



# Innovation en soins primaires

La responsabilité sociale à l'œuvre



THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

# Table des matières

Introduction	1
Clinique mobile : Proposer des pratiques de guérison traditionnelles et contemporaines à la population du Traité n° 1	2
Programme de compétences avancées H2SUM (VIH, hépatite virale, usage de substance et santé mentale) de l'Université de la Colombie-Britannique	4
Faire entendre notre voix : Un résumé de deux sites éphémères et un appel urgent pour des abris chauffés et des sites de prévention des surdoses en Alberta	6
Programme Med Gateway de l'Université Memorial de Terre-Neuve	9
La prestation de ressources et de soutien pour les fournisseurs de soins de santé qui prennent en charge une patientèle transgenre et de diverses identités de genre	12
Le Programme PEACH (Palliative Education And Care for the Homeless)	15
Le Projet TRANS : Recherche transgenre et navigation Saskatchewan	18
Trees for Hamilton	21
Wellness Wheel : Une initiative communautaire visant à améliorer l'accès aux soins dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan	24
Conclusion	28
Autres innovations	29

## Légende

Enseignement			Recherche		
Soins cliniques			Plaidoyer		

© 2023 Le Collège des médecins de famille du Canada  
Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après.  
Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.  
Pour citer ce document :  
Collège des médecins de famille du Canada.  
*Innovations en soins primaires : La responsabilité sociale à l'œuvre.*  
Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2023.



# Introduction

[Des soins socialement responsables](#) sont guidés par des valeurs telles que l'équité, l'absence de discrimination et les soins centrés sur la personne, qui sont toutes au cœur de la médecine de famille et qui visent à répondre aux besoins sanitaires et sociaux particuliers des groupes marginalisés et mal desservis.

Il a été démontré que les soins socialement responsables, fournis par l'intermédiaire d'une connexion avec [un centre de médecine de famille](#) et un [voisinage médical du patient](#), sont plus intégrés et tiennent compte des traumatismes, ce qui conduit à meilleur accès aux services, à une plus grande observance au traitement de la part de la patientèle, à une meilleure satisfaction des besoins et à une amélioration des résultats cliniques.

Bien que la responsabilité sociale soit au cœur de la médecine de famille, elle nécessite des systèmes de santé et des structures organisationnelles qui facilitent de tels soins. Malheureusement, les travailleurs et travailleuses de la santé de première ligne peuvent par inadvertance perdre de vue cette priorité importante lorsqu'ils sont confrontés à des exigences insurmontables en matière de temps, d'énergie et de ressources.

Néanmoins, les médecins de famille peuvent s'inspirer de leurs pairs de tout le pays qui ont trouvé des moyens de préserver cette partie importante de leur identité, de surmonter les obstacles, et de donner vie aux soins socialement responsables qu'ils fournissent et qui, en plus d'améliorer les résultats en santé, apportent un sens et un objectif qui renforcent leur satisfaction et leur bien-être au travail. Leur travail en amont afin de mieux soutenir les groupes mal desservis peut renforcer la santé de la population, réduire la pression sur les systèmes de santé surchargés et renforcer la résilience face aux menaces futures pour la santé (entre autres les événements climatiques graves et les pandémies). Le fait de considérer l'importance des interventions aux niveaux\* micro (clinique), méso (communauté), et/ou macro (politiques et santé publique) peut permettre aux cliniciens occupés de se reconnaître dans ce travail.

Les exemples suivants illustrent comment les médecins de famille de tout le Canada parviennent à préserver l'esprit des soins socialement responsables face aux exigences croissantes du système et à l'épuisement professionnel des médecins.

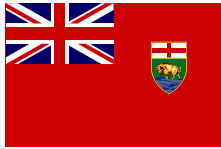
Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Pratiquer la responsabilité sociale – De la théorie à l'action. *Le Médecin de famille canadien*. 2016;62(1):24-27. Consulté le 1<sup>er</sup> mai 2023.

<https://www.cfp.ca/content/62/1/24>



# Clinique mobile :

## Proposer des pratiques de guérison traditionnelles et contemporaines à la population du Traité n° 1



### Les professionnels responsables du projet

Lisa Goss, D<sup>r</sup> Alex Singer, D<sup>r</sup> Barry Lavallee, D<sup>re</sup> Camisha Mayes, D<sup>re</sup> Kathy Kisil, Della Herrera et Arle Jones

Le Collège des médecins de famille du Manitoba (CMFM), Max Rady College of Medicine, Manitoba Primary Care Research Network, Keewatinohk Inniniw Minoayawin, Aboriginal Health & Wellness Centre of Winnipeg, Access Downtown, Office régional de la santé de Winnipeg, l'Unité de soutien à l'innovation de l'Université de la Colombie-Britannique, Office of Research and Quality Improvement (OR&QI) du département de médecine familiale de l'Université du Manitoba et membres de la communauté

### Les aspects à améliorer

Les citoyens les plus vulnérables qui vivent au centre-ville de Winnipeg et à proximité avaient besoin d'un meilleur accès aux vaccins contre la COVID-19 et à d'autres services de soins primaires qui répondent à leurs besoins, là où ils vivent. Ces personnes vivaient notamment dans des campements d'itinérance, des abris d'autobus, des épiceries, des hôtels du centre-ville, des centres de réchauffement et des refuges.

### Les réalisations

Le CMFM a collaboré avec les membres de la communauté pour concevoir un programme visant à répondre aux besoins des résidents. À cette fin, il a animé virtuellement un atelier de cartographie des soins primaires et communautaires en matière d'immunisation (immPACC). La cartographie immPACC comporte trois étapes : la préparation, la

cartographie et la rétroaction. Au cours de la séance, les communautés ont exploré collectivement la façon dont elles pouvaient s'attaquer aux obstacles structurels à l'adoption de l'immunisation.

Les personnes activement impliquées dans la planification de l'immunisation ont eu recours à une démarche axée sur les patients pour créer un prototype des options et voir comment les idées pourraient mieux être mises à contribution pour les populations cibles. Les commentaires recueillis lors de la séance de cartographie immPACC ont permis à la communauté d'agir pour créer un service mobile de soins primaires.

Pour en savoir plus sur la cartographie immPACC, voir la vidéo d'introduction générale à <https://www.youtube.com/watch?v=XKI2oDH8axQ>.

La clinique mobile s'est déplacée dans le centre-ville de Winnipeg et ses environs et a administré la vaccination contre la COVID-19 à la population du Traité n° 1, ainsi que d'autres services de soins primaires, tels que le traitement des plaies.

## Les résultats

Les premières observations indiquent que la méthode de cartographie immPACC a permis d'accélérer et d'orienter l'intervention communautaire visant à renforcer l'immunisation au sein des peuples du Traité n° 1 dans des endroits où le taux de vaccination était faible.

## Les principaux obstacles

- Travailler en réseau avec plusieurs organisations afin de recruter du personnel et d'acquérir des ressources matérielles pour soutenir la clinique mobile ;
- Comprendre les habitudes de déplacement quotidien des habitants des zones ciblées afin de positionner la clinique mobile pour la rendre aussi accessible que possible, et trouver un moyen de transport vers la clinique pour les habitants qui en avaient besoin ;

- Organiser des suivis et des bilans de mieux-être avec l'aide d'autres organismes qui savaient comment localiser les patients ;
- Recueillir des données afin d'assurer un financement durable des services de soins primaires.

## Les messages à retenir

La pandémie a mis en évidence le manque de services équitables, axés sur les patients et peu contraignants dans de nombreuses communautés. Les services doivent aller à la rencontre des gens là où ils vivent.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

Lisa Goss, Le Collège des médecins de famille du Manitoba

Courriel : [lgoss@mcfp.mb.ca](mailto:lgoss@mcfp.mb.ca)

N° de téléphone : 204-218-8139

## Ressources/liens vers d'autres renseignements :

immPACC

<https://www.youtube.com/watch?v=XKI2oDH8axQ>

AHWC

[Aboriginal Health & Wellness | www.ahwc.ca](http://www.ahwc.ca)

# Programme de compétences avancées H2SUM

(VIH, hépatite virale, usage de substance, et santé mentale)  
de l'Université de la Colombie-Britannique



## Les professionnels responsables du projet

Val Montessori, Silvia Guillemi, Edward Rooke, David Hall, Tina Webber, Cathy Puskas

Clinical Education and Training Program,  
BC Centre for Excellence in HIV/AIDS,  
Vancouver Department of Family and  
Community Practice, Autorité sanitaire  
Vancouver Coastal, Programme de  
compétences avancées de l'Université  
de la Colombie-Britannique

## Les aspects à améliorer

De nombreux médecins de famille se sentent mal outillés pour prendre en charge des patients ayant des besoins complexes en santé sans une formation complémentaire qui aborde la complexité et l'interaction entre les aspects cliniques et sociaux des soins. Ces besoins complexes sont le résultat de comorbidités et d'expériences de stigmatisation, de colonialisme, de traumatisme, de vulnérabilité et de marginalisation. Une possibilité a été identifiée pour améliorer les compétences, les comportements, l'autoréflexion critique et la confiance des médecins de famille qui travaillent avec des populations marginalisées et vulnérables de la Colombie-Britannique.

## Les réalisations

Le programme de compétences avancées H2SUM (VIH, hépatite virale, usage de substance, et santé mentale) de l'Université de la Colombie-Britannique a été créé pour mieux outiller les médecins de famille par l'entremise d'un préceptorat intégré de troisième année (R3) et centré sur cinq piliers d'apprentissage : VIH, hépatite virale, santé mentale,

médecine en toxicomanie et soins culturellement sécuritaires empreints d'humilité. Les apprenants deviennent des fournisseurs de soins culturellement sécuritaires offerts avec humilité grâce à des réflexions, à la consignation de ces réflexions et à des discussions avec des mentors. Ils sont également soutenus dans la formulation de jalons propres à leurs besoins d'apprentissage individuels.

Les deux principaux sites de formation clinique du programme sont la clinique John Ruedy et la clinique Hope to Health, qui offrent toutes deux des soins interdisciplinaires complets et globaux aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C. En plus de ces cliniques, les apprenants effectuent un stage dans d'autres cliniques, notamment celles qui se spécialisent dans d'autres maladies infectieuses et comorbidités, en santé autochtone, en santé des femmes et des enfants, et en soins aux personnes transgenres. La sécurité culturelle et l'humilité dans la prestation des soins sont mis en application dans tous les stages cliniques.

## Les résultats

Le programme H2SUM met la sécurité culturelle et l'humilité au premier plan de la formation en les désignant comme un pilier du programme, plutôt que de les laisser en arrière-plan. L'application de ce pilier dans divers contextes cliniques montre la pertinence et la nécessité de l'inclure dans la pratique.

## Les principaux obstacles

- S'assurer que l'ampleur de l'apprentissage requis au niveau R3 a été atteinte dans tous les piliers d'apprentissage.
  - Les innovateurs du programme H2SUM ont établi un partenariat avec les cliniques de l'autorité sanitaire Vancouver Coastal et de la régie provinciale de la santé pour s'assurer que les contextes facilitaient les objectifs du programme et les jalons des apprenants.

- S'assurer que l'apprenant n'est pas laissé à lui-même en ce qui concerne l'autoréflexion critique.
  - Pour y parvenir, les innovateurs du programme H2SUM ont fourni de la documentation et du matériel d'apprentissage. Des réunions régulières entre les apprenants et les mentors ont été organisées pour explorer les situations, les sentiments, les attitudes et les difficultés afin d'incorporer les apprentissages dans la pratique.

## Les messages à retenir

La première séance a été offerte au printemps 2022 et, bien qu'il soit trop tôt pour que les innovateurs fassent état de leurs expériences à partir de cette première séance, ils ont cherché à l'extérieur de leur organisation des cliniques et du contenu qui répondraient le mieux à leurs besoins. En élaborant le programme H2SUM, les innovateurs ont acquis des connaissances sur la complexité des soins aux personnes marginalisées souffrant de comorbidités multiples et sur la façon de fournir un environnement d'apprentissage dans ce contexte.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

Cathy Puskas, enseignante clinique, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Courriel : [cpuskas@bccfe.ca](mailto:cpuskas@bccfe.ca)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

<https://education.bccfe.ca/h2sum-trainee-portal>

Veillez envoyer un courriel à [cpuskas@bccfe.ca](mailto:cpuskas@bccfe.ca) pour obtenir l'accès au portail H2SUM.

# Faire entendre notre voix :

## Un résumé de deux sites éphémères et un appel urgent pour des abris chauffés et des sites de prévention des surdoses en Alberta



### Les professionnels responsables du projet

D<sup>re</sup> Bonnie Larson pour Street CCRED, Euan Thomson de EACH+EVERY: Businesses for Harm Reduction, AAWEAR, Street Cats, Bear Clan, Boots on Ground (Now 4B) Harm Reduction Society, l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD), Moms Stop The Harm et Water Warriors.

### Les aspects à améliorer

La population albertaine vulnérable est exposée à des conditions de vie précaires et à un approvisionnement dangereux en drogues illicites. Ces difficultés sont souvent aggravées par des traumatismes et des inégalités sociales et nécessitent une intervention ciblée, coordonnée et menée par la communauté. Alors que les services de santé tels que les sites de consommation supervisée ferment, les Albertains et Albertaines vulnérables en raison des politiques et de la violence structurelle ont besoin de plus d'espaces sûrs pour se connecter et se soutenir.



## Les réalisations

Le 16 décembre 2021, des leaders communautaires, des fournisseurs de soins de santé et des personnes ayant une expérience vécue de l'itinérance et de la toxicomanie se sont réunies dans les centres-villes de Calgary et d'Edmonton pour mettre en place des stations de réchauffement temporaires, sous des tentes, qui fournissaient de la nourriture, des vêtements et des soins médicaux en plus de mettre à la disposition de la population des équipes d'intervention en cas de surdose. Bien que manquant de fonds et d'équipement, les équipes de chaque ville ont créé un répit temporaire pour les personnes touchées par l'urgent besoin de trouver des abris d'hiver et les crises d'intoxication.

## Services offerts :

- des vêtements chauds, des couvertures, des sacs de couchage et des chauffe-mains et chauffe-pieds ;
- de la nourriture et des boissons chaudes, ainsi que de l'eau en bouteille ;
- des fournitures pour une consommation de drogues et des relations sexuelles plus sécuritaires ;
- le transport vers un refuge et d'autres ressources communautaires (Calgary seulement), assuré par l'équipe du Downtown Outreach Addictions Partnership (DOAP) ;
- une orientation vers des programmes de soutien aux personnes endeuillées, du counseling en nutrition, des renseignements sur la désintoxication, les possibilités de traitement par agonistes opioïdes, le soin des plaies et d'autres ressources.

## Les résultats

Les équipes sont entrées en contact avec 300 Albertains et Albertaines vulnérables ce jour-là et ont mobilisé la communauté. À Calgary, 15 bénévoles ont porté assistance et fourni des soins à 56 clients, dont 15 pour des services de prévention des surdoses et ont réussi à prévenir une surdose. À Edmonton, 14 bénévoles ont accueilli et aidé 250 visiteurs.

Cette initiative a été documentée dans un rapport communautaire, rédigé par Street CCRED, qui a servi de base pour plaider en faveur d'un plus grand nombre d'abris chauffés et de services de prévention des surdoses en Alberta. Ce rapport a ensuite fait l'objet d'un examen par les décideurs locaux et provinciaux.

## Les principaux obstacles

- Obtenir des ressources sans financement
  - Les innovateurs se sont fortement appuyés sur les dons, y compris les services de santé et d'intervention, les fournitures médicales, l'équipement, les vêtements et la nourriture provenant d'entreprises locales. La supervision de l'organisation communautaire assurée par Each + Every et les groupes locaux de sensibilisation à la réduction des méfaits a permis de surmonter cet obstacle.
- Travailler par mauvais temps
  - On a dû ancrer et lester les tentes et les appareils de chauffage en raison du vent et de la neige, et remplir les réservoirs de propane des appareils de chauffage à plusieurs reprises.
- Travailler sans toilettes à proximité

## Les messages à retenir

Une intervention communautaire de base est possible et nécessaire, ainsi qu'une forte coordination, lorsque les politiques et les stratégies officielles excluent les personnes les plus exposées à de mauvais résultats en santé. Des structures d'abris plus solides résisteraient mieux aux conditions climatiques hivernales locales, mais seraient difficiles à transporter vers les zones où les besoins sont les plus criants; un véhicule ou une remorque étant des solutions possibles.

Les participants et les intervenants apprécient un rapport accessible à la communauté qui met en lumière les réalisations et qui peut être utilisé à des fins de plaidoyer, de collecte de fonds et de sensibilisation, comme ce fut le cas pour cette innovation. Ce type de documentation permet de communiquer et de diffuser des informations sur l'urgence et le problème, et offre la possibilité d'identifier des moyens d'améliorer les services et les politiques communautaires.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>re</sup> Bonnie Larson, chef du corps professoral, Street CCRED Collaborative

Courriel : [brlanson@ucalgary.ca](mailto:brlanson@ucalgary.ca)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

[Site Web de Street CCRED](#)





# Programme Med Gateway de l'Université Memorial de Terre-Neuve



## Les professionnels responsables du projet

D<sup>re</sup> Christine Aubrey-Bassler; Jill Alison, PhD;  
Shree Mulay, PhD; Maisam Najafizada, PhD;  
Desai Shan, PhD; D<sup>re</sup> Petra Joller;  
Barbara Albrechtsons, RN (founding  
PHN, retired); D<sup>re</sup> Pauline Duke (founding  
physician, retired).

Le département de médecine de l'Université  
Memorial de Terre-Neuve, l'Association for  
New Canadians (ANC) et l'autorité régionale  
Eastern Health (Eastern Health)

## Les aspects à améliorer

Intégration des nouveaux demandeurs d'asile dans  
le système de soins de santé local a mis en lumière  
l'importance d'enseigner aux étudiants en médecine  
les complexités de la médecine des réfugiés et de les  
intégrer dans la communauté des nouveaux arrivants.

## Les réalisations

Le programme Med Gateway de l'Université Memorial de Terre-Neuve a débuté en 2005 en tant qu'initiative bénévole des étudiants en médecine de premier cycle, ce qui a permis de les initier à la médecine des nouveaux arrivants et à l'apprentissage par le service. Le programme a également permis aux nouveaux demandeurs d'asile d'accéder aux soins de santé primaires locaux. Des cliniques d'admission hebdomadaires ont eu lieu et des initiatives non cliniques en collaboration avec l'agence locale d'établissement (ANC) ont été supervisées.

Les ressources ont été restructurées avec succès et, depuis mars 2022, l'aspect clinique du programme est assuré par l'Eastern Health Refugee Health Collaborative. En faisant appel à des interprètes en personne ou par téléphone, des équipes d'étudiants de première et deuxième année consignent les antécédents à l'admission et procèdent à de brefs examens physiques et aux analyses sanguines, répondent aux besoins urgents en soins de santé et documentent les détails à l'aide du système de dossier médical électronique (DME) de la clinique.

## Les résultats

Les étudiants se sont familiarisés avec les difficultés de navigation et les conditions médicales des nouveaux arrivants et sont à l'aise de faire appel à des interprètes médicaux dans la pratique clinique. Avec l'encadrement de la D<sup>re</sup> Aubrey-Bassler, ils ont fait des présentations au Forum en médecine familiale (FMF) du Collège des médecins de famille du Canada.

## Les principaux obstacles

La pandémie de COVID-19 a présenté de nombreuses épreuves :

- Les différents degrés de restrictions imposées par la santé publique et les universités ont affecté les consultations cliniques, l'apprentissage en personne et la disponibilité des apprenants pour participer aux cliniques ;
- La diminution des ressources des fournisseurs a entraîné l'intégration des cliniques Gateway et des rendez-vous de la clinique d'accueil des nouveaux demandeurs d'asile lors du premier rendez-vous de la clinique d'accueil ;
- De nombreuses initiatives non cliniques en personne ont été suspendues et certains projets sont passés en mode virtuel.

Les programmes systématiques ont repris en 2022 avec une combinaison d'options virtuelles et en personne.



## Les messages à retenir

De nombreux étudiants en médecine s'intéressent vivement à la médecine des nouveaux arrivants réfugiés, et ceux qui travaillent et enseignent au sein du programme ont constaté qu'ils peuvent encourager cet intérêt en travaillant avec les apprenants et en les renseignant sur :

- les ressources fondées sur des données probantes ;
- la façon de se sentir à l'aise avec les interprètes et de travailler avec eux avec succès ;
- la manière de collaborer avec l'organisme d'établissement des immigrants et les personnes parrainant des réfugiés ;
- la façon d'adapter la pratique clinique aux défis de la navigation.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>re</sup> Christine Aubrey-Bassler, professeure adjointe, chef du corps professoral, programme Med Gateway de l'Université Memorial de Terre-Neuve; médecine familiale, Faculté de médecine, Université Memorial

Courriel : [cbassler@mun.ca](mailto:cbassler@mun.ca)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

Duffley L., Nguyet N., Aubrey-Bassler C., Duff K. et Bessell J. « Encouraging Engagement with the Refugee Community through MUN Med Gateway », Forum en médecine familiale, 30 octobre 2019, Vancouver, C.-B.

Aubrey-Bassler C. et Joller P. « Refugee Health in St. John's - Gateway and Beyond », Conférence annuelle en médecine familiale du Collège des médecins de famille de Terre-Neuve-et-Labrador, 28 septembre 2019, St. John's, T-N.

Duffley L., Nguyen N., Duff K., Joller P., Allison J., Guigné F. et coll. « Beyond the clinic: The evolution of refugee health education towards holistic care, community engagement, and interaction within MUN MED Gateway », North American Refugee Health Conference, 15 juin 2019, Toronto, Ont.

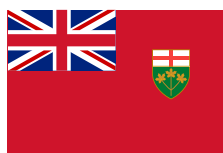
Aubrey-Bassler C. « A Nation is Judged by its Attitude Towards Refugees: Refugee Health Care in St. John's », Conference of Atlantic Medical Students, 6 avril 2019, St. John's, T.-N.

Aubrey-Bassler C. et Joller P. « Refugee Health Clinic Overview/Gateway Overview », Refugee Health Symposium, 30 mars 2019, St. John's, T.-N.

Devereaux S., Aubrey-Bassler C. et Joller P. « Her Health: Sharing Health Information with Newcomer Women in our Community », affiche présentée au PriFor Primary Healthcare Partnership Forum, 28 juin 2019; St. John's, T.-N.

Nguyen J., Duffley L. et Aubrey-Bassler C. « Behind the curtain: Reflections on experiential learning in refugee health », CFMS Annual Review, avril 2019, p. 29-30. <https://www.cfms.org/files/annual-review/annualreview2019.pdf>

# La prestation de ressources et de soutien pour les fournisseurs de soins primaires qui prennent en charge une population de patients transgenres et de diverses identités de genre



## Les professionnels responsables du projet

D<sup>re</sup> Thea Weisdorf; Suza Hranilovic, infirmière praticienne en soins de santé primaires ; Lisa Miller, spécialiste en dossier médical électronique

D<sup>re</sup> Karen Weyman, chef du département de médecine familiale et communautaire de l'Hôpital St. Michael's; Linda Jackson, directrice générale de l'équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's

## Les aspects à améliorer

L'équipe universitaire de santé familiale de l'hôpital St. Michael's avait besoin d'un moyen plus efficace pour fournir des ressources et des soins axés sur le genre aux personnes transgenres et de diverses identités de genre. Cette population de patients se heurtent souvent à des obstacles dans l'accès aux ressources. Plusieurs médecins de famille et infirmières et infirmiers praticiens de l'équipe ont un petit nombre de ce type de patients, mais seuls quelques-uns ont un plus grand nombre de patients et une expertise dans ces soins. Ceux qui ont le plus d'expertise reçoivent de nombreuses demandes de soutien.

Figure 1. Le menu principal de la barre d'outils apparaît lorsqu'un diagnostic d'identité transgenre, de genre non-binaire ou de diverses identités de genre fondé sur la catégorie 302.85 (ICD-9) est saisi. Chaque onglet mauve donne accès à des ressources qui peuvent être ajoutées au dossier de la personne patiente.

## Les réalisations

La barre d'outils d'affirmation du genre (voir la figure 1) a été créée pour le DMÉ afin d'améliorer les soins prodigués à la population transgenre et de diverses identités de genre qui consulte l'équipe en permettant aux fournisseurs d'orienter plus facilement ces patients vers les ressources qui sont souvent difficiles à obtenir sans aide.

La barre d'outils peut être personnalisée et divers modèles sont disponibles, notamment pour le dépistage du cancer, les chirurgies de transition et le changement de nom et de marqueurs de genre. Des ressources pour le logement, le bandage compression de la poitrine et le camouflage du pénis et des testicules en toute sécurité et la santé mentale sont également disponibles.

## Les résultats

La barre d'outils a été activée pour environ 635 patients ou patientes ayant consulté l'équipe et représentés par le code ICD-9 d'affirmation du genre. De nombreux problèmes peuvent désormais être traités par le fournisseur principal du patient ou de la patiente, ce qui renforce encore le lien entre l'équipe soignante et la patientèle. Il n'est donc plus nécessaire d'orienter la patientèle vers des fournisseurs spécialisés dans les soins à la clientèle transgenre et de diverses identités de genre, ce qui leur permet de se concentrer sur les questions qui relèvent de leurs compétences. Ces changements contribuent à l'amélioration de l'ensemble des soins pour la population de patients de divers genres.

Les fournisseurs et les apprenants ont indiqué que la barre d'outils était utile pour accéder aux ressources afin que la patientèle bénéficie de renseignements optimaux et du meilleur soutien, en temps opportun et avec sensibilité. Les patients et leurs familles indiquent qu'ils trouvent également les nombreuses ressources utiles pour accéder aux services communautaires.

## Les principaux obstacles

La collecte et l'organisation des ressources ainsi que la mise à jour de la barre d'outils ont constitué les principaux obstacles. Certaines ressources utiles existent dans des formats qui ne peuvent pas être affichés dans la barre d'outils en raison, par exemple, de leur taille. La barre d'outils doit être mise à jour au fur et à mesure que de nouvelles ressources deviennent disponibles et que d'autres deviennent obscures ou obsolètes, afin de rester cliniquement pertinente et d'aider à fournir les meilleurs soins possibles. De nombreuses personnes de diverses disciplines au sein d'équipes de santé familiale ont contribué à l'élaboration de la barre d'outils.

## Les messages à retenir

- La barre d'outils élimine des obstacles importants dans l'accès à des services de santé d'affirmation du genre en soins primaires.
- Le fait de mettre les ressources pédagogiques à la disposition des fournisseurs de soins principaux au point d'intervention peut améliorer ces soins et réduire la nécessité d'orienter les patients vers des fournisseurs avec une plus grande expertise en matière de soins à la clientèle transgenre et de diverses identités de genre.
- L'accès aux ressources peut être requis au point d'intervention pendant toute consultation avec des fournisseurs de soins primaires, quelle que soit la raison de la visite.
- Les enseignants qui ont une population de patients transgenres et de diverses identités de genre utiliseront cet outil plus facilement s'il est associé aux soins cliniques. C'est pourquoi la formation continue en services de santé d'affirmation du genre, associée au perfectionnement du corps professoral, a joué un rôle important dans la réussite de cette innovation.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>re</sup> Thea Weisdorf, équipe universitaire de médecine familiale de St. Michael's

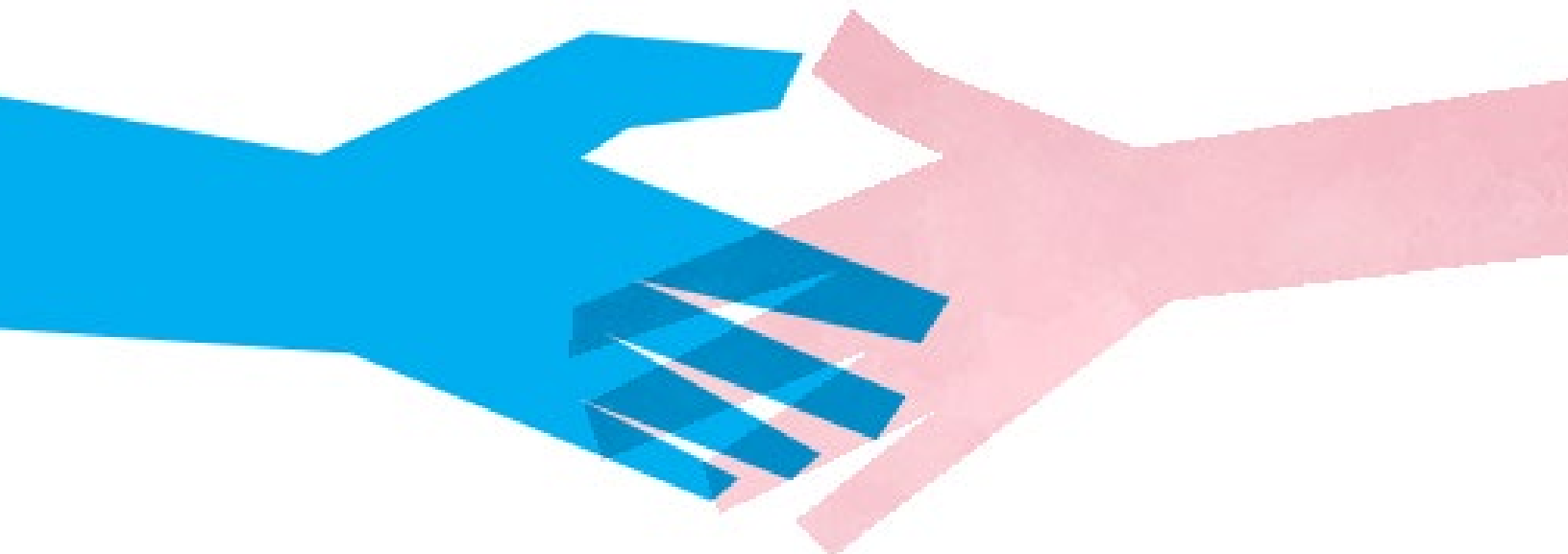
Courriel : [thea.weisdorf@unityhealth.to](mailto:thea.weisdorf@unityhealth.to)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

TransPulse Canada. Rapport – Accès à la santé et aux soins de santé pour les personnes trans et non binaires au Canada, 2020.

<https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-1/>.

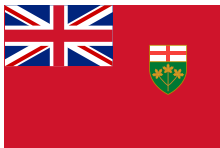
Date de consultation : Le 29 novembre 2022.







# Programme de soins palliatifs et de formation pour les sans-abris (PEACH)



## Les professionnels responsables du projet

D<sup>r</sup> Naheed Dosani, D<sup>re</sup> Donna Spaner,  
D<sup>re</sup> Alissa Tedesco, D<sup>r</sup> Trevor Morey  
et D<sup>re</sup> Antoinette Mihaylova

Inner City Health Associates, Kensington Health, Toronto Central Home et Community Care Support Services

## Les aspects à améliorer

L'état de santé des personnes sans-abri est nettement pire que celui des personnes logées. Cette population est cinq fois plus susceptible de souffrir d'une maladie cardiaque, quatre fois plus susceptible d'être atteinte d'un cancer et 28 fois plus susceptible d'être atteinte de l'hépatite C. Alors que la population canadienne logée a une espérance de vie moyenne de 77 à 82 ans, la moyenne pour les personnes sans-abri est de 34 à 47 ans. Au Canada, de nombreux systèmes de soins palliatifs communautaires sont incapables de fournir des « soins à domicile » aux personnes sans-abri, car le système qui devrait pouvoir les prendre en charge n'est pas conçu pour les accueillir là où elles vivent. C'est pourquoi les personnes sans-abri reçoivent souvent des soins médicaux et psychosociaux sous-optimaux et manquent de soutien en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé en fin de vie.

## Les réalisations

Pour répondre aux besoins de cette population, l'équipe du programme PEACH (Palliative Education and Care for the Homeless Program) a mis en place un nouveau modèle de soins intégrés axé sur les soins primaires basé sur une démarche palliative. Elle a mené des interventions communautaires pour sensibiliser les partenaires des soins de santé et des services sociaux au rôle des soins palliatifs, de façon à encourager les références des patients vers le programme. Un nouveau stage sur les soins palliatifs dans les quartiers urbains défavorisés a été mis en place pour aider les apprenants en médecine à se familiariser avec la responsabilité sociale dans le domaine des soins palliatifs. Le programme offre des soins intégrés par l'intermédiaire d'une démarche de réduction des méfaits en matière de soins palliatifs, d'une méthodologie anti-oppressive qui tient compte des traumatismes et d'un modèle de gestion de cas interdisciplinaire complet qui fonctionne 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

## Les résultats

Le programme a été lancé en 2014 sous la forme d'un service clinique d'une journée par semaine et est devenu le plus important programme mobile de soins palliatifs du Canada. Il fournit des soins aux personnes là où elles vivent, y compris dans la rue, dans des refuges, dans des campements et sous les ponts. Le programme PEACH compte aujourd'hui entre 110 et 120 clients à tout moment et son équipe est composée d'une personne responsable de la coordination du programme PEACH (membre du personnel infirmier), d'un intervenant-pivot en santé (titulaire d'une maîtrise en travail social), de cinq médecins de famille spécialisés en soins palliatifs, d'un coordonnateur de soins à domicile et d'un psychiatre.

Un examen rétrospectif des dossiers concernant l'efficacité du programme PEACH au cours de sa première année (2014-2015) a révélé que 64 % des clients ne sont jamais allés à l'hôpital ou aux urgences, que 80 % sont décédés dans le lieu de fin de vie qu'ils préféreraient et que 83 % de ceux qui souhaitaient reprendre contact avec leur famille et leurs amis l'ont fait. Une étude rétrospective plus approfondie des dossiers du programme PEACH a été réalisée en 2021 et publiée dans le *Journal of Palliative Medicine*.

## Les principaux obstacles

- Le cloisonnement du financement a rendu difficile la constitution d'une équipe dotée des compétences uniques nécessaires aux services et aux soutiens fournis dans le cadre du programme PEACH. Plusieurs organisations ont mis à profit leur expertise et leur financement respectifs pour relever ce défi.
- Les traumatismes, l'oppression et la discrimination, y compris au sein du système de soins de santé, sont des expériences courantes pour cette population. Le programme PEACH a mis en place une formation et du soutien pour s'assurer que les membres de l'équipe ont recours à des démarches anti-oppressives qui tiennent compte des traumatismes afin d'offrir des soins efficaces et significatifs axés sur la personne de les à se retrouver dans le système de santé.
- De nombreux prestataires de services sociaux et communautaires n'ont pas l'expérience et les compétences suffisantes pour identifier les besoins en soins palliatifs, qui sont uniques et nuancés, afin d'orienter les clients dans la communauté. Le programme PEACH a fait du soutien pédagogique communautaire un pilier de son modèle afin de garantir un accès aussi équitable que possible.



## Les messages à retenir

Une approche intégrée et interdisciplinaire qui comprend un modèle de gestion de cas intensif qui aborde également les questions de logement peut fournir des services de soins palliatifs sur mesure très efficaces pour les personnes en situation d'itinérance. Au lieu de permettre à ces membres de la communauté de continuer à passer entre les mailles du filet des systèmes de santé, ils peuvent recevoir les soins offerts avec compassion dont ils ont besoin en temps voulu, là où ils le souhaitent.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>r</sup> Naheed Dosani, Inner City Health Associates

Courriel : [naheed.dosani@icha-toronto.ca](mailto:naheed.dosani@icha-toronto.ca)

N<sup>o</sup> de téléphone : 905 334-7478

D<sup>e</sup> Donna Spaner, Inner City Health Associates

Courriel : [donna.spaner@icha-toronto.ca](mailto:donna.spaner@icha-toronto.ca)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

Inner City Health Associates. « Palliative Care in the Inner City Elective », 2021.

<https://www.icha-toronto.ca/palliative-care-in-the-inner-city-elective>. Date de consultation :

Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

Schneider E. et Dosani N. « Retrospective Study of a Toronto-Based Palliative Care Program for Individuals Experiencing Homelessness », *J Palliat Med.*, 2021, 24(8), p. 1232-1235.

Amin F. « 'Dying with dignity:' Mobile team brings palliative health care to those experiencing homelessness », *CityNews*, 8 août 2022.

<https://toronto.citynews.ca/2022/08/08/peace-team-palliative-health-care-homelessness/>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

Huq S. « Trailblazing a Path to Quality Care: Canada's Supportive Palliative Service for the Unhoused. Coalition to Transform Advanced Care », 14 juillet 2021. <https://thectac.org/asset/blog/trailblazing-a-path-to-quality-care-canadas-supportive-palliative-service-for-the-unhoused/>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

Dosani N. « Palliative And Trauma-Informed Care For The Unhomed », *End Well*, 3 juillet 2021.

<https://endwellproject.org/gimme-more-than-shelter/>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

# Le Projet TRANS :

## Recherche transgenre et navigation Saskatchewan



### Les professionnels responsables du projet

D<sup>re</sup> Megan Clark, D<sup>re</sup> Carla Holinaty,  
D<sup>re</sup> Lori Schramm et D<sup>re</sup> Ginger Ruddy

La Saskatchewan Trans Health Coalition, des représentants d'organisations communautaires et des fournisseurs de soins de santé. Une équipe de recherche composée de médecins de famille qui fournissent des soins de santé aux personnes transgenres, de chercheurs en physiothérapie, en sciences infirmières et en études des politiques, de représentants des principales organisations 2SLGBTQ+ de la province et de personnes ayant une expérience vécue.

D<sup>re</sup> Greta Bauer, de Trans Care BC, et D<sup>r</sup> Ayden Scheim, pour Trans PULSE; CLASSIC Law a participé en tant que conseiller, mentor et partenaire.

### Les aspects à améliorer

L'accès aux soins de santé est difficile en Saskatchewan pour les personnes transgenres et de diverses identités de genre. Les temps d'attente pour les prescriptions d'hormonothérapie et les chirurgies affirmatives du genre sont longs, et les expériences générales en matière de soins de santé sont culturellement peu sécuritaires. Les fournisseurs de soins primaires de la Saskatchewan ont fait état d'un manque de connaissances et d'aisance dans leur travail avec les personnes transgenres et de diverses identités de genre.<sup>1</sup>

### Les réalisations

Deux personnes, qui sont transgenres ou de diverses identités de genre et qui ont une expérience de travail dans le système de soins de santé, ont été embauchées en tant qu'intervenant-pivot de pairs TRANS et pour renseigner les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux sur l'accès aux soins de santé et la sécurité culturelle pour les personnes transgenres ou de diverses identités de genre. Un projet pilote d'un an a été

lancé en avril 2021 afin d'évaluer l'état des soins de santé pour les personnes transgenres ou de diverses identités de genre en Saskatchewan ainsi que l'impact des intervenants-pivots. L'évaluation des expériences en matière d'accès aux soins de santé et les sondages à la suite de la prestation des services comprenaient deux groupes de discussion avec des personnes transgenres ou de diverses identités de genre.

## Les résultats

D'avril 2021 à mars 2022, les intervenants-pivots TRANS sont entrés en contact avec 259 nouveaux clients, ont eu 248 contacts répétés et ont reçu 293 demandes d'information, y compris :<sup>3</sup>

- une mise en relation avec un médecin de famille compétent ;
- une aide à la préparation d'un rendez-vous médical ;
- une mise en relation avec des services de santé mentale culturellement sécuritaires ;
- du soutien au dévoilement de l'identité sexuelle ;
- une assistance juridique en cas de changement de nom ou de marqueur de genre.

Les intervenants-pivots TRANS sont entrés en contact avec 70 fournisseurs de soins de santé, y compris des médecins de famille, d'autres médecins spécialisés, des infirmières et infirmiers praticiens et des professionnels de la santé mentale, et ont eu 36 contacts répétés. Les fournisseurs ont demandé des renseignements, de la formation et une mise en relation avec un autre professionnel de la santé pour un mentorat en soins d'affirmation du genre.<sup>3</sup> Les demandes de présentations pédagogiques ont dépassé les capacités des intervenants-pivots TRANS et, collectivement, les intervenants-pivots ont fait des présentations à plus de 1 800 personnes.

## Les principaux obstacles

- Veiller à ce que les membres du groupe soient entendus
  - Les commentaires sur les activités du projet de la part de membres de l'équipe qui sont transgenres et de diverses identités de genre sont encouragés et utilisés pour apporter les changements nécessaires.
- Trouver des médecins de famille qui fournissent des soins culturellement sécuritaires et acceptent les patients transgenres et de diverses identités de genre.
  - Des lettres de demande ont été envoyées à tous les médecins de famille de la Saskatchewan.
- Subir des épisodes de transphobie lors des présentations
  - Pour y faire face, les intervenants-pivots ont accepté de ne pas être d'accord avec les fournisseurs de soins transphobes et ont cessé de publier leur propre nom de famille pour éviter tout harcèlement personnel.
- Maintenir la productivité de la recherche alors que la capacité de participation des membres de l'équipe fluctuait.
- Assurer un financement à long terme pour les postes d'intervenants-pivots.

## Les messages à retenir

Les participants aux groupes de discussion ont massivement fait part de leurs sentiments positifs à l'égard des fournisseurs de soins de santé qui validaient leur identité de genre et connaissaient les besoins en soins de santé propres aux personnes transgenres et de diverses identités de genre. À l'inverse, en raison du manque de fournisseurs compétents et des longs délais d'attente, les participants ont également fait état d'opinions négatives des soins de santé lorsqu'ils n'avaient pas accès à des soins culturellement sécuritaires.<sup>2</sup>

Le projet a renforcé l'importance des intervenants-pivots pairs et a encouragé tous les participants à garder l'esprit ouvert quant aux besoins de la communauté. Le partenariat avec la communauté transgenre et de diverses identités de genre pour faire du système de santé un endroit plus sûr et plus positif en vaut la peine et exige de faire entendre les voix des personnes transgenres et de diverses identités de genre, conformément à la ligne directrice sur l'éthique de la recherche de l'Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre (Rien sur nous sans nous),<sup>4</sup> ce qui nécessite des conversations difficiles, mais nécessaires au sein de l'équipe de recherche.

## **Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :**

D<sup>re</sup> Megan Clark, département de médecine familiale, Université de la Saskatchewan

Courriel : [megan.clark@usask.ca](mailto:megan.clark@usask.ca)

## **Ressources/liens vers d'autres renseignements**

Trans Health Navigator. The Project. 2018.

<https://research-groups.usask.ca/transnavigator/the-project.php#Summary>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

Out Saskatoon. Trans Health Navigator Project. 2021.

<https://www.outsaskatoon.ca/trans-health-navigator/>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

UR PRIDE Centre for Sexuality and Gender Diversity.

About UR Pride. 2021.

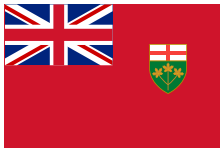
<https://www.urpride.ca/our-team>.

Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

## **Références**

- 1.Christopherson L., McLaren K., Schramm L., Holinaty C., Ruddy G., Boughner E. et coll. « Assessment of Knowledge, Comfort, and Skills Working with Transgender Clients of Saskatchewan Family Physicians, Family Medicine Residents, and Nurse Practitioners », *Transgender Health*, 2022, 7(5), p. 468-472.
- 2.Rose G., McCarron M., Reid M., Madill S., Clark M., Gulka E. et coll. « An investigation of the healthcare needs of individuals who are transgender or gender diverse in Saskatchewan » [présentation d'affiche], World Professional Association of Transgender Health, 18 septembre 2022.
- 3.Reid M., Gulka E., Rose G., Madill S., Clark M. « Client surveys and usage statistics for transgender peer health navigator pilot in Saskatchewan » [présentation d'affiche], World Professional Association of Transgender Health, 18 septembre 2022.
- 4.Bauer G., Devor A., Heinz M., Marshall Z., Pullen Sansfaçon A., Pyne J. *Code d'éthique de la CPATH en matière de recherche concernant les personnes trans et les communautés*, Victoria (C. B.) : Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre, 2019. <https://cpath.ca/wp-content/uploads/2019/08/CPATH-Ethical-Guidelines-FR.pdf>.  
Date de consultation : Le 1<sup>er</sup> novembre 2022.

# Trees for Hamilton



## Les professionnels responsables du projet

D<sup>r</sup> Myles Sergeant et Lorraine Ironside (biologiste auprès du ministère des Richesses naturelles)

La Hamilton Conservation Authority, le Royal Botanical Gardens, Hamilton Health Sciences, St. Joseph's Health Care, des établissements de soins de longue durée, Six Nation's Land of the Dancing Deer, Green Venture, le Hamilton Naturalists Club, Environment Hamilton, la Ville de Hamilton, le département de la durabilité de l'Université McMaster, le département des changements climatiques de l'Université McMaster, le groupe environnemental de la Faculté de médecine de l'Université McMaster, et le comité Hamilton Tree Equity.



## Les aspects à améliorer

De nombreuses populations n'ont pas accès à des espaces naturels forestiers. Environnement Canada considère qu'un couvert forestier sain correspond à une couverture géographique de plus de 30 %. Or, à Hamilton, la couverture forestière n'est que de 19 % et, dans certains quartiers du centre-ville, elle est même inférieure à 10 %.

L'un des innovateurs a compris qu'il était possible d'amener les forêts à des populations qui, autrement, ne pourraient pas s'y rendre pour profiter des bienfaits mentaux et physiques que peuvent apporter les forêts.



## Les réalisations

Un organisme de bienfaisance bénévole appelée Trees for Hamilton a été créé pour recueillir des fonds et planter des arbres dans des zones urbaines et rurales.

Les établissements de soins de santé font partie des endroits où des arbres sont plantés, amenant ainsi la forêt aux patients et créant une « forêt de soins de santé » à Hamilton. Cet environnement permet aux patients de profiter des bienfaits sanitaires associés à l'exposition à la verdure en regardant la nature à partir de leur fenêtre ou en faisant une courte promenade à l'extérieur de leur établissement de soins de santé.

Des projets de plantations ont été organisés spécialement pour que les étudiants en médecine, les résidents et le personnel soignant apprennent les avantages de la plantation d'arbres et de l'exposition aux forêts. Nombreux sont ceux qui comprennent l'urgence d'atténuer les changements climatiques, et cette occasion permet donc de réduire l'anxiété liée au climat.

## Les résultats

Depuis la création du programme en 2012, les innovateurs ont coorganisé 70 événements et planté 5 000 arbres avec l'aide de plus de 500 bénévoles. Les innovateurs ont fait des présentations à des groupes communautaires et universitaires sur les avantages des arbres, l'importance de la lutte contre le changement climatique, et ont encouragé d'autres personnes à lancer des projets semblables.

Les patients, les apprenants et les membres de la communauté ont profité de la nature et veulent faire leur part pour leur communauté. Par exemple, grâce à une relation avec un établissement local de traitement des dépendances, Trees for Hamilton a permis à des patients et à des membres du personnel de se rendre dans des zones de conservation pour planter des arbres et profiter de la nature. Pour certains, cette activité leur permet de profiter pour la première fois d'un grand espace naturel et de redonner à leur communauté.



Ce travail a donné naissance à une autre forêt de soins de santé (Trees for Health), cofondée par Trees for Life et le projet PEACH Health Ontario ([www.peachhealthontario.com](http://www.peachhealthontario.com)) en partenariat avec Forests Ontario, EcoHealth Ontario, One Bench One Tree, Landscape Ontario et Ontario Parks Association. Ce projet vise à permettre aux cliniciens et aux administrateurs de faciliter la plantation d'arbres sur leurs sites de soins de santé.

## Les principaux obstacles

La plantation en milieu urbain se heurte à des problèmes logistiques :

- La plantation d'un arbre le long d'un trottoir nécessite une démolition afin de créer suffisamment d'espace pour les racines, ce qui coûte environ 4 000 \$.
- Certaines communautés ne veulent pas d'arbres dans les espaces verts en raison des problèmes de sécurité potentiels liés à la réduction de la visibilité.
- La plantation en milieu urbain présente de nombreux autres défis, alors que la plantation d'arbres sur les sites d'établissements de santé constitue une excellente occasion d'y parvenir dans des espaces urbains.

## Les messages à retenir

- La plantation d'arbres sur le site d'un établissement de santé est possible grâce à des partenariats.
- La plantation d'arbres est une initiative de mieux-être, les gens veulent faire leur part et contribuer aux mesures climatiques.
- L'équité en matière d'arbres est primordiale; tous les quartiers peuvent bénéficier des arbres, de l'ombre et de la beauté.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>r</sup> Myles Sergeant, président, Trees for Hamilton  
Chef de partenariat, PEACH Health Ontario  
Professeur clinique adjoint, médecine familiale,  
Université McMaster

Courriel : [sergean@hhsc.ca](mailto:sergean@hhsc.ca)

N° de téléphone : 289-237-3153

D<sup>re</sup> Elizabeth Muggah, Le Collège des médecins de famille de l'Ontario

Courriel : [president@ocfp.on.ca](mailto:president@ocfp.on.ca)



# Wellness Wheel :

## Une initiative communautaire pour améliorer l'accès aux soins dans les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan



### Les professionnels responsables du projet

D<sup>re</sup> Sarah Liskowich, D<sup>re</sup> Thanh Luu, D<sup>re</sup> Lori Schramm, D<sup>re</sup> Candina Beurivage, D<sup>r</sup> Kieran Conway, D<sup>r</sup> Brian Geller, D<sup>re</sup> Rosemary Courtney, D<sup>re</sup> Carla Barkman, D<sup>re</sup> Megan Clark; et les infirmières autorisées Susanne Nicolay, Vicky Schultz et Erin Nielsen

Les directeurs et directrices de la santé des communautés concernées, le conseil tribal, les membres du conseil de bande, les chefs, les Aînés de la communauté, le personnel infirmier de la Wellness Wheel (WW) et la personne responsable de la coordination des soins infirmiers, le personnel des centres de santé des communautés (y compris le personnel infirmier de soins à domicile et de santé communautaire), la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, les Services de santé aux Premières Nations et aux Métis de Regina de l'Autorité sanitaire de la Saskatchewan, et les médecins de famille et d'autres spécialistes de Regina.

## Les aspects à améliorer

En raison des effets du colonialisme qui se perpétuent, y compris le racisme systémique et structurel, les membres des Premières Nations ont un accès réduit aux soins de santé et se méfient du système de soins de santé, ce qui contribue à de piètres résultats. Outre les problèmes de compétence entre les services financés par les provinces et le gouvernement fédéral, les Premières Nations sont confrontées à des problèmes liés au manque d'accès à des services de soins primaires complets et globaux et culturellement sécuritaires.

## Les réalisations

L'initiative a été lancée par des membres de la communauté ayant une expérience vécue de la maladie chronique, qui souhaitent avoir accès à des soins plus près de chez eux, et qui se sont adressés à leurs administrateurs de santé. Des innovateurs et des collègues en soins infirmiers et d'autres spécialistes médicaux ont rencontré des représentants des Premières Nations. L'administration sanitaire et les communautés ont identifié les maladies rénales, le diabète, le VIH et l'hépatite C comme les maladies chroniques prioritaires. Au début de 2021, la santé des femmes et les soins prénatals ont également été identifiés comme des services prioritaires à fournir.

Des résolutions du conseil de bande ont été adoptées dans chaque communauté avant le lancement des cliniques Wellness Wheel en 2016. Le partenariat a été fondé sur une cérémonie avec les communautés, conformément aux protocoles culturels.

Les cliniques ont ensuite été organisées dans les communautés sur une base mensuelle ou bihebdomadaire. Les médecins de famille se sont rendus dans la même communauté pour chaque clinique afin d'assurer la continuité des soins, tandis que d'autres spécialistes se sont rendus dans plusieurs communautés en fonction des besoins. Les médecins de famille des cliniques prénatales se sont occupés des femmes enceintes, de leur nouveau-né et parfois de familles entières issues de plusieurs communautés tout au long de la grossesse et de la période postnatale, et ont pris en charge l'accouchement lorsqu'ils étaient disponibles.

Du personnel infirmier autorisé a pratiqué la phlébotomie, qui n'aurait autrement pas été disponible dans les communautés. Il a également mis en œuvre des initiatives de formation à la santé communautaire, des activités de plaidoyer et de financement, la coordination et l'établissement de relations avec le personnel soignant des communautés partenaires, ainsi que la coordination des besoins en soins des patients.



## Les résultats

Dès le début de 2018 jusqu'à l'automne 2021, dans la région du Conseil tribal de l'Agence Touchwood, l'équipe de la Wellness Wheel a accueilli 990 patients et a pris 2 565 rendez-vous, la pathologie la plus couramment étant le diabète. Grâce à l'évaluation du programme et aux entretiens, les cliniques de la Wellness Wheel ont été identifiées comme utiles et 53 % des patients ont déclaré qu'ils n'auraient pas eu accès aux soins de santé à ce moment-là sans ces cliniques.

Des connaissances ont été acquises sur les perspectives des membres des Premières Nations et sur les obstacles auxquels ils sont confrontés dans l'accès aux soins de santé. Six thèmes en sont ressortis :

- le manque d'accès aux soins primaires ;
- les obstacles tels que les moyens de transport limités ou inexistants, les connaissances limitées en matière de santé et le manque de cohérence des services ;
- les problèmes logistiques dans la prestation des soins de santé ;
- l'importance de la mobilisation communautaire ;
- les stratégies qui ont bien fonctionné, notamment la coordination des soins infirmiers, l'engagement des fournisseurs de soins de santé et la phlébotomie ;

- l'incidence des cliniques, y compris la réaffectation des services de transport médical ainsi que le diagnostic et le traitement en temps opportun.

## Les principaux obstacles

- l'établissement de relations avec les communautés ;
- l'obtention d'un financement durable pour le personnel infirmier ;
- la coordination des soins aux patients entre les cliniques ;
- l'expansion du projet pour satisfaire les besoins des clients et de la communauté ;
- le maintien d'un engagement communautaire positif par l'entremise de la recherche et des évaluations de projets parmi d'autres soumissions ;
  - L'inclusion de la cérémonie et des résolutions officielles du conseil de bande au début du projet et la communication des données aux communautés conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession pour un retour d'information continu et la modification du programme ont été à la fois des défis et des éléments clés de la réussite de ce projet.

## Les messages à retenir

- Il est essentiel d'établir des partenariats constructifs et de tenir compte de la culture des communautés, notamment par l'intermédiaire de cérémonies et de conversations avec les membres et les dirigeants de la communauté.
- Le personnel infirmier constitue un lien vital, tant pour les soins cliniques quotidiens que pour la planification continue de la clinique.
- L'ampleur des forces, de la connectivité et des besoins de la communauté est encore plus importante que ce que nous avons prévu.

## Pour en savoir plus sur cette innovation, communiquez avec :

D<sup>re</sup> Megan Clark, Wellness Wheel et département de médecine familiale, Université de la Saskatchewan

Courriel : [megan.clark@usask.ca](mailto:megan.clark@usask.ca)

## Ressources/liens vers d'autres renseignements

Pandey M., Nicolay S., Clark M., Desjarlais V., Clay A., Skinner S. « Wellness Wheel Mobile Outreach Clinic: A Community-Led Care Model Improving Access to Care in Indigenous Communities », *Ann Fam Med*, 2020, 18(5), p. 466.

McEwen A., Yunus M., Clark M., Pandey M., Nicolay S., Skinner S. et coll. « Primary care access on select Saskatchewan First Nations », Forum en médecine familiale, 5 novembre 2020.

Beresh E., Nilson S., Pandey M., McCarron M., Desjarlais V., Clark M. et coll. « Evaluation of Wellness Wheel clinics: A community partnered care model to improve access to care on reserve », Forum en médecine familiale, 14 novembre 2018.

# Conclusion

Les innovations présentées dans cette publication ne sont qu'un petit sous-ensemble des nombreuses façons dont les médecins de famille fournissent des soins socialement responsables dans tout le Canada.

Chaque innovateur a identifié un besoin au sein de sa communauté et a ensuite collaboré avec des équipes interdisciplinaires, en partenariat avec les communautés, afin de mieux comprendre ce besoin et de faire un essai pilote d'une approche innovatrice pour fournir des soins mieux adaptés et intégrés qui tiennent compte des traumatismes.

Ce faisant, ces champions des soins socialement responsables ont surmonté les difficultés liées au recrutement et à la rétention des ressources humaines, ainsi qu'à l'acquisition de financement et de ressources matérielles. Ils y sont parvenus en créant des réseaux entre les organisations locales, en tirant parti de leur expertise et de leur financement respectif, ou en obtenant un financement à long terme pour des rôles clés. Ils ont veillé à ce que les apprenants en médecine de famille bénéficient de lectures utiles et de mentorat, et ils ont établi des relations de confiance avec les communautés locales.

De nombreuses leçons importantes ont été tirées de cette expérience :

- l'ouverture à l'apprentissage des besoins de la communauté ;
- l'élaboration d'approches intégrées et interdisciplinaires ;
- la création de partenariats locaux positifs ;
- l'apprentissage du travail avec des interprètes et avec les systèmes de soutien locaux ;
- la valorisation du rôle des intervenants-pivots ;
- la garantie que l'on tienne compte de la culture ;
- la reconnaissance de la complexité des soins prodigués aux personnes marginalisées et mal desservies souffrant de comorbidités multiples et la création d'un environnement propice à l'apprentissage.

Outre les cas présentés dans ce rapport, d'autres sont énumérés dans la section suivante intitulée « Autres innovations ». Les exemples de soins socialement responsables se transposent dans le travail quotidien des médecins de famille qui réagissent aux besoins particuliers et locaux de la communauté au moyen de soins cliniques, de la recherche et de l'enseignement, ainsi que de l'activités de plaidoyer, de l'élaboration de politiques et de programmes, et de l'engagement politique aux niveaux micro (clinique), méso (communautaire), et macro (politiques et santé publique) sur lesquels nous travaillons tous.

La responsabilité sociale est depuis longtemps un principe fondamental de la médecine de familiale et doit le rester, afin de mener la transformation des systèmes de soins de santé pour qu'ils deviennent des moteurs et des facilitateurs de la prestation à grande échelle de soins socialement responsables.

# Autres innovations

## Un cadre d'enseignement médical de premier cycle pour la santé des réfugiés et des migrants : Développement du programme et d'approches conceptuelles



Un [cadre de cursus médical de premier cycle](#) a été créé pour répondre au besoin de la prochaine génération de médecins d'acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour prendre en charge les besoins des réfugiés et des migrants en matière de soins de santé.

D<sup>r</sup> Douglas Gruner, professeur agrégé, département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa  
Courriel : [dgruner@bruyere.org](mailto:dgruner@bruyere.org)

## Briser les murs : fournir des soins primaires aux femmes incarcérées



Le programme de compétences avancées des populations mal desservies de l'Université Memorial de Terre-Neuve s'est associé aux travailleurs sociaux du Just Us Women's Centre (un programme du Stella's Circle) à St. John's pour améliorer les connaissances des résidents sur les besoins des femmes incarcérées en matière de soins primaires.

D<sup>re</sup> Françoise Guigné, médecine familiale de l'Université Memorial de Terre-Neuve  
Courriel : [fguigne@mun.ca](mailto:fguigne@mun.ca)

## Renforcement des capacités en soins primaires axés sur l'équité en Colombie-Britannique



La [Basics for Health Society](#) permet aux gens de partager leurs connaissances, de mieux comprendre les conditions structurelles qui influencent les inégalités en Colombie-Britannique et de se mobiliser —le BC Benefits Navigator est un de leurs projets.

D<sup>re</sup> Vanessa Brcic, Basics for Health Society  
Courriel : [vanessabrcic@gmail.com](mailto:vanessabrcic@gmail.com)  
N<sup>o</sup> téléphone : 604-313-7237

Toby Achtman, Le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique  
Courriel : [toby.achtman@bccfp.bc.ca](mailto:toby.achtman@bccfp.bc.ca)

## Prendre en charge les patients atteints de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs dans la communauté : Apprentissage en ligne pour rehausser les options en matière de traitement par les fournisseurs de soins communautaires



Le Treatment Optimization of Psychosis Collaborative et le BC Centre for Excellence ont élaboré [un cours en ligne gratuit](#) pour les professionnels de la santé en Colombie-Britannique afin d'orienter les apprenants dans l'évaluation et la prise en charge de la schizophrénie et des troubles schizo-affectifs, ainsi que dans les options de traitement.

Cathy Puskas, enseignante clinique, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS  
Courriel : [cpuskas@bccfe.ca](mailto:cpuskas@bccfe.ca)

## Clinique Mauve : Un service pour les personnes migrantes et racisées de diverses sexualités et de divers genres et cherchant refuge



[La Clinique Mauve](#) a été créée pour offrir des soins médicaux, psychosociaux, de santé sexuelle et de santé mentale intégrés aux personnes migrantes et racisées de diverses sexualités et de divers genres et cherchant refuge. Elle offre également des formations aux professionnels de la santé et des services sociaux et évalue les effets de ces initiatives.

Pierre-Paul Tellier, CLSC Côte-des-Neiges  
Courriel : [pierre-paul.tellier@mcgill.ca](mailto:pierre-paul.tellier@mcgill.ca)

## Soins primaires axés sur la communauté (SPAC) à l'Université McGill : une approche innovante pour incorporer la responsabilité sociale dans la formation des résidents en médecine familiale



Le [Comité des soins primaires axés sur la communauté de l'Université McGill](#) organise une [séance d'orientation communautaire annuelle](#) pour tous les nouveaux résidents en médecine familiale à des sites de formation urbains. Il offre un enseignement continu pendant toute l'année sur la façon de se mettre en lien avec les ressources de la communauté pour fournir un meilleur soutien social et des services aux patients et à leurs familles.

D<sup>re</sup> Anne Andermann, Université McGill  
Courriel : [anne.andermann@mail.mcgill.ca](mailto:anne.andermann@mail.mcgill.ca)

## Guérir l'hépatite C : une approche proactive, fondée sur l'équipe, dans les soins primaires



L'équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's a mené [une intervention visant à augmenter les taux de traitement du virus de l'hépatite C \(VHC\)](#). Cette intervention comprenait le perfectionnement des connaissances et des compétences de l'équipe clinique, l'élaboration d'une voie de traitement interne et d'un outil d'aide à la décision pour le DMÉ, ainsi qu'une intervention proactive pour les patients non traités ou dont le statut en ce qui concerne le VHC est inconnu.

D<sup>re</sup> Ann Stewart, équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's  
Courriel : [ann.stewart@unityhealth.to](mailto:ann.stewart@unityhealth.to)

## Compétences avancées en chirurgie dans les communautés autochtones du Nord



Dans une région où les patients devaient souvent voyager quatre heures ou plus pour obtenir des soins de base, l'accès aux soins prénatals et aux soins de santé pour les femmes a été amélioré dans les communautés autochtones du Nord grâce à la mise en œuvre de cliniques sur place organisées plusieurs fois par mois (axées sur les patientes en période prénatale) par le même médecin de famille avec des compétences avancées en chirurgie.



## Compétences avancées en chirurgie dans les communautés autochtones



Dans une région où les patients devaient auparavant voyager jusqu'à quatre heures pour obtenir des soins de base, un espace clinique a été ouvert dans le sud-est de la Saskatchewan avec un personnel affecté et un temps de salle d'opération protégé afin que les médecins de famille ayant des compétences avancées en chirurgie puissent procéder aux interventions médicales plus près du domicile de la patientèle.

D<sup>r</sup> Brian Geller

Courriel : [brian.geller@usask.ca](mailto:brian.geller@usask.ca)

## FM Vax : Un sondage international sur l'intégration de la santé publique et des soins primaires dans les campagnes de vaccination contre la COVID-19



Le [Centre Besroun pour la médecine familiale mondiale du Collège des médecins de famille du Canada](#) a lancé un sondage international sur l'intégration de la santé publique et des soins primaires dans les campagnes de vaccination contre la COVID-19 en 2021 visant les pays à faible et à moyen revenu, afin d'aider à orienter les futures campagnes de vaccination contre la COVID-19, notamment sur la façon d'atteindre les populations prioritaires pour assurer une couverture aux niveaux régional et national.

D<sup>r</sup> David Ponka, Centre Besroun pour la médecine familiale mondiale

Courriel : [dponka@cfpc.ca](mailto:dponka@cfpc.ca)

Téléphone : 613-790-3849

## From the Ground Up: Piloting managed alcohol programming in St. John's



Le Status of Women Council/Women's Centre de St. John's s'est associé à la région régionale de santé de Terre-Neuve-et-Labrador (Eastern Health) pour lancer un programme de [prise en charge de l'alcoolisme](#) (le premier du genre dans la province) axé sur les femmes et les personnes non binaires. On espère étendre le programme au-delà de la population initiale.

D<sup>re</sup> Françoise Guigné, Downtown Health Collaborative

Courriel : [fguigne@mun.ca](mailto:fguigne@mun.ca)

## Améliorer l'accès aux directives cliniques et aux innovations des cursus fondées sur des données probantes en matière de logement instable



L'équipe Campbell and Cochrane Equity Methods a élaboré des [directives cliniques sur la santé des itinérants](#) fondées sur des données probantes à l'intention des médecins de famille afin de les aider à s'occuper des personnes confrontées à un logement instable, ainsi qu'un cadre de [programme d'études dirigé par des étudiants](#) afin de soutenir la conception, la prestation et l'évaluation des soins de santé des itinérants dans le cadre du programme d'études médicales prédoctorales.

D<sup>r</sup> Kevin Pottie

Courriel : [kpottie@uwo.ca](mailto:kpottie@uwo.ca)

No téléphone : 519-661-1211, poste 85722

D<sup>re</sup> Anne Andermann, présidente, Groupe de travail sur la responsabilité sociale du CMFC

Courriel : [anne.andermann@mail.mcgill.ca](mailto:anne.andermann@mail.mcgill.ca)

## Intégrer les services juridiques et les soins primaires



Pour combler les lacunes dans l'accès à des services juridiques abordables, appropriés et opportuns liés aux [facteurs sociaux qui affectent la santé](#), le [Health Justice Program](#) a été élaboré grâce à un partenariat entre l'équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's, l'Hôpital St. Michael's et plusieurs cabinets juridiques.

D<sup>r</sup> Nav Persaud

Courriel : [nav.persaud@utoronto.ca](mailto:nav.persaud@utoronto.ca)

## Intégration de la promotion de la justice sociale dans une équipe de santé familiale



Deux initiatives, [une trousse d'outils de plaidoyer et un cadre de plaidoyer](#), ont permis d'intégrer le plaidoyer en faveur de la justice sociale aux activités de base de l'équipe interdisciplinaire de soins primaires du département de médecine familiale et communautaire de l'Hôpital St. Michael's à Toronto.

D<sup>r</sup> Rami Shoucri

Courriel : [rami.shoucri@unityhealth.to](mailto:rami.shoucri@unityhealth.to)

## Moved to Act: influencer les politiques publiques dans une crise d'empoisonnement aux médicaments



Les membres de l'Edmonton Zone Medical Staff Association ont créé le [Comité sur l'empoisonnement aux opioïdes](#) afin de formuler des recommandations sur les lacunes en matière de politiques et sur les stratégies à mettre en œuvre pour faire face à la crise d'empoisonnement aux médicaments en Alberta.

D<sup>re</sup> Ginetta Salvalaggio, Université de l'Alberta

Courriel : [ginetta@ualberta.ca](mailto:ginetta@ualberta.ca)

N<sup>o</sup> téléphone : 780-492-2890

## Refugee Health Collaborative



Eastern Health, la pratique familiale de l'Université Memorial de Terre-Neuve et l'Association of New Canadians se sont associés pour fournir des [services médicaux](#) répondant aux besoins uniques des nouveaux Canadiens et Canadiennes ayant un statut de réfugié, y compris en matière de navigation et de défis linguistiques.

D<sup>re</sup> Christine Aubrey-Bassler, professeure adjointe, médecine familiale, faculté de médecine, Université Memorial de Terre-Neuve, et chef clinique, Refugee Health Collaborative d'Eastern Health

Courriel : [cbassler@mun.ca](mailto:cbassler@mun.ca)

## Travailler avec les patients pour améliorer le dépistage du cancer chez les personnes à faible revenu



Pour réduire les disparités dans le dépistage du cancer, un [programme de sensibilisation](#) a été conçu et mis à l'essai au sein de l'équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's, [axé sur les personnes à faible revenu et en tenant compte de leurs commentaires](#).

D<sup>re</sup> Tara Kiran, équipe universitaire de santé familiale de St. Michael's, Unity Health Toronto, et Université de Toronto

Courriel : [tara.kiran@utoronto.ca](mailto:tara.kiran@utoronto.ca)

