les raisons pour lesquelles les personnes se trouvent au bout, à la marge, voire en dehors de la société et invitons les acteurs impliqués à réfléchir à la part qu'ils souhaitent consacrer dans leurs activités à la lutte contre l'exclusion sociale et à la création d'espaces de débats publics, de revendications, de participation et de mobilisation citoyenne pour une société plus juste.



# ANNEXES



## Annexe 1 : Tableau résumé d'initiatives canadiennes visant à favoriser l'accès et la qualité des services de santé de première ligne pour les personnes marginalisées

	CHIUS (VANCOUVER) <sup>1</sup>	SWITCH (SASKATOON) <sup>1</sup>	SHINE (EDMONTON) <sup>1</sup>	IMAGINE (TORONTO) <sup>1</sup>
HISTORIQUE	<p>Idée émergée en 1998.</p> <p>Étudiants en médecine écrivent une proposition de clinique, acceptée par l'agence de santé.</p> <p>Ouverture en 2000 et fin des activités en 2011</p>	<p>Idée émergée en 2003.</p> <p>Formation d'un Comité directeur, évaluation des besoins, recherche de financement, assurances et lieu, recrutement, élaboration et orientation.</p> <p>Ouverture en 2005.</p>	<p>Début de la réflexion par des étudiants en médecine et en médecine dentaire, avec soutien par après des Facultés respectives de l'Université d'Alberta.</p> <p>Ouverture en 2005.</p>	<p>Idée émergée en 2007.</p> <p>Début des ateliers éducatifs en 2008.</p> <p>Début des conférences de sensibilisation et ouverture de la clinique en 2010.</p>
MISSION	<p>Créer des partenariats pour promouvoir un apprentissage centré sur la communauté pour les étudiants, tout en favorisant l'<i>empowerment</i> et l'amélioration de la situation de santé des résidents du Downtown East Side.</p>	<p>Établir une clinique interdisciplinaire gérée par les étudiants dans les quartiers centraux de Saskatoon, dans le but d'améliorer la santé de la communauté, de participer à la formation des futurs professionnels de la santé et d'améliorer les relations entre l'Université et la communauté.</p>	<p>Établir une clinique interdisciplinaire gérée par des étudiants qui fournit des soins de santé globaux à une population jeune et peu desservie du centre d'Edmonton, en répondant à leurs besoins avec compassion, sans jugement et dans un environnement sécuritaire.</p>	<p>Fournir des soins aux populations itinérantes et peu desservies du centre-ville de Toronto, dans une approche holistique, en collaboration avec le milieu communautaire, dans une approche interdisciplinaire à la santé et au bien-être.</p>
POPULATION	<p>Résidents du Downtown East Side</p> <p>Quatre besoins soulignés par l'étude de besoins : accès soir et fin de semaine, services de santé pour les femmes, échange amical et écoute active.</p>	<p>Population des quartiers centraux de Saskatoon.</p>	<p>Jeunes de 25 ans et moins du centre d'Edmonton.</p>	<p>Populations itinérantes et peu desservies du centre-ville de Toronto.</p> <p>Besoins évalués lors des premiers ateliers éducatifs.</p>
APPROCHES	<p><b>Cinq principes directeurs</b> : servir, apprendre, interdisciplinarité, rétroaction et leadership étudiant.</p> <p><b>Modèles d'enseignement</b> : service learning framework : une méthodologie développée pour rapprocher les étudiants des communautés marginalisées.</p>	<p><b>Approches de soins</b> : déterminants de la santé, soins de santé primaires et intégrés, promotion de la santé, proximité (vision et soins basés sur les priorités locales), approche centrée sur le client.</p>	<p><b>Approches de soins</b> : interdisciplinarité, médecine préventive, réduction des méfaits, éducation à la santé, approche holistique, soins de santé primaires.</p> <p><b>Modèles d'enseignement</b> : enseignement interdisciplinaire, apprentissage par les pairs.</p>	<p><b>Approches de soins</b> : réduction des méfaits, approche holistique et centrée sur le client</p> <p><b>Modèle d'enseignement</b> : enseignement interdisciplinaire, promotion de la compréhension des déterminants de la santé et des défis vécus par les populations vulnérables chez les étudiants.</p>

<sup>1</sup> Les informations proviennent du rapport : Amar, M., Perry, G., et Michaud, A.-M. (2013). *Étude des besoins et de l'offre de soins de santé et de services sociaux aux populations en situation de vulnérabilité sociale et de santé à Québec*, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Centre affilié universitaire.

	CHIUS (VANCOUVER) <sup>1</sup>	SWITCH (SASKATOON) <sup>1</sup>	SHINE (EDMONTON) <sup>1</sup>	IMAGINE (TORONTO) <sup>1</sup>
SERVICES	<p>Soins de santé primaires à la clinique et accueil (nourriture, accueil dans la salle d'attente).</p> <p>Programmes pour les résidents du quartier (cuisine collective, examen dentaire, ateliers).</p> <p>Événements spéciaux.</p>	<p>Services cliniques (soins de santé primaires, soins traditionnels soins pour les Autochtones), repas gratuits, échange de seringues, condoms, services de garde, travailleur de rue.</p> <p>Services dentaires 2 fois/mois.</p> <p>Programme de promotion et prévention.</p>	<p><b>Service aux patients</b> : soins globaux de santé, accueil (nourriture, douches, vêtements), échange de seringues.</p> <p><b>Services à la communauté</b> : <i>outreach</i> (étudiants envoyés dans d'autres organismes), santé publique (présentations), ateliers éducatifs.</p>	<p><b>Trois axes</b> : clinique médicale, ateliers de promotion de la santé dans la communauté, conférences de sensibilisation sur l'itinérance et les problèmes de santé de cette population.</p>
ACCÈS AUX SERVICES	<p><b>Heures d'ouverture</b> : actuellement fermée, ouvrirait mercredi + fin de semaine.</p> <p><b>Lieu</b> : Utilise les locaux d'une clinique communautaire.</p> <p><b>Accès</b> : aucune information disponible.</p>	<p><b>Heures d'ouverture</b> :</p> <p>Lu 17 h 30-20 h — santé des femmes</p> <p>Me 17 h 30-20 h — tous</p> <p>Sa 11 h-14 h — tous</p> <p>Santé des enfants 2 fois/mois.</p> <p><b>Lieu</b> : Utilise une clinique déjà existante, ou en-dehors des heures de la clinique.</p> <p><b>Accès</b> : sans rendez-vous et gratuit.</p>	<p><b>Heures d'ouverture</b> : Sa 14 h à 18 h (fermé l'été, sauf les services dentaires).</p> <p><b>Lieu</b> : utilise locaux d'un centre de santé.</p> <p><b>Accès</b> : sans rendez-vous, gratuit, aucune carte d'identité ou d'assurance maladie requise.</p>	<p><b>Heures d'ouverture</b> : Sa 10 h - 14 h.</p> <p><b>Lieu</b> : utilise les locaux d'un centre de santé communautaire.</p> <p><b>Accès</b> : sans rendez-vous, gratuit, aucune carte d'identité ou d'assurance maladie requise.</p>
ÉQUIPE	<p><b>Disciplines</b> : sciences infirmières, médecine, physiothérapie, ergothérapie, service social, médecine dentaire, pharmacie, nutrition, audiologie.</p> <p><b>Équipes</b> : formées d'étudiants supervisés par un médecin et une infirmière.</p>	<p><b>Disciplines</b> : sciences infirmières, médecine, sciences et arts, physiothérapie, service social, kinésiologie, psychologie, nutrition, médecine dentaire, pharmacie, éducation, santé communautaire, psychologie éducative.</p> <p><b>Équipes</b> : équipe d'accueil, équipe clinique, superviseur de la période.</p> <p><b>Personnel</b> : directeur, coordonnateur bénévole, travailleur de soutien culturel, coordonnateur programmation et nutrition.</p> <p><b>Période de travail</b> : cérémonie traditionnelle autochtone au début, bilan à la fin de la période.</p>	<p><b>Disciplines</b> : médecine, médecine dentaire, sciences infirmières, psychologie clinique, physiothérapie, nutrition, pharmacie, service social.</p> <p><b>Période de travail</b> : étudiants assignés à un des rôles suivants : équipe d'accueil, de triage ou d'histoire de santé.</p> <p>Repas préparé par les étudiants en nutrition.</p> <p>S'il y a des périodes creuses, superviseurs ou étudiants font une présentation.</p>	<p><b>Disciplines</b> : sciences infirmières, médecine, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, service social, médecine dentaire, pharmacie, administration de la santé, droit.</p> <p><b>Personnel</b> : réceptionniste, agent de sécurité.</p> <p><b>Période de travail</b> : client vu par équipe superviseur-étudiant pour histoire et examen, cas présenté au reste de l'équipe pour décisions de traitement et suivi, retour à la fin de la période.</p>

	CHIUS (VANCOUVER) <sup>1</sup>	SWITCH (SASKATOON) <sup>1</sup>	SHINE (EDMONTON) <sup>1</sup>	IMAGINE (TORONTO) <sup>1</sup>
FORMATION	<p><b>Étudiants</b> : niveau d'implication varie d'observateur à évaluation complète, dépendant de la discipline et du niveau de formation.</p> <p><b>Superviseurs</b> : attendu qu'ils impliquent les étudiants de toutes les disciplines pour favoriser l'interdisciplinarité.</p> <p><b>Orientation</b> : formation d'orientation en début d'année et en janvier au besoin.</p>	<p><b>Étudiants</b> : associés selon le niveau de formation (début de programme-équipe d'accueil).</p> <p><b>Superviseurs</b> : payés 100 \$/période (médecin 400 \$), inclut un ancien (« elder » autochtone).</p> <p><b>Session d'orientation</b> (4 h) obligatoire pour tous.</p>	<p><b>Superviseurs</b> : supervision bénévole des étudiants de leur propre discipline.</p> <p>Rôle de mentor et d'enseignant auprès des étudiants, fournissent des enseignements interdisciplinaires aux étudiants d'autres disciplines.</p>	<p><b>Étudiants</b> : bénévoles et non crédités, implication de 3 samedis de suite, font le contact avec les clients sous supervision (directe ou indirecte), exigences différentes selon les programmes pour participer.</p> <p><b>Superviseurs</b> : professionnels de la santé.</p> <p><b>Sessions d'orientation</b> : formation générale + formation sur la clinique.</p>
GOUVERNANCE	<p><b>Type d'organisation</b> : clinique de santé affiliée avec <i>The University of British Columbia</i>.</p> <p><b>Comité exécutif</b> : composé d'étudiants (au moins un par Faculté), médecins-superviseurs et administratrice. Rencontres mensuelles. Rôles d'amélioration du projet, gestion et coordination, développement, innovation et recherche de financement.</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : organisation sans but lucratif.</p> <p><b>Comités</b> : Comité de direction (étudiants) Comité de ressources humaines.</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : clinique de santé affiliée avec <i>University of Alberta</i>*</p> <p><b>Comité exécutif</b> : formé des administrateurs de la clinique et d'étudiants (représentants de chaque Faculté, et différents postes : directeur, santé publique, développement, finances, recherche, communications, anciens directeurs, etc.).</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : clinique de santé affiliée avec <i>University of Toronto</i>*</p> <p><b>Comités</b> : exécutif étudiant + conseils aviseurs. Sept comités : promotion de la santé, partenariats avec la communauté — recrutement clientèle, partenariats avec la communauté — références, recrutement étudiants, recrutement superviseurs, opérations de la clinique, communications.</p>
PARTENAIRES	<p>Agence de santé, université, autres cliniques étudiantes.</p>	<p>Agence de santé, clinique communautaire, université, programme pour la saine alimentation des enfants.</p>	<p>Centre de santé hôte, clinique dentaire étudiante (entité à part).</p>	<p>Université, centre de santé communautaire, organismes communautaires, centre de recherche, réseau de santé.</p>
FINANCEMENT	<p><b>Commanditaires</b> : associations étudiantes, fondations, université (Facultés), agences de santé.</p>	<p><b>Commanditaires</b> : Agence de santé, clinique communautaire, universités et collèges, entreprises, ville, table intersectorielle, fondations.</p> <p><b>Activités de financement</b> : course annuelle, spectacles.</p>	<p><b>Commanditaires</b> : université (Facultés), Agences de santé, centre de santé hôte, réseau de soins primaires, entreprises.</p>	<p><b>Commanditaires</b> : université, entreprises, associations professionnelles, fondations.</p> <p><b>Dépenses</b> : salaire réceptionniste et agent de sécurité, frais nettoyage, paiement matériel et médication.</p>
RECHERCHE	<p>Opérations soutenues par des projets de recherche (peu de détails).</p> <p>Une évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des bénévoles.</p>	<p>Recherches menées par des étudiants de diverses disciplines (commerce, santé communautaire, épidémiologie, médecine et sciences infirmières) et professeurs.</p>	<p>Trois articles scientifiques publiés.</p>	<p>Partenariat avec le Wellesley Research Centre pour l'évaluation de programme.</p> <p>Articles scientifiques publiés.</p>

	CHIUS (VANCOUVER) <sup>1</sup>	SWITCH (SASKATOON) <sup>1</sup>	SHINE (EDMONTON) <sup>1</sup>	IMAGINE (TORONTO) <sup>1</sup>
PROMOTION/RECRUTEMENT	<p><b>Promotion</b> : portes ouvertes pour les superviseurs, lettres de nouvelles, blogue.</p> <p><b>Recrutement</b> : à partir de 2010, processus de sélection pour les étudiants (beaucoup de demandes).</p>	<p><b>Promotion</b> : Événements spéciaux (soirée pour femmes), articles de journaux, présentations.</p>	<p><b>Promotion</b> : articles de journaux, campagne de financement, barbecue communautaire.</p> <p><b>Recrutement</b> : bénévoles appliquent en novembre (clinique ou communauté), suivent une formation si sélectionnés.</p>	<p><b>Promotion</b> : au travers des programmes, des conférences, articles de journaux, promotion de causes dans la communauté. Hôte d'une conférence sur les initiatives de santé interdisciplinaires gérées par les étudiants.</p> <p><b>Recrutement</b> : site web et courriels.</p>
DÉFIS RENCONTRÉS	<p>CHIUS a cessé ses activités en mars 2011, raisons plus ou moins claires.</p> <p>Le site internet mentionne la nécessité de formaliser un partenariat avec le Vancouver Coastal Health et de clarifier les rôles dans la clinique et les paramètres à l'intérieur desquels il est possible de fonctionner.</p>	<p>Roulement important de personnel et d'étudiants bénévoles.</p>	<p>Aucune information disponible.</p>	<p>Défis : plusieurs intervenants pour un client, gestion du temps, conserver une représentation interdisciplinaire sur l'exécutif, rotation des étudiants, difficile de dépasser les rôles traditionnels de chacune des professions et de créer un langage commun, assurances, capacité de la clinique vs besoins constants des clients, trouver local et équipement.</p> <p>Conseils pour d'autres initiatives : équipe interdisciplinaire avec support des Facultés, besoins des clients doivent être identifiés et priorisés, financement (appliquer pour des bourses, des prix), commencer tôt et se donner des buts réalistes, conserver la vision de départ, parler aux étudiants des autres cliniques étudiantes, avoir du plaisir.</p>

	WISH (WINNIPEG) <sup>1</sup>	CDIRC (CALGARY) <sup>2</sup>	SEARCH (REGINA) <sup>1</sup>
<b>HISTORIQUE</b>	Ouverture en 2009. Aucune autre information disponible.	Ouverture en janvier 2010. Aucune autre information disponible.	Ouverture en 2010. Aucune autre information disponible.
<b>MISSION</b>	Fournir des soins de santé dans une approche sans jugement, socialement responsable et holistique à une population dont la situation de santé est plus difficile que dans le reste de la ville.	Fournir des soins de santé de première ligne aux personnes en situation d'itinérance dans un centre multiservice d'hébergement dans l'optique de favoriser leur santé et bien-être.	Promouvoir la santé dans la communauté de North Central par de l'éducation accessible, des programmes et des soins de santé primaires interdisciplinaires.
<b>POPULATION</b>	Communauté de Point Douglas (identifiée comme la plus pauvre de Winnipeg, sur les plans sanitaire et socio-économique).	Personnes en situation d'itinérance.	North Central Community à Regina.
<b>APPROCHES</b>	<b>Approches de soins</b> : approche holistique, socialement responsable, sans jugement.	<b>Approches de soins</b> : approche holistique, approche globale, centrée sur la personne, réduction des méfaits, infirmier élargi, collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.	<b>Approches de soins</b> : approche holistique (soutenir individus, familles et communauté par une approche inclusive et tolérante) et accent sur les forces (pour les guider dans un processus d' <i>empowerment</i> comme experts de leur propre vie).
<b>SERVICES</b>	Soins de santé globaux, programmes communautaires (un par mois, de type ateliers éducatifs) événements de proximité pour la communauté (soirées de femmes et d'hommes), autres services (repas, service de garde, ordinateurs).	Services cliniques, services de santé mentale, soins palliatifs, etc.	Services cliniques, programmes, ateliers éducatifs, prévention (condoms, brosse à dents), services d' <i>advocacy</i> (médiation pour des services, trouver refuge d'urgence), nourriture et service de garde.
<b>ACCÈS</b>	<b>Heures d'ouverture</b> : Di 13 h 30 à 16 h 30. <b>Lieu</b> : Utilise les locaux d'une clinique. <b>Accès</b> : gratuit.	<b>Heures d'ouverture</b> : Lun, Ven 8 h à 18 h et Jeu 8 h à 21 h 30. <b>Lieu</b> : Locaux d'un centre multiservice d'hébergement. <b>Accès</b> : sans rendez-vous, gratuit.	<b>Heures d'ouverture</b> : Sa 12 h 30 à 15 h 30. <b>Lieu</b> : Locaux d'un centre communautaire de santé. <b>Accès</b> : sans rendez-vous, gratuit.

<sup>2</sup> Les informations proviennent de : Campbell, D.-J., Gibson, K, O'Neil, B.-G., et Thurston, W.-E. (2013). The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations' a qualitative study, *BMC Health Services Research*, vol. 13, p. 277.

	WISH (WINNIPEG) <sup>1</sup>	CDIRC (CALGARY) <sup>2</sup>	SEARCH (REGINA) <sup>1</sup>
ÉQUIPE	<p><b>Disciplines</b> : hygiène dentaire, médecine dentaire, nutrition, réadaptation, médecine, sciences infirmières, pharmacie, psychologie, service social, soutien spirituel (peut inclure d'autres disciplines).</p> <p><b>Équipes</b> : équipe sociale (tous les étudiants, accueil et nourriture) et équipe clinique (étudiants en sciences de la santé en paire junior-senior).</p> <p><b>Période de travail</b> : 4 superviseurs (dont médecin et infirmière, autres disciplines en rotation) et 8 étudiants en sciences de la santé.</p>	<p><b>Équipe de soins</b> : 1 infirmière et 1 auxiliaire de soins, 3 infirmières cliniciennes, 1 nutritionniste, 1 travailleur social et 1 acupuncteur.</p>	<p><b>Disciplines</b> : médecine, service social, justice humaine, arts et sciences, administration, kinésiologie, éducation, hygiène dentaire, sciences infirmières, physiothérapie, pharmacie, sciences de la santé, psychologie clinique et autres étudiants postsecondaires qui veulent faire du bénévolat.</p> <p><b>Équipes</b> : équipe sociale (accueil, programmes), avec des étudiants et superviseurs de toutes les disciplines et équipes cliniques (soins cliniques), avec un mentor médecin et étudiants en science de la santé.</p>
FORMATION	<p><b>Étudiants</b> : bénévoles, adressés à tous les étudiants d'une institution postsecondaire à Winnipeg.</p> <p><b>Superviseurs</b> : professionnels de la santé membres de leur ordre professionnel, reçoivent honoraires 100 \$ par période.</p>	<p>Il est fait mention de stagiaires, notamment médecine.</p>	<p><b>Étudiants</b> : classés selon leur niveau d'études pour savoir jusqu'où ils peuvent agir. Document avec objectifs, attentes, prérequis, par discipline.</p> <p><b>Superviseurs</b> : reçoivent des honoraires.</p> <p><b>Orientation</b> : obligatoire pour tous. Manuels étudiants + superviseurs. Ateliers de formation non obligatoires après les périodes de travail.</p>
GOVERNANCE	<p><b>Type d'organisation</b> : un Comité directeur a la responsabilité légale des activités de WISH; il est composé de représentants du Comité exécutif étudiant, de l'<i>University of Manitoba</i>, <i>Mount Carmel Clinic</i> et <i>Winnipeg Regional Health Authority</i>.</p> <p><b>Comité exécutif (étudiants)</b> : 2 codirecteurs (junior + senior, pour 2 ans), secrétaire, trésorier, 2 responsables liens avec mentors, 1-2 représentants par programme, 2 postes pour chaque comité.</p> <p><b>Comités</b> : recrutement bénévoles, programmation, relations publiques et liens communauté, ressources nutrition et éducation, amélioration qualité.</p> <p><b>Personnel</b> : coordonnateur.</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : clinique de santé affiliée avec <i>University of Calgary</i>*.</p> <p>Aucune information disponible.</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : aucune information disponible sur le type d'organisation.</p> <p><b>Comités</b> : Comité exécutif, relations publiques, liaison avec l'université, financement, projets spéciaux, programmation et communauté, politiques et organisation de la clinique. Tous les comités sont étudiants. Membres de la clinique : étudiants dans un des établissements partenaires.</p>
PARTENAIRE	<p>Clinique hôte, aide d'une autre clinique pour le suivi des tests de laboratoires (pas nommée).</p>	<p>Organismes partenaires : Calgary Drop-In &amp; Rehab Centre, Alberta Health Services, Safeworks, Street Outreach and Stabilization (SOS); Canadian Mental Health Association.</p>	<p>Organismes communautaires, collèges, universités.</p>

	WISH (WINNIPEG) <sup>1</sup>	CDIRC (CALGARY) <sup>2</sup>	SEARCH (REGINA) <sup>1</sup>
FINANCEMENT	<b>Commanditaires</b> : Université, association étudiante, agence de santé, entreprise, fondation.	Aucune information disponible.	<b>Commanditaires</b> : Ministère de la Santé, agences de santé, centre communautaire de santé, association communautaire, universités et collèges.
RECHERCHE	Aucune information disponible.	Un article publié.	Aucune information disponible.
PROMOTION	<b>Promotion</b> : événements spéciaux, matériel promotionnel. <b>Recrutement</b> : sur le site web (entre autres).	Aucune information disponible.	<b>Promotion</b> : brochure et lettres de nouvelles (très complètes : promotion d'autres organisations, approfondit un déterminant social de la santé par lettre, promotion des activités de la clinique).
DÉFIS	Aucune information disponible.	Réf. Article publié : Campbell, D.JT et al. (2013).	Aucune information disponible.

	<b>PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL)<sup>3</sup></b>	<b>MAISON BLEUE (MONTRÉAL)<sup>1</sup></b>	<b>CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL)<sup>1</sup></b>	<b>SABSA (QUÉBEC)<sup>4</sup></b>
<b>HISTORIQUE</b>	<p>Initiative de Médecins du Monde Canada ayant pour mission de porter secours tant aux personnes vulnérables au Canada qu'à l'étranger.</p> <p>Ouverture en 1999.</p> <p>Nombre d'organismes partenaires passant de 6 à 41 en 10 ans.</p>	<p>Fondée en 2007 par un médecin et sa fille.</p> <p>Inspirations : pédiatrie sociale du Dr Gilles Julien, Services intégrés en périnatalité (SIPPE), Centering Pregnancy et la Maison Verte de Françoise Dolto.</p> <p>Première maison dans Côte-des-Neiges. Deuxième dans Parc-Extension en mai 2011.</p>	<p>Mise sur pied en 1968 par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill, préoccupés par le peu de services médicaux dans le quartier. Des citoyens du quartier sont rapidement intégrés au projet.</p> <p>A inspiré la création des CLSC.</p> <p>Longue histoire de mobilisation du quartier pour éviter d'être intégré au système de santé officiel, et garder la gestion citoyenne.</p> <p>Reste à ce jour la seule clinique ayant un statut d'organisme communautaire avec mandat de CLSC.</p>	<p>Constituée en décembre 2011 par cinq membres fondateurs interpellés par l'ampleur de l'épidémie du VHC et du VIH-sida parmi des populations vulnérables.</p> <p>Face aux besoins plus larges en soins de santé des gens de la Basse-Ville de Québec et de leur difficulté à y accéder, son champ d'action s'est élargi en 2014 avec l'arrivée d'une clinique de proximité aux résidents du secteur.</p>
<b>MISSION</b>	<p>Améliorer les conditions de santé des populations démunies, itinérantes, marginalisées et exclues des soins de santé, et permettre aux intervenants communautaires œuvrant auprès de cette clientèle d'accéder à une meilleure qualité de vie professionnelle et émotionnelle.</p>	<p>Offrir des services de périnatalité sociale aux femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité, ainsi qu'à leur famille.</p>	<p>Organisme de santé contrôlé par les citoyens et citoyennes, ayant comme mission d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population du quartier.</p>	<p>Offrir des soins et des services de proximité de santé par une équipe multidisciplinaire regroupant différents professionnels.</p> <p>Améliorer et favoriser l'accès à des soins et des services de santé préventifs ou curatifs. Responsabiliser les personnes face à leur santé.</p> <p>Favoriser le mouvement coopératif auprès de nos membres.</p>

<sup>3</sup> Médecins du monde Canada. (2016). *Projet Montréal*. [Page consultée le 23 mars 2016] <http://www.medecinsdumonde.ca/index.php/nos-interventions/projet-montreal/>

<sup>4</sup> Coopérative de solidarité SABSA (Site internet : <https://www.coop-sabsa.com>)

	<b>PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL)<sup>3</sup></b>	<b>MAISON BLEUE (MONTRÉAL)<sup>1</sup></b>	<b>CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL)<sup>1</sup></b>	<b>SABSA (QUÉBEC)<sup>4</sup></b>
<b>POPULATION</b>	<p>Jeunes de la rue, travailleuses du sexe, utilisateurs de drogue injectable, Autochtones, immigrants, sans-abri et personnes atteintes de problèmes de santé mentale du centre-ville de Montréal et des quartiers limitrophes moins bien desservis.</p> <p>Personnes migrantes sans couverture médicale.</p> <p>Intervenants de rue œuvrant auprès de cette clientèle.</p>	<p>Femmes enceintes en contexte de vulnérabilité et leur famille. Plusieurs situations difficiles vécues : pauvreté, violence conjugale, suivi par la DPJ, familles monoparentales, jeunes mères, troubles de santé mentale, statut migratoire précaire.</p>	<p>Population du quartier, l'une des plus défavorisées sur le plan socio-économique de Montréal.</p> <p>Problématiques les plus présentes : faible scolarité, décrochage scolaire, toxicomanie, détresse psychologique, problèmes de santé mentale, pauvreté, familles monoparentales.</p>	<p>Les personnes atteintes d'hépatite C ou du VIH.</p> <p>Les résidents des quartiers Saint-Roch et Saint-Sauveur.</p>

	PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL) <sup>3</sup>	MAISON BLEUE (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	SABSA (QUÉBEC) <sup>4</sup>
APPROCHES	<p>Accessibilité géographique et sociale.</p> <p>Rôle infirmier élargi.</p> <p>Collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.</p> <p>Éducation à la santé.</p>	<p><b>3 piliers</b> de l'approche en périnatalité sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empowerment</b> : les familles sont compétentes pour faire grandir leur enfant; entourées d'une communauté, elles se découvrent des forces insoupçonnées.</li> <li>• <b>Interdisciplinarité</b> : reconnaissance des compétences interdisciplinaires pour un suivi et une intervention complète et globale.</li> <li>• <b>Portage</b> : cadre porteur respectueux, « portage culturel » qui brise l'isolement et valorise les savoirs hérités de la culture d'origine.</li> </ul> <p><b>Proximité géographique</b> (tous les services donnés sous un même toit, dans une vraie maison, avec un climat de confiance et chaleureux) et <b>relationnelle</b> (profiter de la grossesse pour créer un lien significatif et profond avec des familles rencontrant des situations difficiles).</p> <p><b>Prévention et promotion de la santé</b> : précocité de l'intervention, complémentarité des services et participation des mères et des familles font que les services sont plus humains et qu'aucun problème ne se perd dans les craques du système, assure un meilleur suivi.</p>	<p><b>Empowerment individuel et collectif</b> : favoriser l'éducation et la prise en charge par les individus des problèmes individuels et collectifs, travailler à démystifier le pouvoir des professionnels.</p> <p><b>Approche globale de la santé et de la personne</b> : vision sociale de la santé et du bien-être qui englobe les déterminants de la santé. La clinique travaille sur les conditions de santé et est un lieu de mobilisation pour la lutte à la pauvreté. Approche globale de la personne : personne à part entière, dirigée vers les services appropriés.</p> <p><b>Prévention de la maladie et promotion de la santé</b> : agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux.</p> <p><b>Approche citoyenne</b> : saisir les individus à travers les multiples aspects de leur vie, s'adresser à eux comme des citoyens à part entière capables de participer à la vie de leur communauté.</p> <p><b>Approche communautaire</b> : collaboration étroite avec le réseau communautaire</p> <p><b>Intervention interdisciplinaire</b> : concertation des actions des intervenants pour travailler dans une même direction.</p>	<p><b>Approche</b> : humanisme et pragmatisme (les soins s'articulent autour des priorités de la personne et des préoccupations exprimées et de l'accompagnement de la personne et ses proches à prendre ses responsabilités envers sa santé et sa qualité de vie et à participer sur le plan d'intervention. Les approches de soins pragmatistes visant la réduction des méfaits sont aussi préconisées); interdisciplinarité et partenariat avec divers organismes communautaires.</p> <p><b>Valeurs</b> : respect, compassion, confiance au potentiel de chacun et engagement.</p>

	PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL) <sup>3</sup>	MAISON BLEUE (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	SABSA (QUÉBEC) <sup>4</sup>
SERVICES	<p>Soins de santé, activités de prévention et de promotion de la santé, accompagnements vers les services de santé du réseau.</p> <p>Support psychologique individuel, gratuit et confidentiel aux intervenants, support mensuel de groupe et/ou supervision clinique.</p> <p>Activités de sensibilisation du milieu et des professionnels et des intervenants de la santé.</p>	<p><b>Suivi global et soins continus</b> : début de la grossesse jusqu'aux premières années de la vie de l'enfant, La Maison Bleue soutient la mère, l'enfant et la famille en leur offrant des services communautaires, culturels, sociaux et de santé dans un environnement harmonieux, à proximité de leur milieu de vie.</p> <p><b>Plusieurs volets de services</b> : grossesse et santé de la famille, évaluation et suivi psychosocial, rencontres de groupe, activités enfants et parents-enfants. Projets spéciaux.</p>	<p><b>Plusieurs équipes</b> : accueil (services courants), adulte santé mentale, planification et développement communautaire, enfance-famille, jeunesse, services administratifs, soutien à domicile, scolaire.</p> <p>Activités de promotion de la santé et de prévention des maladies intégrées à chacune des équipes. En 2008, il en était de même avec les services en santé mentale.</p>	<p>Clinique de proximité : soins de qualité de promotion de la santé, de prévention de la maladie ainsi que de première ligne.</p> <p>Hépatite C : accompagnement dans les différentes étapes du traitement (avant, pendant et après); suivi psychosocial des patients sous traitement; enseignement pour les personnes en traitement; participation à l'élaboration et à la présentation des formations; services de santé.</p>
ACCÈS AUX SERVICES	<p><b>Heures d'ouverture</b> : Aucune information disponible.</p> <p><b>Lieu</b> : dans la rue, certains appartements, les bars de danseuses/danseurs du centre-ville et les cliniques mobiles dans les locaux de quatre organismes communautaires.</p> <p><b>Accès</b> : gratuit pour les personnes.</p>	<p><b>Lieu</b> : une maison dans Côte-des-Neiges et l'autre dans Parc-Extension (Montréal).</p> <p><b>Accès</b> : gratuit.</p> <p><b>Références</b> : du CSSS de La Montagne, de contacts (familles et amis), des hôpitaux ou d'autres sources (écoles, 811, organismes communautaires).</p>	<p><b>Deux points de service</b> :</p> <p>Rue Ash, ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 20 h.</p> <p>Rue Centre, ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 17 h (jusqu'à 20 h le mercredi), clinique jeunesse sans rendez-vous du lundi au vendredi de 15 h 30 à 16 h 30.</p>	<p><b>Heures d'ouverture</b> : Aucune information disponible.</p> <p><b>Lieu</b> : local en Basse-Ville de Québec.</p> <p><b>Accès</b> : avec ou sans rendez-vous, gratuit.</p>
ÉQUIPE	<p><b>Personnel</b> : Coordonnatrice du Projet Montréal, 4 infirmières de proximité, 1 psychologue soutien de groupe, 5 psychologues soutien individuel, 15 médecins volontaires rattachés au projet, bénévoles, stagiaires</p>	<p><b>Professionnels de la santé et des services sociaux</b> : infirmières, travailleuses sociales, sages-femmes, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, médecins.</p> <p><b>Réseau de spécialistes</b> disponibles au besoin : ethnopsychiatre, thérapeutes.</p> <p><b>Personnel de gestion et d'administration</b> : coordonnatrices, secrétaires médicales, directrice générale, responsable du financement, des communications et du développement de projets, conseil d'administration.</p> <p><b>Parrain/marraine</b> (personnalités publiques).</p>	<p>125 employés de plusieurs disciplines.</p>	<p>Particularité de cette initiative : les usagers de la clinique sans rendez-vous rencontre une infirmière praticienne en soins de première ligne (IPSPL). Celle-ci est autorisée à prescrire certains examens diagnostiques et médicaments, appliquer des traitements médicaux, etc.</p> <p>Des intervenants et organismes communautaires travaillent en interdisciplinarité et en partenariat avec cette dernière.</p>

	PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL) <sup>3</sup>	MAISON BLEUE (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	SABSA (QUÉBEC) <sup>4</sup>
FORMATION	Il est fait mention de stagiaires.	<p><b>Occasions de formation et fellowships</b> spécifiques pour différentes disciplines : sciences infirmières, éducation spécialisée, travail social, communication, sage-femme, médecine (médecine familiale, pédiatrie sociale et médecine communautaire, fellows du programme maternal &amp; child health fellowship de l'Université McGill, stagiaires en médecine du programme DHCEU – diplôme hors Canada et États-Unis).</p> <p><b>Partenariat étroit avec le CSSS de la Montagne</b>, centre affilié universitaire, permet à la fois de recevoir bon nombre de stagiaires et de répondre à la mission universitaire de l'institution.</p>	Il est fait mention de stagiaires, notamment en service social et en psychologie.	Aucune information disponible.
GOUVERNANCE	<b>Type d'organisation</b> : organisme à but non lucratif d'aide humanitaire.	<p><b>Type d'organisation</b> : organisme sans but lucratif et de bienfaisance.</p> <p><b>Structure administrative</b> : Organisme indépendant qui travaille en étroite collaboration avec le CSSS de la Montagne. Cette hybridation permet une offre de services différente et complémentaire des organisations existantes. Cela permet d'avoir toute l'expertise du réseau public, avec un volet communautaire très présent dans la manière de fonctionner (ce qui rend la tâche difficile pour le financement).</p> <p><b>Instances de gouvernance</b> : conseil d'administration, direction et coordonnatrices aux deux maisons.</p>	<p><b>Type d'organisation</b> : organisme communautaire avec mandat de CLSC.</p> <p><b>Structure décisionnelle</b> : assemblée générale (se prononce sur les grandes orientations de la clinique, tout résident du quartier peut être membre). Conseil d'administration (citoyens, coordonnateur, et 1 représentant du personnel) et Comité de relation avec les citoyens (Comité des usagers).</p> <p><b>Gestion citoyenne</b> : les citoyens décident des orientations et des services de la clinique.</p> <p><b>Gestion participative</b> : les travailleurs de la clinique sont associés aux décisions qui auront un impact sur leur travail.</p>	<b>Type d'organisation</b> : un conseil d'administration et trois types de membres : membres utilisateurs bénéficiant des services de santé offerts par la clinique; membres travailleurs contribuant aux diverses tâches liées aux activités; membres de soutien supportant financièrement les activités de la clinique.
PARTENAIRES	40 organismes communautaires	<b>Réseau de la santé</b> : CSSS de la Montagne, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des affaires universitaires du MSSS, GMF Côte-des-Neiges (la Maison Bleue fait l'objet d'un projet spécifique du GMF), Hôpital général juif de Montréal, Maison de naissance de Côte-des-Neiges.	<p>Partenariat avec le CSSS pour assurer à la population l'accès aux services non offerts par la clinique (2<sup>e</sup> ligne).</p> <p>Partenariats forts avec le réseau communautaire du quartier.</p>	De nombreux organismes communautaires sont partenaires.

	PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL) <sup>3</sup>	MAISON BLEUE (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	SABSA (QUÉBEC) <sup>4</sup>
FINANCEMENT	<p><b>Commanditaires :</b> Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec par le biais de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal.</p> <p>Programme SPLI du ministère des Ressources humaines et Développement des compétences Canada.</p> <p>AstraZeneca Canada Inc., Fondation Bombardier, Œuvre Leger, donateurs de Médecins du Monde Canada.</p>	<p><b>Dépenses :</b> Professionnels rémunérés par le système public. Tous les autres frais sont financés par des partenaires et donateurs.</p> <p><b>Principaux partenaires financiers :</b> CSSS de la Montagne, ministère de la Santé et des Services sociaux, Avenir d'Enfants, Fondation Marcelle et Jean Coutu, ministère de l'Immigration et des communautés culturelles, ministère des Finances, Groupe G &amp; G, Fondation des Canadiens pour l'enfance, Blakes, Caisse des Versants du mont Royal, Ultramar, FLG, FBPM.</p>	<p>Budget alloué par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (budgets accordés aux CSSS pour mission CLSC et ententes de services avec des groupes communautaires).</p>	<p>Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Université Laval et de Montréal, Desjardins Sécurité financière et Caisse d'économie solidaire, Abbvie, Gilhead, Merck, Roche, Députée de Taschereau, Fondation Jocelyne et Gilles Ouimet, Réal Fournier.</p>
RECHERCHE	<p>Aucune information disponible.</p>	<p><b>Projets de recherche :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étude du modèle intégré de services en périnatalité de la Maison Bleue (meilleure compréhension, développement de moyens de transfert de connaissances et de diffusion de ce modèle) et évaluation de l'impact de ce modèle sur la population cible (appui financier d'Avenir d'Enfants (5 ans), mené par une équipe de la DSP de Montréal).</li> <li>Projet MAVAN : évaluer les effets de l'environnement (surtout stress de la mère) sur le développement des enfants.</li> <li>Projet de recherche-action/théâtre et lectures publiques de « Soleil Barclay » (FQRSC) : projet portant sur le concept de Portage. Pièce de théâtre créée à partir de focus-groupes portant sur l'expérience d'attendre et d'avoir un enfant alors qu'on est immigrante.</li> </ul>	<p>Aucune information disponible.</p>	<p>Des chercheurs des Universités Laval et de Montréal assurent un suivi du projet afin de démontrer, entre autres, l'efficacité de ce type de clinique.</p>

	PROJET MONTRÉAL (MONTRÉAL) <sup>3</sup>	MAISON BLEUE (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-SAINT-CHARLES (MONTRÉAL) <sup>1</sup>	SABSA (QUÉBEC) <sup>4</sup>
PROMOTION RECRUTEMENT	Aucune information disponible.	<b>Promotion</b> : plusieurs prix et nominations, entrevues dans les médias, présentations dans des congrès, formations offertes, articles scientifiques provenant des projets de recherches, bulletin informatif (publié trois fois par année).	Aucune information disponible.	Des soins de qualité de promotion de la santé et de prévention de la maladie sont offerts pour le volet clinique de proximité et hépatite C.
DÉFIS RENCONTRÉS	Aucune information disponible.	Lors de la présentation du projet au directeur du CSSS de la Montagne, il a été perçu à la fois comme un projet novateur et un casse-tête gigantesque. « Car la Maison bleue est une créature atypique qui ne cadre dans aucune petite case du ministère de la Santé et des Services sociaux. » C'est sa force, mais c'est aussi un grand défi pour le financement, qui demande beaucoup de contorsions. Le montage financier est spectaculaire, selon le directeur du CSSS, Marc Sougavinski. En 2009, deux ans après la création de l'organisme, il peine à répondre à la demande. Seules les plus écorchées sont acceptées, une centaine par année.	Le travail de prévention et de promotion de la santé est menacé par le manque de ressources financières et par les mandats pointus et exclusifs de prise en charge de certaines populations ayant des problèmes sévères.  Services médicaux sans rendez-vous suspendus, par manque de médecins.  Liste d'attente de plusieurs années (500 à 600 personnes) pour avoir un médecin de famille.	Référence : <a href="http://www.coop-sabsa.com/">http://www.coop-sabsa.com/</a>

## Annexe 2 — Questionnaire sur les projets à l'étude visant à favoriser l'accès et les soins de première ligne aux personnes marginalisées

### INNOVER DANS LA PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES MARGINALISÉES

Le présent questionnaire s'inscrit dans une recherche portant sur les pratiques innovantes dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne visant à améliorer l'accès et la qualité des soins pour les personnes marginalisées.

Cette recherche est réalisée par les chercheurs suivants :

Shelley-Rose Hyppolite, professeure adjointe à la Faculté de médecine, Université Laval; Sophie Lauzier, professeure agrégée à la Faculté de pharmacie, Université Laval; Sophie Dupéré, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval; Maxime Amar, professeur adjoint à la Faculté de médecine, Université Laval; Arnaud Duhoux, professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Le projet de recherche est financé par le Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne (Réseau-1 Québec).

#### L'objectif de ce questionnaire

- Dresser un portrait global des pratiques innovantes mises en œuvre dans les cliniques participantes à la recherche.

#### Le contenu du questionnaire

Ce questionnaire porte sur les thèmes suivants :

- la ou les pratiques,
- le caractère novateur,
- la qualité des faits probants,
- les répercussions,
- l'applicabilité,
- la transférabilité.

N'hésitez pas à consulter vos collègues et gestionnaires pour remplir ce questionnaire.

#### Des questions?

Pour toute question ou tout commentaire sur ce sondage, veuillez contacter Dre Shelley-Rose Hyppolite, de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, à :  
shelley-rose.hyppolite@ssss.gouv.qc.ca ou au 418 666-7000, poste 331.

#### Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

**Source** : Ce questionnaire a été conçu et adapté à partir du *Cadre d'évaluation des pratiques novatrices, Guide de notation du CEPN* du Conseil canadien de la santé (s. d.).



## ANNEXE 3 — Questionnaire - Description des pratiques innovantes mises en œuvre dans votre milieu

Les définitions et les approches pour définir l'innovation dans les services publics à vocation sociale sont multiples et variées. Selon certains auteurs, l'innovation consiste en l'introduction de nouvelles façons ou en l'amélioration et le renouvellement des façons en place de faire le travail ou de livrer un service (Landry et coll., 2007).

Ce questionnaire porte sur les innovations dans votre milieu qui visent à améliorer l'accès et la qualité des soins et des services de santé pour les personnes marginalisées.

Décrivez les innovations mises en place dans votre milieu.

1. Décrivez les **circonstances** et les **faits** qui ont mené à la mise en œuvre de ces innovations, la **lacune** ou le **besoin** que ces innovations cherchent à combler les **patients visés**, les **problèmes de soins de santé visés**.

Cliquez ici pour taper du texte.

2. Décrivez le type de **fournisseurs impliqués**, l'**établissement** et l'**emplacement géographique** où sont mises en œuvre ces innovations, les **sources de financement** et précisez la **date de début** de la mise en œuvre.

Cliquez ici pour taper du texte.

3. Décrivez en quoi les **pratiques identifiées sont différentes** de ce qui se fait habituellement.

Cliquez ici pour taper du texte.

4. Quels sont les facteurs **qui ont facilité** et ceux **qui ont nui** à la mise en œuvre de ce type d'innovations?

Cliquez ici pour taper du texte.

5. Quels sont les **défis** et les **enjeux** rencontrés dans la mise en œuvre de ces innovations et ceux à venir?

Cliquez ici pour taper du texte.

6. Quels sont les **avantages** et les **retombées** de cette innovation sur l'état de santé des patients et sur leur expérience?

Cliquez ici pour taper du texte.

7. Précisez si les pratiques innovantes mises en œuvre dans votre milieu sont **applicables et transférables** dans d'autres milieux de soins et à **quelles conditions**.

Cliquez ici pour taper du texte.



## ANNEXE 4 — Description de trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de proximité aux personnes marginalisées

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
HISTORIQUE		
<p>Idéation du projet vient du Département de médecine sociale et préventive (DMSP) de la Faculté de médecine de l'Université Laval (UL) auquel se sont rapidement joints d'autres Facultés et de nombreux partenaires du réseau de la santé (notamment CSSS Vielle-Capitale) et du milieu communautaire.</p>	<p>Vers 2010, réflexion sur une collaboration entre des organismes communautaires (Centre Le Havre et Point de Rue), le CSSS Trois-Rivières et le Centre de réadaptation en dépendance (Domrémy) devant le constat que plusieurs personnes aux prises avec des enjeux d'affiliation sociale n'ont pas accès aux soins conventionnels et que les travailleurs et travailleuses de rue ne pouvaient pas répondre aux problématiques de santé de cette population restant ainsi sans ressource. Début de l'équipe itinérance au CSSS en 2010 qui donne des services initialement au Centre Le Havre. En 2012, une étude du CRDI propose d'ajouter des soins médicaux à l'offre de services de l'équipe itinérance et l'idée d'ajouter une équipe de soins de proximité émerge pour compléter les services donnés par l'équipe itinérance.</p>	<p>Devant des besoins importants, la Maison du Père a engagé une infirmière sans lien avec le CSSS, car initialement aucune ressource n'avait été consentie.</p>
<p>Dans cette phase d'idéation, deux personnes ont joué un rôle clé à l'origine du projet, un médecin spécialiste en santé publique chef du Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval et un médecin urgentologue détenant une maîtrise en santé publique, chargé de cours à la Faculté de médecine et chercheur au CSSS Vielle-Capitale. Ce dernier a eu le mandat de développer le projet et il est devenu par la suite le président de la clinique SPOT-CCSE.</p>	<p>En 2013, début de l'initiative d'une structure interorganisationnelle et un médecin devient porteur du projet. Ce médecin de famille avait travaillé entre 1998 et 2000 comme travailleur de rue dans un organisme communautaire, le Centre régional de prévention de la criminalité dont le coordonnateur est actuellement le directeur général de l'organisme communautaire Point de Rue.</p>	<p>Par la suite en 2013, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdM) avait la volonté de changer l'enseignement de la médecine suite aux constats : 1) de personnes marginalisées qui indiquaient que les médecins ont des préjugés et que le réseau de la santé ne répond pas à leurs besoins, 2) que les étudiants en médecine ne sont pas suffisamment formés aux réalités des populations vulnérables. La décision a été de débiter avec des projets pilotes au sein des Unités de médecine familiale liées à la Faculté de médecine de l'UdM. l'Unité de médecine familiale (UMF) des Faubourgs a été identifiée.</p>
<p>En 2012 et 2013, consultation et mobilisation de différents acteurs (rencontres, étude de besoins, groupes de discussion, etc.).</p>	<p>En janvier 2014, début de la prestation de soins par l'équipe de soins de proximité à Point de Rue et au Centre Le Havre.</p>	<p>Le médecin responsable à l'UdM des soins de proximité a initié le projet avec l'UMF des Faubourgs et des médecins résidents volontaires. Une cartographie des organismes communautaires a été réalisée et la Maison du Père a été retenue pour y débiter le projet en 2016.</p>
<p>En mai 2013, embauche d'une chargée de projet (organisatrice communautaire).</p>		<p>Ensuite, ce médecin est devenu chef de service du volet itinérance/modèle de proximité dans la Direction dépendance et santé mentale du CSSS. Actuellement, l'implication de l'infirmière et des médecins à la Maison du Père provient de l'équipe itinérance.</p>
<p>En février 2014, fondation de l'OBNL après avoir envisagé diverses options. En juin 2014, démarche de structuration du volet recherche et évaluation entreprise par un professeur du DMSP de la Faculté de médecine de l'Université Laval et par la future coordonnatrice recherche, tous deux mandatés par le CA.</p>		<p>Depuis 2017, l'équipe est en train de répliquer le projet dans d'autres refuges à Montréal comme Bono (prévu en 2017) et Bon accueil où il y a déjà une infirmière de l'équipe itinérance sur place. Pour les refuges qui ont une infirmière de l'équipe itinérance sur place, possibilité de consulter des médecins dans la rue et d'obtenir des rendez-vous dans des CLSC.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>En novembre 2014, début de l'offre de soins avec médecins, en décembre 2014 avec infirmière clinicienne et en janvier 2015, Intégration des dentistes et des stagiaires.</p> <p>Chargée de projet devient la coordonnatrice en février 2015. Embauche d'un pair aidant en avril 2015, de la coordonnatrice recherche-évaluation en septembre 2016, d'une chargée de projet en février 2017.</p>		
MISSION		
<p>Améliorer l'état de santé des personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante, et former une relève professionnelle sensibilisée aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de ces personnes.</p>	<p>Rejoindre les personnes les plus vulnérables du Réseau local de services de Trois-Rivières vivant des enjeux d'inclusion sociale à l'aide d'une offre de services interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle, et ce, dans une optique de santé globale.</p> <p>L'objectif est la réaffiliation par la quête de sens et la santé globale. La raison de consultation est une façon de créer un lien pour réaffilier. La démarche de consultation est en soi une thérapie.</p>	<p>Offrir des soins aux personnes désaffiliées du réseau de santé et graduellement les réaffilier.</p> <p>Faire de la médecine de proximité.</p> <p>Former les résidents du CLSC des Faubourgs à la médecine de proximité.</p> <p>L'objectif final n'est pas le soin comme tel, mais la réaffiliation par les soins et les soins aux personnes réaffiliées. L'initiative vise à se rapprocher des objectifs personnels de la personne.</p>
POPULATION		
<p>Personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire de la ville de Québec, particulièrement dans la Basse-Ville de Québec.</p>	<p>Personnes désaffiliées qui ne sont pas en mesure de consulter dans le réseau de la santé de la ville de Trois-Rivières.</p>	<p>Personnes marginalisées du centre-ville de Montréal.</p>
<p>Personnes qui présentent des problématiques complexes, qui font face à des barrières administratives et organisationnelles dans le réseau et que le réseau parvient peu ou pas à rejoindre.</p>	<p>Vulnérabilité face à la santé globale (présence simultanée de déterminants biologiques, psychologiques et sociaux).</p>	<p>Patients avec des problèmes de santé physique ou mentale qui ne peuvent pas aller vers les cliniques du réseau.</p>
<p>Par exemple, personnes itinérantes ou en situation d'instabilité résidentielle, jeunes de la rue, immigrants, réfugiés et sans statut, personnes dans une dynamique prostitutionnelle, utilisateurs de drogues (notamment</p>	<p>Autodétermination limitée face à la santé (incapacité à utiliser les ressources seules ou personnes nécessitant un accompagnement).</p>	<p>Problèmes de santé nécessitant une évaluation médicale approfondie.</p>
	<p>État de désaffiliation ou rupture sociale (spectre de désaffiliation sociale qui limite l'accès aux soins).</p>	<p>Personnes qui n'ont pas accès à un médecin de famille ou à des cliniques sans rendez-vous.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
injectables), anciens détenus, personnes en situation de fracture sociale ou d'isolement.	Problèmes de santé liés à dix secteurs (santé physique, santé mentale, dépendance, justice, logement, sécurité alimentaire, emploi et sécurité financière, éducation, ITSS, santé autochtone) et à quatre problèmes spécifiques à la clientèle : dépendance, virus de l'hépatite C, santé mentale sphère psychotique ou thymique.	
APPROCHES		
Approche globale et centrée sur la personne qui représente le cœur de l'approche privilégiée.	Des soins de proximité avec une visée de santé globale pour les populations vulnérables.	Perspective de santé globale et de projet de vie.
Accessibilité géographique et sociale, rôle infirmier élargi au cœur de l'offre de soins, réduction des méfaits, rétablissement, collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle, développement du pouvoir d'agir individuel et collectif, advocacy/plaidoyer, éducation à la santé, gestion participative et leadership partagé et action sur les déterminants sociaux de la santé.	<p>Une approche qui vise la réaffiliation et la santé globale. La raison de consultation est un moyen de créer un lien pour réaffilier et elle est une démarche thérapeutique en soi.</p> <p>L'approche est axée sur le projet de vie de la personne. La consultation médicale est accessoire en soi.</p> <p>Une approche interprofessionnelle.</p> <p>Savoir-être humaniste reconnaissant la primauté du lien comme essentiel pour favoriser la santé globale, respectant le rythme de la personne, valorisant la quête de sens et du projet de vie.</p> <p>Communication et collaboration interprofessionnelle/interdisciplinaire.</p> <p>Accessibilité des professionnels de la santé et des services sociaux en assurant une présence dans les milieux où sont les personnes.</p>	<p>Approche qui vise la réaffiliation par les soins et donc le rapprochement aux objectifs personnels de la personne.</p> <p>Travail interprofessionnel et intégration de l'intervention sociale à l'intervention médicale.</p> <p>Approche médicale non centrée sur la maladie.</p> <p>Perspective de cocréation avec les médecins résidents.</p>
SERVICES		
Prestation de soins de santé de première ligne, notamment soins infirmiers, médicaux et dentaires en milieu communautaire.	Soins infirmiers et médicaux, travail de rue, intervention psychosociale communautaire et travail social.	Soins infirmiers actuellement  Médecin à ½ journée par semaine souhaité

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>Présence d'un pair aidant dans tous les points de services.</p> <p>Activités collectives d'éducation à la santé en milieu communautaire, notamment par les stagiaires en nutrition, pharmacie et physiothérapie et par des activités ponctuelles du comité Étudiant.</p> <p>Formation de futurs professionnels : offre de stages en milieu communautaire pour des étudiants en sciences de la santé et activités du comité Étudiant.</p> <p>Présence dans la communauté et contribution au développement d'une communauté solidaire et en action à l'égard des inégalités sociales de santé :</p> <p>Tente de soins lors de la Nuit des sans-abri et de la Fête du Parvis,</p> <p>Roulotte de soins</p> <p>Participation à la Table de concertation en itinérance</p> <p>Participation à la mobilisation à la lutte aux préjugés</p> <p>Activités des comités Étudiant et CPU3S</p> <p>Activités de diffusion des projets de recherche et d'interventions</p> <p>Activités de recherche et d'évaluation.</p>	<p>Évaluation des cas référés par les intervenants psychosociaux des organismes communautaires partenaires (Centre Le Havre et Point de Rue) et collaborateurs (Sidaction, etc.) par l'infirmière; possibilité de recevoir des soins infirmiers la journée même, sinon référence à l'équipe interdisciplinaire qui évalue les personnes.</p>	<p>Formation de résidents de l'UMF des Faubourgs souhaitée une fois le projet bien en place.</p>

#### ACCÈS AUX SERVICES ET DÉROULEMENT

<p><b>Heures d'ouverture et lieux :</b></p> <p>Archipel d'Entraide — lundi, 12 h 30 – 15 h 30</p> <p>Maison Dauphine — mardi, 16 h 30 – 19 h 30</p> <p>Relais d'Espérance — mercredi, 12 h 30 – 15 h 30</p> <p>Maison Revivre — jeudi, 12 h 30 – 15 h 30</p> <p>Point de Repères — vendredi, 12 h 30 – 15 h 30</p> <p>Possibilité de « roulotte de soins ». Pour choisir ces lieux, une grille d'analyse pour le choix des organismes communautaires a été produite et le choix a été soumis aux membres et partenaires de SPOT-CCSE</p>	<p><b>Heures d'ouverture et lieux :</b> 2 jours/semaine dans les organismes communautaires Point de Rue et Centre Le Havre à Trois-Rivières.</p> <p><b>Accès :</b> gratuit. Les personnes rejointes n'ayant pas de carte d'assurance maladie ont accès aux soins, mais elles seront accompagnées pour les démarches d'obtention de la carte par les intervenants psychosociaux de l'équipe itinérance et des organismes partenaires.</p>	<p><b>Heures d'ouverture et lieux :</b> clinique médicale à la Maison du Père tous les mercredis.</p> <p><b>Accès :</b> services gratuits à la suite d'un triage préalable par les intervenants de la Maison du Père et les infirmiers de la Maison du Père et du CIUSSS. Possibilité pour les participants de la Maison du Père de rejoindre un intervenant de la Maison du Père en tout temps.</p>
--	--	--

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p><b>Soins infirmiers et médicaux :</b> lundi au vendredi. Soins dentaires : deux mercredis par mois. Consultation avec psychologue : 8 heures par mois sous forme de projet exploratoire. Des services en ophtalmologie, physiothérapie, yoga et des consultations avec des travailleurs sociaux et des psychologues sont envisagés.</p> <p><b>Accès :</b> avec ou (surtout) sans rendez-vous, gratuit avec ou sans carte d'assurance maladie. La majorité des personnes semblent référées par des organismes communautaires et par des intervenants du réseau (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et intervenants des centres jeunesse). Le bouche-à-oreille fait aussi de plus en plus son œuvre. Possibilité pour les citoyens et intervenants de rejoindre l'infirmière clinicienne directement par cellulaire, texto et courriel, ainsi que le pair aidant via courriel et téléphone. Les points de services sont ouverts à tout le monde ciblé par la mission de SPOT-CCSE et pas uniquement aux participants habituels du groupe communautaire où se déroule le bloc de soins.</p> <p><b>Déroulement :</b> la personne est référée ou accompagnée ou non par exemple d'un intervenant d'un groupe communautaire ou d'un travailleur social du CIUSSS et se présente à un des cinq points de services de SPOT-CCSE qui se trouvent dans des groupes communautaires. Le pair aidant accueille la personne et discute avec elle. L'infirmière clinicienne pivot rencontre toujours la personne accompagnée des personnes présentes lors de la clinique (médecin ou étudiants). Elle peut communiquer par téléphone au médecin de garde si celui-ci n'est pas présent sur place. Au besoin, si la personne le souhaite, le pair aidant et/ou la personne qui accompagne peut être présente à l'entrevue. Le pair aidant peut accompagner</p>	<p><b>Déroulement :</b> la population cible est d'abord identifiée par les intervenants des organismes communautaires partenaires et des collaborateurs. Ils évaluent dans un premier temps leur capacité à consulter les services du réseau de santé conventionnel. S'ils ont la capacité, ils seront référés vers les services conventionnels. Dans le cas contraire, ils seront dirigés vers l'infirmière de l'ÉSPTR ou directement à l'équipe à l'aide d'un formulaire de référence incluant un consentement écrit de l'usager. L'infirmière de l'ÉSPTR, après évaluation les mercredis ou jeudis, peut référer les personnes rejointes au réseau conventionnel ou à l'ÉSPTR pour évaluation médicale si jugée pertinente. Aussi, elle peut offrir des soins infirmiers directement lors de son évaluation. Le jeudi matin, l'ÉSPTR (l'infirmière, des intervenants de Point de Rue et du Centre Le Havre, le médecin, l'infirmière en dépendance et la travailleuse sociale de l'équipe itinérance) discute 1) des personnes vues la semaine précédente par le médecin afin que les intervenants de Point de Rue et du Centre le Havre puissent faire le suivi, 2) des personnes vues au cours de la semaine afin de déterminer quelles seront les références, 3) des personnes qui pourraient être vues la semaine suivante.</p> <p>Dans les situations où les problèmes de santé vécus par les personnes rejointes par l'ÉSPTR sont très complexes et affectent plusieurs dimensions de la santé de la personne (bio, psycho, social, judiciaire, dépendance, etc.) et que la personne désire entreprendre une démarche dans le sens de sa santé, l'ÉSPTR peut remplir avec la personne au fil des suivis le Plan d'intervention intégré interprofessionnel de proximité (PIIP) qui propose de travailler sur la santé globale et le projet de vie de la personne. Enfin, l'infirmière utilise un outil de gestion clinique pour faciliter les suivis.</p>	<p><b>Déroulement :</b> un triage est effectué par un intervenant de la Maison du Père auprès des personnes qui souhaitent recevoir des soins, mais aussi auprès des personnes malades qui ne demandent rien. L'intervenant voit si la personne est en mesure de consulter dans le réseau ou non. Chaque mardi, l'intervenant de la Maison du Père, l'infirmière de la Maison du Père et l'infirmier du CIUSSS échangent sur les personnes vues par l'intervenant et identifient celles qui seront vues à la clinique médicale le lendemain et les personnes qu'ils peuvent rediriger vers le réseau et d'autres corridors de services déjà existants. Lors de la rencontre avec le médecin, l'intervenant de la Maison du Père peut accompagner la personne.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>la personne vers d'autres ressources pour l'aider dans ses démarches et assurer un suivi en dehors des consultations (par exemple visite à domicile, accompagnement en milieu hospitalier).</p> <p>Rencontre de l'équipe clinique (médecin répondant, infirmière et pair aidant) aux deux semaines.</p>		
ÉQUIPE		
<p><b>Équipe de soins :</b> 1 infirmière clinicienne (ajout ½ poste à partir de septembre 2017) et 1 pair aidant toujours présent lors des cliniques (20 heures/semaine).</p> <p>8 médecins présents sur place ou par téléphone (total de 20 heures par semaine), 5 dentistes (deux professeurs et trois en pratique privée). Psychologue avec projet pilote de deux blocs horaires par mois à partir de mars 2017.</p> <p>Avec contribution d'étudiants de pharmacie, de sciences infirmières, de médecine familiale, de psychologie et de nutrition, etc.</p> <p>Étudiants en physiothérapie à l'hiver/printemps 2017, sage-femme printemps 2017, communication publique été 2017, médecine dentaire, service social et psychiatrie à venir.</p> <p><b>Autres membres de l'équipe :</b> 1 coordonnatrice générale (organisatrice communautaire), 1 coordonnatrice de la recherche-évaluation, 1 chargée de projet.</p>	<p><b>Équipe de soins :</b> 1 infirmière clinicienne du Département de santé mentale et dépendances du CIUSSS-CMQ, 4 médecins de famille (CIUSSS-CMQ), 1 intervenante psychosociale communautaire (Centre Le Havre), 1 travailleuse de rue (Point de Rue), 1 travailleuse sociale de l'équipe itinérance du Département de santé mentale et dépendances du CIUSSS MCQ.</p>	<p><b>Équipe de soins :</b> 1 Infirmière clinicienne (MdP) à temps plein et 1 infirmier clinicien (CIUSSS) à temps partiel.</p> <p>Le projet souhaite avoir des médecins de l'UMF-GMF du CLSC des Faubourgs et des médecins résidents.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<b>FORMATION</b>		
<p>SPOT-CCSE a une double mission de soins et d'enseignement, et ce, dès ses débuts.</p> <p>Formules de stage variées selon les disciplines, mais avec une présence attendue dans le milieu de vie pour amener les étudiants à offrir des soins qui vont au-delà de la seule prestation individuelle, par exemple l'importance de l'accueil et de l'écoute. SPOT-CCSE souhaite contribuer à la formation de futurs professionnels sensibilisés aux enjeux sociaux et aux besoins de santé de la population fréquentant SPOT et habiletés à offrir des soins de première ligne axés sur une vision de santé globale. Les étudiants peuvent être amenés à réaliser d'autres tâches que celles liées à la clinique par exemple des échanges avec des professionnels et des étudiants d'autres disciplines, activités d'éducation à la santé, promotion de SPOT, etc.</p> <p>SPOT offre un milieu de stage ayant ses particularités comme la complexité des parcours de vie des personnes, le type de soins offerts, la présence d'un rôle infirmier élargi, la contribution d'un pair aidant qui fait pleinement partie de l'équipe de soins, l'apport des intervenants communautaires, une supervision directe par l'infirmière pour les stages en sciences infirmières. Supervision croisée par l'infirmière pour les étudiants en pharmacie et les résidents en médecine familiale. Supervision croisée et cosupervision par la coordonnatrice et la chargée de projet pour les étudiants en psychologie, nutrition, physiothérapie, sage-femme, etc.</p> <p>Une heure d'enseignement/rétroaction suit chaque bloc de trois heures de prestation de soins.</p>	<p>Initialement, la direction de l'enseignement de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal-campus Mauricie était présente, mais elle s'est retirée lors des réflexions initiales pour la mise sur pied du projet.</p> <p>Cours sur les soins de proximité de trois heures pour les résidents en médecine familiale de l'Unité de médecine familiale (UMF) de Trois-Rivières et présentation aux infirmières du baccalauréat en soins infirmiers de l'Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Stage obligatoire de médecine de proximité de quatre jours au total sur une période de deux ans de formation pour les résidents en médecine familiale de l'UMF de Trois-Rivières</p> <p>Stage optionnel d'un mois en santé de proximité, pénale et interculturelle pour les résidents en médecine familiale et en santé publique pour les quatre Facultés de médecine au Québec.</p>	<p>L'initiative est venue de l'UdM avec le souhait de développer l'enseignement dans le cadre de la résidence en médecine familiale, ce qui a permis le démarrage.</p> <p>Pour la phase de démarrage actuelle, l'attention a été mise avant tout sur la prestation des soins tout en impliquant des médecins résidents. Actuellement, l'organisation des soins de santé est centrale au projet et certains résidents y participent.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<b>STRUCTURE ET GOUVERNANCE</b>		
<p><b>Type d'organisation :</b> organisme sans but lucratif depuis février 2014 et organisme de charité depuis novembre 2014.</p> <p><b>Conseil d'administration :</b> SPOT-CCSE met l'accent sur la gestion participative et le leadership partagé dans sa gouvernance.</p> <p>CA autonome et indépendant du réseau public et constitué de 9 personnes : 2 représentants des étudiants, 2 représentants des personnes ciblées par l'offre de soins, 1 représentante des organismes communautaires, 1 représentante des autres organisations et 3 citoyens membres sympathisants.</p> <p><b>Assemblée générale annuelle</b> avec 89 membres en règle en juin 2017 (pas besoin d'être membre pour recevoir des soins ou pour être partenaire).</p> <p><b>Comités</b> Comité des personnes utilisant les soins et services de SPOT (CPU3S), Comité recherche et évaluation, comité Étudiant, Comité développement des soins et de l'enseignement (ce dernier comité doit être mis en place).</p>	<p><b>Type d'organisation :</b> plateforme interorganisationnelle sans structure enregistrée. Cette organisation relève administrativement du CIUSSS MCQ, mais les responsabilités opérationnelles sont partagées entre le CIUSSS MCQ et les organismes communautaires Centre Le Havre et Point de Rue.</p> <p><b>Comité :</b> un comité opérationnel formé du CIUSSS CMQ et des deux groupes communautaires Centre Le Havre et Point de Rue qui assume la gestion opérationnelle de l'ÉSPTR.</p>	<p><b>Type d'organisation :</b> Clinique créée et organisée par les médecins du CLSC des Faubourgs et l'équipe de la MdP.</p> <p><b>Comité :</b> DG de la MdP, coordonnatrice des intervenants de la MdP, intervenante pivot de la MdP, infirmière MdP, infirmier CIUSSS, chef de programme des équipes itinérance adulte du CIUSSS, 2 médecins de famille du CLSC des Faubourgs, 1 résidente de l'UMF des Faubourgs.</p>
<b>PARTENAIRES</b>		
<p>19 organismes communautaires officiellement membres et une quinzaine d'autres organismes communautaires partenaires.</p> <p>5 organismes communautaires prêtant les locaux.</p> <p>Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ) et plusieurs de ses 36 groupes communautaires membres.</p> <p>Institutions de soins (CIUSSS Capitale-Nationale).</p>	<p>CIUSSS MCQ.</p> <p>Organismes communautaires Centre le Havre et Point de Rue.</p> <p>Équipe itinérance de Trois-Rivières.</p> <p>Collaborations en développement : SIDAction</p>	<p>Maison du Père.</p> <p>Université de Montréal.</p> <p>CIUSSS Centre-Sud/UMF-GMF des Faubourgs.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>Cinq Facultés de l'Université Laval (sciences infirmières, médecine, pharmacie, sciences sociales et médecine dentaire) et l'École de nutrition.</p> <p>Autres partenaires de la communauté, par exemple Centraide Québec Chaudière-Appalaches, Office municipal d'habitation de Québec, Clinique Réseau</p> <p>La Cité-Limoilou, etc.</p>	<p>Établissement de détention de Trois-Rivières, Service de probation,</p> <p>Maison Radisson de Trois-Rivières,</p> <p>Office municipal d'habitation de Trois-Rivières</p>	

### FINANCEMENT

<p>CIUSSS de la Capitale-Nationale pour l'infirmière clinicienne (notamment à partir du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020).</p> <p>CIUSSS de la Capitale-Nationale a fourni des locaux pour l'administration de SPOT de 2012-2016. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale procure les fournitures médicales. Depuis décembre 2016, SPOT a ses propres locaux en milieu communautaire avec un soutien financier du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour ceux-ci.</p> <p>Centraide Québec assume une bonne partie du salaire de la coordonnatrice.</p> <p>Fondations privées assument le salaire du pair aidant (28 h heures par semaine), de la roulotte de soins, de la coordonnatrice recherche-évaluation, de la chargée de projet, le fonctionnement général et la vie associative.</p> <p>Faculté de médecine UL contribue au salaire de la coordination, de la gestion et du développement des stages, contribution qui doit être renouvelée annuellement.</p>	<p>CIUSSS MCQ pour le prêt de service de l'infirmière clinicienne 2 jours/sem., de la travailleuse sociale 3 heures/sem. et médecins à 2 jours par semaine (1 jour clinique et 1 jour de planification et de concertation intersectorielle).</p> <p>Le Centre le Havre a une intervenante psychosociale communautaire 1 jour/sem. et Point de Rue une travailleuse de rue 4 jours/sem.</p> <p>L'équipement médical a été fourni par le Département de santé mentale et de dépendance du CIUSSS MCQ.</p> <p>Les organismes communautaires Centre le Havre et Point de Rue fournissent quatre locaux pour la prestation de soins et les rencontres d'équipe.</p> <p>Les organismes collaborateurs fournissent à l'occasion de l'accompagnement et s'occupent des références pour les personnes qu'elles rejoignent qui transigent via l'ÉSPTR.</p>	<p>Fondation de la Maison du Père pour une infirmière clinicienne et l'ensemble de l'équipe santé de la Maison du Père.</p> <p>CIUSSS-Centre-sud pour une infirmière clinicienne.</p>
--	--	---

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval contribue au salaire de la coordination de la recherche-évaluation depuis 2014, contribution qui doit être renouvelée annuellement.</p> <p>5 organismes communautaires fournissent les locaux pour dispenser les soins. SPOT loue au besoin la roulotte de la Société Saint-Vincent-de-Paul.</p> <p>Médecins : modalités diverses et prochainement sous entente avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale, en attente d'approbation du MSSS (obtenue en juin 2017). Certains sont parfois rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'autres parfois avec un taux horaire en vertu de statut et privilèges spécifiques de pratique clinique octroyés par le MSSS. Tous sont à différents degrés aussi impliqués de façon humanitaire/bénévole. Les dentistes sont impliqués de manière humanitaire.</p> <p>Dentistes : humanitaires.</p> <p>Plusieurs autres partenaires qui contribuent de diverses façons (en argent et en dons de fournitures) : INFO-DATA (dossier médical électronique), Clinique dentaire Lefrançois, CHUL, Fondation Famille Dallaire, Fonds Groupe Fleury/Pharmacie Brunet, Patterson Dentaire, Sunstar, Novadent, INSPQ/RRSPQ, Facultés, Caisse d'économie solidaire Desjardins, événement-bénéfice/dons en argent et en nature.</p>		
<b>RECHERCHE</b>		
<p>Établissement de partenariats et de collaborations de recherche structurants entre SPOT, la Fondation du CSSS de la Vieille-Capitale devenue Fondation santé et services sociaux Vieille-Capitale, le Département de</p>		<p>À venir</p> <p>Possibilité d'une recherche par un étudiant à la maîtrise en anthropologie médicale.</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
<p>médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine UL, des chercheurs et le Regroupement stratégique ISS-SPL (Regroupement stratégique sur les inégalités sociales de santé et les services de première ligne (ISS-SPL) du Réseau de recherche en santé des populations du Québec.</p> <p>La constitution d'un Comité recherche et évaluation paritaire et la réalisation de projets d'études. Poste de coordonnatrice de la recherche-évaluation.</p>		
PROMOTION/RECRUTEMENT		
<p>Promotion : logo, plan et politique de communication, affiches et feuillets promotionnels, site Internet, Facebook, bulletins de liaison, vidéo, babillards électroniques, présentations, kiosques, participation à de nombreux événements, t-shirt, communiqués de presse au besoin, rapport annuel d'activités, réseautage, entrevues médias.</p>	<p>Participation à des activités informelles avec les différents partenaires (travailleurs de rue (Bake-o-thon, collaboration internationale), communautés autochtones (lancement centre de santé autochtone La Tuque), partenaires médicaux (party Noël).</p> <p>L'enseignement a grandement contribué au recrutement médical.</p> <p>Refus de médecins qui voulaient rejoindre l'équipe dans l'attente de l'ouverture de nouvelles équipes de soins de proximité de Drummondville et de Shawinigan.</p>	<p>Recrutement de médecins à travers les résidents graduant.</p>
DÉFIS RENCONTRÉS		
<p>Offrir un parcours de soins cohérent/complémentaire avec les autres organismes (enjeux de confidentialité et partage de l'information).</p> <p>Contexte de compétition relative pour le financement qui peut nuire à la collaboration interorganisationnelle. Défi de pérennité du financement.</p> <p>Défi d'accès aux services de 2<sup>e</sup> ligne, notamment en santé mentale. Projet pilote avec psychologue à temps partiel dès mars 2017.</p>	<p>Notion de confidentialité et d'échange d'informations entre l'équipe et les autres équipes institutionnelles et communautaires.</p> <p>Créer un espace de continuité pour l'ensemble des milieux rejoignant les populations marginalisées dans chacun des espaces cliniques de chacun des secteurs de soins, des outils de communication interprofessionnelle sécurisés permettrait l'échange d'informations cliniques adaptées aux réalités de l'intervention dans la communauté.</p>	<p>Ordonnances collectives.</p> <p>Communication des informations sur les usagers (service santé de la Maison du Père vs infirmière du CIUSSS).</p> <p>Mission première de la Maison du Père par rapport au rôle de soins et santé.</p> <p>Synchronisation des visions et façons de penser différentes entre les médecins et le milieu communautaire (revoir</p>

Clinique SPOT-CCSE	Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)	Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père
Maintenir et développer des espaces de pouvoir pour les personnes ciblées par les soins.	Financement et disponibilité des ressources humaines communautaires et institutionnelles.	missions et valeurs et trouver une façon commune de travailler).
Enjeux de mobilisation des patients/citoyens.	Disparité des optiques d'intervention des différents acteurs du projet. Relation d'être vs relation thérapeutique, répression vs réduction des méfaits, intervention en santé globale vs intervention restreinte et ponctuelle, intervention urgente vs longitudinale.	Réelle collaboration interprofessionnelle et sortir du cadre traditionnel de la médecine.
Clarification du rôle de pair aidant.	Reconnaissance du partage de mandat par la 2 <sup>e</sup> ligne (gastro/infectio) du traitement de l'hépatite C avec développement d'une culture de collaboration afin de supporter le traitement ambulatoire de proximité pour la clientèle marginalisée.	Manque de soutien des collègues médecins qui ne croient pas à ce genre d'initiatives.
Statut de SPOT qui peut soulever de la méfiance (communautaire vs réseau de la santé vs universitaire).	Définition de la clientèle rejointe par le biais d'un filtre clinique assumé par les intervenants psychosociaux, l'infirmière et le médecin.	Désengagement et fatigue des médecins (loi 20); recrutement difficile de médecins.
Populations non rejointes : personnes les plus désaffiliées, femmes et personnes immigrantes.	Notion de pertinence clinique.	Équipe santé déjà en place questionne les rôles et responsabilités dans le projet. Défi de ne pas dédoubler les services, les rôles et les responsabilités des infirmières relevant de la Maison du Père et du CIUSSS.
Lourdeur de la reddition de comptes aux partenaires et petitesse de l'équipe. Organisation des soins dentaires coûteuse et complexe, et besoins criants.	Problématique en ce qui concerne la priorisation et de l'évaluation de l'urgence des demandes de soins par les acteurs de santé et par les personnes rejointes.	Exigences du réseau (ex. : papiers à remplir).
Intégration harmonieuse des projets de recherche-évaluation. Donner à SPOT un rôle de plaidoyer.	Trou de service entre la première ligne est l'approche de soins de proximité (peu de lieux de référence en 1 <sup>re</sup> ligne).	Présence de deux types d'infirmières : une infirmière du CIUSSS qui a des ressources et une infirmière engagée par la Maison du Père qui ne bénéficie pas des ressources du CIUSSS, qui n'a pas de supervision et qui ne partage pas les mêmes dossiers que l'infirmière du CIUSSS.
Maintien de l'équilibre enseignement et soins.	Formation des intervenants sociaux au dépistage des problèmes de santé et de la réponse à apporter (réseau ou équipe).	S'insérer dans une perspective de projet de vie.
Retard de l'intégration de soins et enseignement en psychiatrie et sciences sociales.	Ne pas favoriser un désengagement de l'État et maintenir un rôle de passerelle. Loi 20 et recrutement de médecins.	Adaptation des personnes impliquées dans le projet à la clientèle et non l'inverse.
Développer avec les citoyens et citoyennes des activités d'éducation à la santé adaptées.	Approche qui vise des gains humanistes non quantifiables vs logique d'allocation des ressources.	Partage des outils du réseau et de la Maison du Père.

<b>Clinique SPOT-CCSE</b>	<b>Équipe de soins de proximité de Trois-Rivières (ÉSPTR)</b>	<b>Initiative du CLSC des Faubourgs à la Maison du Père</b>
<p>Trouver une approche d'évaluation appropriée, signifiante et utile pour accompagner le développement de l'organisme.</p> <p>Agir en collaboration interorganisationnelle sans affecter sa marge de manœuvre politique.</p> <p>Gestion de la croissance de l'organisme (RH, stagiaire, équipe de soins, etc.) en conservant communion de valeurs et cohérence d'approche.</p> <p>Conserver une équipe de soins stable avec, entre autres, ajout d'un poste d'infirmière à mi-temps.</p> <p>Réaliser des rencontres d'équipe interdisciplinaire (peu de disponibilité des membres de l'équipe).</p> <p>Éviter d'être perçu comme simple fournisseur de services par les groupes communautaires.</p> <p>Enjeu d'inclusion dans l'organisation d'activité où la forme et le contenu peuvent être trop hermétiques (ex. : activités de diffusion recherche. Solutions : avoir des types d'activités variés en format et contenu pour aborder différemment les mêmes éléments.</p>		



## RÉFÉRENCES

Agence de la santé du Canada (2008). *Rapport sur l'état de la santé au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé*, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, Winnipeg, Gouvernement du Canada.

Amar, M., Perry, G., et Michaud, A.-M. (2013). *Étude des besoins et de l'offre de soins de santé et de services sociaux aux populations en situation de vulnérabilité sociale et de santé à Québec*, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Centre affilié universitaire.

Asanin, J., et Wilson, K. (2008). "I spent nine years looking for a doctor" : exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada, *Social Science & Medicine*, vol. 66, n° 6, p. 1271-1283.

Bedos, C., Brodeur, J.-M., Benigri, M., et Olivier, M. (2004). Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 52, n° 3, p. 261-270.

Bernard, P., et Raynault, M. (2004). Inégalités sociales de santé : feux, contre-feux et piliers de bien-être, *Santé, Société et Solidarité*. Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, n° 2, p. 49-58.

Boisvert, R. (2012). *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y!*, Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec, Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Brabant, I. (2015). *Document synthèse de l'évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Direction régionale de santé publique de Montréal.

Brabant, Z., et Raynault, M.-F. (2012). Health of migrants with precarious status : results of an exploratory study in Montreal, part – B, *Social Work in Public Health*, vol. 27, n° 5, p. 469-481.

Browne, A.-J., Smye, V.-L., Rodney, P., Tang, S.-Y., Mussell, B., et O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department, *Qualitative Health Research*, vol. 21, n° 3, p. 333-348.

Bungay, V. (2013). Health care among street-involved women: the perpetuation of health inequity qualitative, *Health Research*, vol. 23, n° 8, p. 1016-1026.

Cameron, B.-L., Carmargo-P., M.-D.-P., Santos-S., A., Bourque-B., R.-L., et Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: a call for nursing action, *Advances in Nursing Science*, vol. 37, n° 3, p. E1-E16.

Campbell, D.-J., Gibson, K., O'Neil, B.-G., et Thurston, W.-E. (2013). The role of a student-run clinic in providing primary care for Calgary's homeless populations' a qualitative study, *BMC Health Services Research*, vol. 13, p. 277.

CHIUS Community Health Initiative by University Students [Page consultée le 8 mars 2016] <http://www.chius.ubc.ca/>

Clément, M., Gélinau, L., McKay, A.-M. (2009). *Proximités. Liens, accompagnement et soin*. Presses de l'Université du Québec.

Community health initiative by university students (CHIUS) (2016), [page consultée le 8 mars 2016], <http://www.chius.ubc.ca/>

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2005). *Réduire les disparités sur le plan de la santé — Rôles du secteur de la santé : orientations stratégiques et activités recommandées*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada.

Commissaire à la santé et au bien-être (2008). *Plan stratégique 2008-2011*, Gouvernement du Québec.

Commission des Déterminants sociaux de la Santé (2008). *Comblé 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, Organisation mondiale de la Santé.

Conseil Canadien de la santé (2006). *Le renouvellement des soins de santé au Canada. Frayer la voie de la qualité*, Toronto, 44 p.

Couffinhal, A. [OMS], Dourgnon, P. [IRDES], Geoffard, P.-Y. [PSE], Grignon, M. [McMaster University], Jusot, F. [IRDES], Lavis, J. [McMaster University], Naudin, F. [CETAF], et Pollon, D. [IRDES], (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen : première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé, *Bulletin d'information en économie de la santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), février 2005, n° 92, p. 1-6.

Creswell, J.-W., et Plano Clark, V.-L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*, Thousand Oaks, CA/London, Sage Publications.

Dubois, N., Brousselle, A., Hassan, G., Laurin, I., Lemire, M., Tchouaket, E., Hauteceur, M., Benhadj, L., Solis, A., Morel, M., et Berbiche, D., (2015). *Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Direction régionale de santé publique, Montréal.

Dugani, S., et McGuire, R. (2011). Development of IMAGINE : A three-pillar student initiative to promote social accountability and interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 25, n° 6, p. 454-456.

Dupéré, S. (2011). *Rouge, jaune, vert et noir : expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

Dupéré, S., O'Neill, M., et De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crisis, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 23, n° 2, p. 781-796.

Fournier, L. (2001a). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, vol. 1, Institut de la statistique du Québec.

Fournier, L. (2001 b). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, vol. 2, Institut de la statistique du Québec.

Gauthier, M., Lacasse, A.-A., et Girard, M. (2011). *Portrait et étude des besoins d'accompagnement de jeunes adultes dans les arrondissements La Cité-Limoilou et Les Rivières de la ville de Québec*, Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation, Culture Société, Observatoire Jeunes et Société.

Gélineau, L., Loudahi, M., Bourgeois, F., Brisseau, N., Potin, R., et Zoundi, L. (2006). Le droit à sa place, *Recherches féministes*, vol. 19, n° 2, p. 125-141.

Holmqvist, M., Courtney, C., Meili, R., et Dick, A. (2012). Student-Run Clinics: Opportunities for Interprofessional Education and Increasing Social Accountability, *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, August, vol. 2, n° 3, p. 264-277.

Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Hyppolite, S.-R., Lauzier, S., Manceau, et L., Lefrançois en collaboration avec Duhoux, A., et Dupéré, S. (2018) *Innovier dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées. Volet 1 : Les innovations mises en œuvre à la clinique SPOT-CCSE et les expériences de personnes utilisatrices*, 103 p.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2016). Plan de Transfert des connaissances\_ gabarit : Pourquoi ?/Qui ?/Quoi ?/Comment ?/Par qui ? *INESSS Le savoir prend forme*.

Khandor, E., Mason, K., Chambers, C., Rossiter, K., Cowan, L., et Hwang, S.-W. (2011). Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada : results from the Street Health survey. *Open Medicine*, vol. 5, n° 2, e94-e103.

La Maison Bleue (s.d.). *La maison bleue*, [page consultée le 25 février 2016], <http://www.maisonbleue.info/>

Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Jbilou, J., Halilem, N., Mosconi, E., et Hammami, H. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale*, Rapport de la revue systématique des écrits, Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation.

Lasser, K.-E., Himmelstein, D.-U., et Woolhandler, S. (2006). Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey, *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 7, p. 1300-1307.

Le Blanc, M.-F., Raynault, M.-F., et Lessard, R. (2012). *Les inégalités sociales de santé à Montréal : le chemin parcouru*, Rapport du directeur de santé publique 2011, Agence de la santé et des services sociaux, Montréal.

Loignon, C., Hudon, C., Goulet, E., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Bush, P., et Grabovschi, C. (2015). Perceived barriers to responsive care for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealthTY project. *International Journal for Equity and Health*, vol. 14, n° 4.

Lombrail, P. (2000). *Accès aux soins* dans Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., et Lang, T. (Eds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, *La découverte*.

Lombrail, P., et Pascal, J. (2010). Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé, dans Potvin, L., Moquet, M.-J., et Jones, C. (sous la direction), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, p. 219-226.

- Malenfant, R., Lévesque M., Jetté, M., et White, D. (2004). *Étude de trajectoires liées à la pauvreté*, (Québec) : Recherches sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail (RIPOST).
- McAll, C., Fortier, J., Ulysse, P.-J., et Bourque, R. (2000). *Se libérer du regard, Agir sur les barrières : points de vue sur la pauvreté à Montréal*, Rapport de recherche soumis au CQRS, Université de Montréal.
- Médecins du monde Canada. (2016). *Projet Montréal*. [Page consultée le 23 mars 2016] <http://www.medecinsdumonde.ca/index.php/nos-interventions/projet-montreal/>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015*, Gouvernement du Québec, Québec.
- Moquet, M.-J., et Lombrail, P. (2010). Introduction dans Potvin, L., Moquet, M.-J., et Jones, C. (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, p. 191-194, [en ligne], <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27480.pdf?Archive=103891392107&File=27480>
- Moore, M-L. et Westley F-R. (2011). Public sector policy and strategies for facilitating social innovation, *Horizons Policy Research Initiative*, 11p.
- Newbold, K.-B., Cho, J., et McKeary, M. (2013). Access to health care: the experiences of refugee and refugee claimant women in Hamilton, Ontario, *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, vol. 11, n° 4, p. 431-449.
- Ocean, C. (2005). *Policies of exclusion, poverty and health: stories from the front*. Duncan (B. C.), Wise Society.
- Patterson, S., Varughese, R., Wang, M., Wu, X., et Kline, L., (2011). *The SHINE clinic: providing dental services for inner-city youth*, J Can Dent Assoc.
- Regroupement de l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ) (2008). *La spirale de l'itinérance au féminin : pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec*, Québec.
- Reid, C. (2004). *The wounds of exclusion: poverty, womens' health, and social justice*, Edmonton AB: Qualitative Institute Press.
- Réseau québécois en innovation sociale. (2011). Définition et processus de l'innovation sociale. Page consultée en 2011 sur le site [www.uquebec.ca/ptc/rqis/node/115](http://www.uquebec.ca/ptc/rqis/node/115)
- Réseau solidarité itinérance du Québec (2006). *Pour une Politique en itinérance, Plateforme de revendications*, Montréal : réseau solidarité itinérance du Québec.
- Ross, L.-E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J.-D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., et Shields, R., (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study, *BMC Family Practice*, vol. 16, p.135.
- Roy, S., Morin, D, Lemétayer, F., et Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*, Montréal.
- Sakamoto, I., Khandor, E., Chapra, A., Hendrickson, T., Maher, j., Roche, B., et Chin, M. (2008). *Homelessness – Diverse experiences, common issues, shared solutions: the need for inclusion and accountability*, Toronto: Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto.

Santé Canada (2001). *Certaines circonstances : équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada, Ottawa.

SEARCH (s.d.). *SEARCH, Student energy in action for Regina community health*, [page consultée le 25 février 2016], <http://searchhealthclinic.com/>

Secrétariat du réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, le groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur les modes de vie sains et le comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2005). *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sain*, Ministre de la santé, Ottawa.

SHINE Youth Clinic (s.d.). *SHINE Youth Clinic, Student health initiative for the needs of Edmonton*, [page consultée le 25 février 2016], <http://www.shineclinic.ca/>.

Shoen, C., Davis, K., DesRoches, C., Donelan, K., et Blendon, R. (2000). Health Insurance Markets and Income Inequality: Findings from an International Health Policy Survey, *Health Policy*, vol. 51, p. 67–85.

Stewart, M., Reutter, L., Makwarimba, E., Rootman, I., Williamson, D., Raine, K., Wilson, D., Fast, J., Love, R., McFall, S., Shorten, D., Letourneau, N., Hayward, K., Masuda, J., et Rutakumwa, W. (2005). Determinants of health-service use by low income people, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 37, n° 3, p. 104-31.

Sous-comité sur la santé des populations du comité sénatorial permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie (2008). *Politiques sur la santé de la population : perspectives internationales*, Ottawa.

SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement. Modèle de soins, de services et d'enseignement, 2014.

SWITCH (2009). *Making a SWITCH : Advancing the health of our community through a student managed wellness centre, 2008/2009*, Annual Report, Saskatoon.

SWITCH (s.d.). *Student wellness initiative toward community health*, [page consultée le 25 février 2016], <http://switchclinic.ca>

Thomson, M.-S., Chaze, F., George, U., et Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations. *Journal of Immigrant Minority Health*, vol. 17, p. 1895-1905.

Williamson, D.-L., Stewart, M.-J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Raine, K., Reutter, L., Rootman, I., et Wilson D. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: implications for health care reform, *Health Policy*, vol. 76, n° 1, p.106-121.

WISH Clinic (s. d.). *WISH Clinic, Winnipeg interprofesional student-run health clinic*, [page consultée le 25 février 2016], <https://wishclinic.ca/>

Wu, Z., Penning, M.-J., et Schimmele, C.-M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs, *Canadian Journal of Public Health*, September-October 2005, p. 369-373.

