



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 DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE ET LES
EXPÉRIENCES DE PERSONNES UTILISATRICES*

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



Juin 2018

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
Luiza Maria Manceau, professionnelle de recherche, Université Laval
Catherine Lefrançois, 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
Luiza Maria Manceau, professionnelle de recherche, Université Laval
Catherine Lefrançois, professionnelle de recherche, Université Laval

Collaborateurs

Arnaud Duhoux, professeur adjoint à la Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal
Sophie Dupéré, professeure agrégée à la Faculté des Sciences infirmières, Université Laval

Membres du comité consultatif (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

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.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèques et Archives nationales du Québec.

ISBN : 978-2-550-81679-9 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-81680-5 (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., Manceau, L., et Lefrançois, C., en collaboration avec Duhoux, A., et Dupéré, S. *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 de la clinique SPOT-CCSE et les expériences de personnes utilisatrices.* Juin 2018, 103 p.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient chaleureusement chacun des membres du comité consultatif de la recherche. Merci pour votre implication et pour vos apports significatifs aux orientations méthodologiques, aux entrevues et à l'analyse des données. Merci de nous avoir bousculées quelquefois afin d'assurer une démarche où la participation des membres du comité consultatif, notamment celle des utilisateurs de la clinique SPOT-CCSE, a pu être maximale. Enfin, merci pour tous les bons moments passés ensemble. Pour avoir partagé des moments de vos vies. Pour nous avoir sensibilisées encore davantage aux conditions de vie des personnes en situation de pauvreté.

Nous remercions également tous les participants d'avoir partagé si généreusement leurs expériences, ainsi que la clinique SPOT-CCSE et tous les organismes communautaires qui se sont impliqués dans l'étude, pour leur ouverture et pour avoir grandement facilité le déroulement des activités de recherche.

Finalement, 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 également à des moments clés de la planification de la recherche. Un merci particulier à Renée Latulippe et Julie Lane.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES	13
1.1. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	13
1.2. POPULATIONS INSUFFISAMMENT DESSERVIES PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ	13
1.2.1. <i>Études internationales</i>	13
1.2.2. <i>Études canadiennes</i>	14
1.2.3. <i>Études québécoises</i>	15
1.3. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX.....	16
1.4. RÔLE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS AUX PERSONNES MARGINALISÉES	17
1.5. INITIATIVES VISANT À FAVORISER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PERSONNES MARGINALISÉES	18
1.6. INNOVATION À L'ÉTUDE : SPOT-CCSE	21
2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	25
3. CADRE CONCEPTUEL : DÉFINITION ET TYPOLOGIE DE L'INNOVATION DANS LES SERVICES PUBLICS À VOCATION SOCIALE	27
4. MÉTHODOLOGIE	29
4.1. DEVIS ET APPROCHE PARTICIPATIVE.....	29
4.2. ENTREVUES AVEC DES PERSONNES AYANT EU RECOURS AUX SOINS ET SERVICES DE SPOT-CCSE	30
4.2.1. <i>Population et participants</i>	30
4.2.2. <i>Recrutement</i>	31
4.2.3. <i>Collecte des données</i>	31
4.2.4. <i>Analyse des données</i>	31
4.3. OBSERVATIONS DES PRATIQUES DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE	32
4.4. QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LA COORDINATION DE SPOT-CCSE	32
4.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	32
5. RÉSULTATS	35
5.1. ENTREVUES MENÉES AUPRÈS DE PERSONNES AYANT RECOURS AUX SOINS ET AUX SERVICES DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE	35
5.1.1. <i>Description des participants</i>	35
5.1.2. <i>État de santé des personnes rencontrées</i>	38
5.1.3. <i>Expériences des soins dans le réseau de la santé et des services sociaux</i>	39
5.1.3.1. <i>Expériences négatives au sein du réseau de la santé et des services sociaux</i>	40
5.1.3.2. <i>Expériences positives au sein du réseau de la santé et des services sociaux</i>	44
5.1.3.3. <i>Suggestions pour améliorer le réseau de la santé et des services sociaux</i>	47
5.1.4. <i>Expérience des soins et services à la clinique SPOT-CCSE</i>	48
5.1.4.1. <i>Fréquentation des différents points de services</i>	48
5.1.4.2. <i>Connaissance de l'existence de la clinique SPOT-CCSE</i>	49
5.1.4.3. <i>Raisons de consulter à la clinique SPOT-CCSE</i>	50
5.1.4.4. <i>Raisons médicales de consultation</i>	52
5.1.4.5. <i>Attentes et surprises lors de la première rencontre</i>	52
5.1.4.6. <i>Sentiments ressentis lors des consultations à la clinique SPOT-CCSE</i>	54
5.1.4.7. <i>Éléments les plus appréciés de la clinique SPOT-CCSE</i>	57
5.1.4.8. <i>Éléments les moins appréciés de la clinique SPOT-CCSE</i>	59
5.1.4.9. <i>Impacts perçus de la clinique SPOT-CCSE sur les personnes</i>	59
5.1.4.10. <i>Mots pour décrire la clinique SPOT-CCSE</i>	61
5.1.4.11. <i>Améliorations suggérées pour la clinique SPOT-CCSE</i>	61

5.2.	OBSERVATIONS NON PARTICIPANTES DANS LES POINTS DE SERVICES DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE	64
5.2.1.	<i>Description des organismes et de l'environnement physique de la clinique SPOT-CCSE</i>	64
5.2.2.	<i>Personnel présent lors des sessions d'observation</i>	67
5.2.3.	<i>Description des actions du personnel de la clinique SPOT-CCSE</i>	68
6.	INNOVATIONS DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE	71
6.1.	INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES (PRODUITS NOUVEAUX OU AMÉLIORÉS).....	71
6.2.	INNOVATIONS DANS LES SERVICES (OFFRE DE NOUVEAUX SERVICES).....	71
6.3.	INNOVATIONS DANS LES PRESTATIONS DE SERVICES (NOUVELLE FAÇON DE LIVRER OU INTERAGIR).....	72
6.4.	INNOVATIONS DANS LES PROCÉDÉS (ACTIVITÉS ET PROCESSUS DE PRODUCTION DU SERVICE).....	75
6.5.	INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES OU ADMINISTRATIVES.....	77
6.6.	INNOVATIONS STRATÉGIQUES (MISSION, BUTS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES) ET DE GOUVERNANCE	78
	AUTRES TYPES D'INNOVATIONS.....	80
7.	FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	83
8.	PISTES POUR LES RECHERCHES FUTURES.....	85
	RÉFÉRENCES	96

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 -	ANNONCE DE L'ÉTUDE	87
ANNEXE 2 -	CANEVAS POUR LES ENTREVUES AVEC LES PERSONNES UTILISATRICES DE SPOT-CCSE.....	88
ANNEXE 3 -	GRILLE D'OBSERVATION	89

RÉSUMÉ

Problématique

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 comme ailleurs. Certains groupes situés au bas de l'échelle sociale sont plus touchés que d'autres par ces inégalités. Il s'agit de personnes qui vivent en situation de pauvreté, en situation d'itinérance, dans une dynamique prostitutionnelle, de personnes utilisatrices de drogues, d'immigrants et réfugiés, de personnes d'origine autochtone, de personnes ayant une limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle ou ayant un problème de santé mentale et de personnes faisant partie de la diversité sexuelle. Non seulement ces groupes présentent les états de santé les moins bons dans notre société, mais ils sont aussi les moins bien desservis par le système de santé et ses professionnels. Bien qu'il soit reconnu que les acteurs du système de santé doivent contribuer à instaurer l'équité en santé, il n'y a cependant pas de solutions simples pour favoriser l'accès et la qualité des soins et services de première ligne aux personnes marginalisées, désaffiliées ou en situation de vulnérabilité sociosanitaire.

SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement (SPOT-CCSE) est l'une des rares innovations à avoir été mise en place au Canada et au Québec afin d'offrir des soins et des services adaptés et accessibles aux personnes marginalisées. Fondée à Québec en février 2014, cette clinique est issue de la collaboration de citoyens, du milieu communautaire, d'institutions de soins, de facultés de l'Université Laval ainsi que d'autres partenaires de la communauté. SPOT-CCSE est un organisme à but non lucratif, 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 derniers. SPOT-CCSE met de l'avant une approche de *reaching out* en opérant cinq points de services mobiles et une roulotte de soins, selon un horaire stable, au sein d'organismes communautaires existants dans le but de favoriser l'accessibilité des soins et services. De plus, SPOT-CCSE déploie ses activités dans le cadre d'une offre élargie de soins et de services de première ligne. Les interventions sont sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire dont la composition regroupe l'infirmière, le pair aidant, différents professionnels (médecins, dentistes, pharmaciens, nutritionnistes, ergothérapeutes, psychologues et autres) et étudiants en collaboration avec de nombreux organismes communautaires et établissements de santé existants.

Objectifs

Cette étude avait pour objectifs de : 1) comprendre comment le recours aux soins et aux services de SPOT-CCSE s'inscrit dans le parcours de soins de personnes marginalisées utilisatrices de la clinique et décrire leur expérience des soins et des services reçus ; 2) identifier dans la perspective des personnes utilisatrices, les pratiques innovantes visant à améliorer l'accès et la qualité des soins pour les personnes marginalisées mises en œuvre à SPOT-CCSE.

Méthodologie

Cette étude a été guidée par une approche participative qui s'est concrétisée par la mise sur pied d'un comité consultatif composé de membres de l'équipe de recherche, d'acteurs de la clinique SPOT-CCSE et d'utilisateurs de la clinique. Nous avons utilisé un devis qualitatif descriptif incluant des entrevues semi-dirigées et des observations directes à la clinique SPOT-CCSE. L'échantillon pour les entrevues semi-dirigées a été constitué de façon non probabiliste. Les personnes admissibles étaient les adultes ayant utilisé les services de SPOT-CCSE au moins une fois. Le recrutement s'est déroulé dans les différents points de services de SPOT-CCSE et des organismes partenaires. Des critères de diversification (ex. : âge, sexe, fréquentation d'un point de services ou d'un organisme) ont été priorités. Les entrevues ont été réalisées dans un lieu choisi par le participant, par une équipe d'intervieweurs formée d'un membre de l'équipe de recherche et d'un représentant des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE participant au comité consultatif. Une analyse thématique par catégories émergentes a été réalisée à partir des transcriptions des entrevues. La codification a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo. Afin de mieux comprendre les pratiques innovantes et le contexte dans lequel elles se déploient, deux demi-journées d'observation ont été réalisées dans quatre des cinq points de services de SPOT-CCSE. Ces observations ont permis de décrire l'environnement physique des aires communes, les actions et interactions du personnel de SPOT-CCSE (pair aidant, infirmière, stagiaire, médecin et intervenants de l'organisme d'accueil) avec les personnes venant consulter à la clinique. La typologie de l'innovation au sein des organisations du secteur public proposée par Landry *et al* (2007) a été utilisée afin de décrire les innovations à SPOT-CCSE à partir des entrevues semi-dirigées et des observations. Cette typologie comprend sept types d'innovations : innovations technologiques dans les services, dans l'offre de nouveaux services, dans les prestations des services, dans les procédés, dans la structure organisationnelle et administrative, dans les orientations stratégiques et la gouvernance, au niveau conceptuel ou rhétorique, dans le marketing et dans les systèmes d'interactions.

Principaux résultats

Description des participants

Au total, nous avons réalisé **douze entrevues individuelles** avec trois femmes et neuf hommes âgés de 25 à 72 ans. Mis à part un participant, toutes les personnes rencontrées avaient déjà eu recours au réseau de la santé pour obtenir des soins depuis leur âge adulte. En plus de consulter la clinique SPOT-CCSE, la majorité des participants disaient se rendre aux urgences lorsqu'ils avaient un problème de santé. Cinq participants avaient un problème de santé physique chronique (cancer, arthrose dégénérative, bronchite chronique, hernie discale, maladie cardiovasculaire) et une présentait également un problème de santé mentale. Parmi eux, deux avaient un suivi auprès d'un médecin de famille. Une personne présentait un problème de santé mentale, trois personnes utilisaient des drogues, une personne était un ancien utilisateur de drogue, une personne vivait dans un contexte de violence. Une seule personne mentionnait n'avoir aucun problème de santé.

Expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux

Afin de mieux comprendre comment le recours aux soins et aux services de SPOT-CCSE s'inscrit dans le parcours de soins de personnes marginalisées utilisatrices de la clinique et les pratiques innovantes de SPOT-CCSE, nous avons exploré les expériences des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux en général. Les **expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux** sont multiples. Les expériences jugées négatives ou positives dépendent beaucoup des personnes rencontrées par les participants et moins des lieux, du contexte ou des raisons de consultation. Toutes les personnes rencontrées font mention de plusieurs **expériences négatives**. Elles font notamment référence au temps d'attente pour avoir une consultation, aux délais entre les consultations (ce qui, dans certains cas, a entraîné une détérioration de l'état de santé), au peu de temps accordé par les professionnels de la santé et au grand nombre de personnes consultant ces milieux. Le réseau de la santé est décrit comme une grosse entreprise où les démarches sont compliquées, les exigences administratives nombreuses et au sein de laquelle les interactions sont mécaniques, sans convivialité ni humanisme. La majorité des participants ont perçu une attitude et un traitement différents de la part des professionnels envers eux. Les participants ont mentionné avoir eu le sentiment d'être traités comme des numéros, d'être jugés et de s'être sentis dévalorisés. Certains participants ont partagé leurs appréhensions lorsqu'ils doivent consulter dans le réseau de la santé et le fait qu'ils évitent de consulter ou consultent en dernier recours.

Quoique plus rarement, les participants ont également mentionné des **expériences positives** au sein du réseau. Certains participants ont fait remarquer qu'une fois admis dans le réseau, ils avaient reçu les soins requis rapidement, qu'ils avaient été bien soignés et avaient reçu des soins adaptés à leurs besoins et à leur situation. Ils ont souligné la compétence du personnel et l'efficacité des soins dispensés ainsi que la gentillesse, l'humanisme, l'écoute, l'ouverture d'esprit et la souplesse de la part de certains membres du personnel soignant. Quelques-uns ont expliqué que certains problèmes vécus dans le réseau ne sont pas la faute des professionnels, mais relèvent des contraintes du réseau même.

Les participants ont formulé **quelques suggestions pour améliorer le réseau de la santé et des services sociaux**, dont la mise en place de programmes de motivation pour les professionnels, des formations ou des conférences pour les professionnels et les futurs professionnels visant à réduire les préjugés envers les personnes marginalisées et des activités permettant aux professionnels de rencontrer des personnes marginalisées. Il a également été mentionné que les personnes marginalisées devraient s'adresser directement aux professionnels pour les sensibiliser.

Expériences à SPOT-CCSE

Parmi les douze personnes rencontrées, trois étaient allées à la clinique SPOT-CCSE une seule fois, sept y étaient allées trois à six fois et deux plus de 10 fois. Plusieurs raisons pour consulter SPOT-CCSE ont été mentionnées telles que le fait de ne pas avoir de carte d'assurance maladie, avoir un statut de migrant pécaire qui ne permet pas d'être couvert par la Régie d'assurance maladie du Québec, ne pas avoir de médecin de famille ou ne pas pouvoir voir son médecin de famille dans un court délai, la proximité du point de services de SPOT-CCSE, la rapidité et la qualité du service de la clinique SPOT-CCSE, le fait de ne pas se sentir jugé, le fait de recevoir des soins dans un environnement familier, être plus à l'aise de consulter à SPOT-CCSE pour certaines problématiques plus sensibles telles que le dépistage de maladies transmises sexuellement, pouvoir consulter en soirée et avoir reçu la recommandation de consulter par un intervenant

d'un organisme fréquenté. Les raisons médicales de consultation étaient variées : problèmes de santé physique (conjonctivite, amygdalite, abcès dentaire, doigts enflés, lombalgie, plaie, brûlure ou blessure), problème de santé mentale, tests de dépistage des infections transmises sexuellement, sevrage de drogues, renouvellement de prescriptions ou obtention d'un formulaire d'invalidité.

Lors de leur première consultation à la clinique SPOT-CCSE, les participants avaient généralement peu d'attentes à l'égard de la clinique. Certains ont mentionné avoir été surpris par le court délai d'attente, le fait que peu de personnes étaient présentes, l'apparence du local et le peu de ressources, l'offre de soins et de services dans différents organismes et les visites à domicile. Les participants ont souligné avoir été surpris par l'amabilité, la courtoisie, le respect et la sensibilité du personnel présent. À la suite de leurs consultations à la clinique SPOT-CCSE, les participants ont dit s'être sentis accueillis, à l'aise, en confiance, détendus, rassurés, réconfortés et avoir été bien servis. Ils mentionnent ne pas avoir été jugés ou traités comme des objets, mais plutôt comme des personnes. Trois personnes ont mentionné avoir été déçues lors d'une consultation parce qu'elles n'avaient pas obtenu ce qu'elles souhaitaient en termes de prescriptions.

Les éléments rapportés les plus appréciés lors de leur visite à la clinique SPOT-CCSE sont l'accès facilité à des services de santé (accès à un médecin, plusieurs plages horaires au cours de la semaine, les sans rendez-vous, le peu d'exigences administratives, la gratuité des soins, etc.), l'accès géographique du lieu, le court délai d'attente, la courtoisie, la politesse, la cordialité, l'accueil, l'ouverture aux autres, la compréhension, l'absence de jugement ; avoir été traité de la même manière que tout le monde, peu importe l'apparence, l'habillement ou le statut social, et l'intérêt démontré par le personnel à prendre son temps pour questionner, expliquer et réexpliquer.

Les éléments les moins appréciés sont la déception à la suite d'un refus du personnel de la clinique de leur prescrire une substance psychoactive et l'absence de consultations en début de journée.

Les personnes rencontrées ont rapporté que les consultations à la clinique SPOT-CCSE avaient eu des impacts significatifs sur elles. Elles ont notamment mentionné que grâce à la clinique SPOT-CCSE elles avaient eu accès à des soins médicaux, elles avaient entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une carte d'assurance maladie, qu'elles savaient qu'elles pourraient recevoir un service de qualité et être bien traitées, qu'elles se sentaient rassurées sur leurs conditions de santé et qu'elles pouvaient se consacrer à d'autres aspects de leur vie. Pour une personne consulter la clinique SPOT-CCSE signifie qu'elle a fait quelque chose pour elle-même. Pour une autre, la clinique SPOT-CCSE lui a donné de l'espoir et l'a rattachée à la vie. Finalement, selon deux participants, consulter SPOT-CCSE leur a sauvé la vie.

Suggestions des participants pour améliorer SPOT-CCSE

Les participants ont formulé quelques suggestions pour améliorer l'offre aux personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE. Tout d'abord, un participant a suggéré de changer le nom de la clinique qui se dit « clinique itinérante ». Certains participants, pour leur part, ont suggéré de mieux informer la population de l'endroit où se situe la clinique, de rendre l'accueil plus facilement repérable (lorsqu'on entre dans l'organisme), de donner davantage de disponibilité (ex. : plage horaire plus longue, fins de semaine, roulotte permanente), d'avoir plus de personnel (pairs aidants, dentistes, médecins), d'avoir du personnel plus âgé, de disposer de plus d'équipement afin d'offrir ou de réaliser plus de tests et d'imprimer les recommandations médicales qui pourraient être remises à la fin de la consultation.

Innovations de SPOT-CCSE

Différents types d'innovations selon la définition et la typologie suggérée par Landry *et al.* (2007) ont été identifiés à partir des entrevues individuelles et des observations menées dans cette recherche.

Au niveau des *innovations technologiques*, SPOT-CCSE se distingue du réseau de la santé et des services sociaux, non pas par l'introduction de produits nouveaux ou significativement améliorés aux plans techniques ou technologiques, mais au contraire, par un **fonctionnement à partir de ressources limitées**. La clinique SPOT-CCSE est décrite par les personnes rencontrées comme un petit espace ayant **peu de ressources financières**, mais pouvant offrir des services de santé.

De nombreuses *innovations dans les services* ont pu être identifiées. Proposer une offre de soins et services de première ligne notamment infirmiers, médicaux, dentaires et psychosociaux **intégrés et interdisciplinaires** avec une **infirmière clinicienne comme intervenante pivot** et soutenue par des médecins est également innovant. Par ailleurs, les **services offerts par le pair aidant** apparaissent novateurs et significatifs pour les personnes qui consultent. En plus de la possibilité de consulter sur place dans les **cinq organismes communautaires**, où se déroulent les consultations de la clinique SPOT-CCSE, les participants ont rapporté que cette dernière offre aux personnes la possibilité de **contacter l'infirmière et le pair aidant** en dehors des heures d'ouverture de la clinique. De plus, le pair aidant et l'infirmière peuvent offrir des **suivis à domicile** selon les situations médicales.

Des *innovations dans la prestation de ces services* ont également été identifiées, autrement dit, la façon avec laquelle le personnel de la clinique SPOT-CCSE livre ou interagit avec les personnes apparaît comme une innovation majeure. Elle est relevée par toutes les personnes rencontrées comme une façon de livrer et d'interagir qui contraste avec ce qu'elles retrouvent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs termes sont utilisés pour décrire les façons d'interagir : l'amabilité, la courtoisie, la bonté, la politesse, le respect, l'absence de jugement et même l'absence de rejet, et la présence d'humanisme. Bien que ces façons d'interagir aient été identifiées comme des attitudes caractérisant le personnel de la clinique SPOT-CCSE, elles ont aussi été mentionnées pour décrire certains professionnels du réseau de la santé. Ainsi, parmi les façons d'interagir ou de livrer les services considérés comme réellement novateurs, on retrouve la **convivialité**, la **familiarité** des relations, la **sympathie** voire l'**inquiétude** que certains membres du personnel démontrent parfois et qui représentent une façon nouvelle d'interagir avec la clientèle de la clinique SPOT-CCSE non retrouvée dans le réseau de la santé et des services sociaux.

En ce qui concerne les *innovations dans les procédés*, l'**accueil** chez SPOT-CCSE se distingue favorablement de celui que les usagers ont expérimenté dans le réseau de la santé et des services sociaux. Un accueil où le personnel va vers la personne pour l'inviter à entrer, à s'asseoir, à prendre un verre d'eau ou une collation, pour s'enquérir de savoir comment elle va et, finalement, pour la diriger ou l'accompagner dans le local de consultation apparaît ainsi comme une innovation. Consacrer **un temps considérable** pour chaque personne vue à la clinique est aussi une innovation lors de la consultation des personnes comparativement à ce que l'on retrouve dans le réseau de la santé. De plus, l'accent mis par le personnel de la clinique SPOT-CCSE sur **l'écoute, les échanges, le questionnement, les explications et la réponse aux questions** qu'on leur pose apparaît aussi comme un élément novateur dans la façon qu'a le personnel de procéder lors des consultations. Enfin, la **capacité de tenir compte du contexte de vie et du point de vue de la personne** lors du processus de consultation pouvant conduire le personnel de la clinique SPOT-CCSE à changer parfois ses recommandations initiales ressort comme une façon de faire différente des

expériences relatées au sein du réseau de la santé et des services sociaux. **Les processus de consultation simplifiés** sont finalement mentionnés comme un élément fort différent de ce que l'on retrouve dans le réseau.

Des innovations organisationnelles et administratives ont également été identifiées. La clinique SPOT-CCSE a choisi de fournir **ses services au sein même de groupes communautaires** déjà présents dans la communauté qui offrent eux-mêmes déjà des services aux personnes marginalisées. De plus, elle offre ses services **au sein de cinq groupes communautaires présents dans des secteurs différents**, chacun desservant un profil particulier de personnes. Cette structure organisationnelle est clairement une innovation qui facilite le recours aux soins pour les personnes marginalisées de profil varié. **Le peu de conditions ou de formalités** à remplir pour être vu en consultation ressort comme une innovation majeure. Toutes les personnes questionnées relatent le fait qu'il n'y a pas de critères pour être rencontré, que les formalités sont minimales et très simples, qu'il n'y a pas de procédure et que la structure est très souple. L'offre de **service sans rendez-vous dans tous les points de services de la clinique** donne la possibilité aux personnes de consulter au cours de la semaine en cas de besoins.

En ce qui concerne les *innovations stratégiques*, avoir comme **mission d'améliorer l'état de santé spécifiquement des personnes marginalisées non rejointes par l'offre de soins et de services existants** est en soi innovant pour un organisme communautaire. Pour remplir sa mission, la clinique SPOT-CCSE a décidé de **réduire les obstacles afin de faciliter l'accès à des soins et services de première ligne** : pour réduire les obstacles géographiques, la clinique SPOT-CCSE offre plusieurs points de services dans cinq groupes communautaires situés dans différents quartiers de la ville ; pour réduire les obstacles économiques ou financiers, la clinique SPOT-CCSE offre l'ensemble de ses services gratuitement, avec ou sans carte d'assurance maladie ; pour réduire les obstacles organisationnels, la clinique SPOT-CCSE n'exige ni la carte d'assurance maladie ni la carte d'identité ; pour réduire les obstacles de nature relationnelle, la clinique SPOT-CCSE propose ses points de services au sein de groupes communautaires qui assurent déjà des services aux personnes marginalisées ou désaffiliées.

Les propos des participants et nos observations n'ont pas permis de documenter de façon directe trois types d'innovations issues de la typologie de l'innovation au sein des organisations du secteur public (Landry, R., et coll., 2007) : les *innovations conceptuelles ou rhétoriques*, les *innovations marketing* et les *innovations dans les systèmes d'interaction*. Cela ne signifie pas que ces types d'innovations ne sont pas présents à la clinique SPOT-CCSE. Des échanges avec les membres du comité consultatif ont permis de comprendre que d'autres innovations existaient certainement, mais n'avaient pas été captées par notre méthodologie de recherche.

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 au niveau de 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 entre eux, 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 et 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 qui étaient 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 et à des groupes de soutien (Ross *et al.*, 2015). Les résultats indiquent également que 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 du Canada 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 du Canada 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* (Dubeau *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 %) (Dubeau *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 (Dubeau *et al.*, 2013). Il est toutefois 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 l'accès 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 sur les 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 sur les 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.

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. Notons douze initiatives reposant sur la collaboration des milieux de la santé et des services sociaux, des milieux communautaires et parfois des milieux de l'enseignement. La liste de ces initiatives est présentée au Tableau 1. Pour huit de ces initiatives (Wish, Search, CHIUS, Switch, Shine, Imagine, Maison Bleue et Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles), l'information provient 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).

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 :

- misent sur une approche globale centrée sur la personne (10 projets sur 12);
- mettent de l'avant la collaboration interorganisationnelle (9 projets sur 12);
- offrent d'autres services (8 projets sur 12);
- réalisent des activités d'éducation à la santé (9 projets sur 12);
- offrent un accompagnement axé sur les forces et favorisent le développement du pouvoir d'agir de la personne (5 projets sur 12).

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
SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement (SPOT-CCSE)	Québec (Québec)	Personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire et non rejointes par l'offre de soins et de services existante
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
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

1.6. Innovation à l'étude : SPOT-CCSE

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 (Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec [RAIIQ] et ses 36 groupes membres), d'institutions de soins (Centre de santé et de services sociaux [CSSS] de la Vieille-Capitale, Institut universitaire en santé mentale de Québec, etc.), 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 (Centraide Québec et Chaudière-Appalaches, Caisse d'économie solidaire Desjardins, Office municipal d'habitation de Québec, etc.) (SPOT-CCSE, 2015). SPOT-CCSE est un organisme à but non lucratif (OBNL) 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 (SPOT-CCSE, 2014).

Ses principaux objectifs sont :

- d'accroître l'accessibilité géographique et sociale des soins et services sociaux intégrés de première ligne aux personnes marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et services existante;
- de développer et offrir des soins, des services et un milieu de vie adaptés à la réalité des personnes;
- d'accompagner les personnes dans leurs démarches volontaires de réaffiliation vers les ressources du réseau public;
- de promouvoir la santé et la prévention des maladies;
- d'offrir aux étudiants et aux étudiantes des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles en sciences de la santé et services sociaux, un milieu de formation pratique axé sur une vision de santé globale et un enseignement des pratiques de collaboration interprofessionnelle;
- de développer des projets de recherche;
- de participer au développement d'une communauté solidaire qui se réapproprie/développe son expertise en santé et se mobilise quant à l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables (SPOT-CCSE, 2015).

Pour répondre à ces objectifs, SPOT-CCSE a dû se donner une structure, des approches et des pratiques ainsi qu'un modèle de soins qui sont novateurs. Le modèle prévu par SPOT-CCSE tel que décrit dans ses documents de planification est décrit ci-après.

Sur le plan de la **structure**, l'organisation des soins et services fait l'objet d'une gouvernance décentralisée impliquant les citoyens et les étudiants au sein du conseil d'administration et des différents comités de travail (SPOT-CCSE, 2014). En ce qui a trait aux **approches et aux pratiques**, SPOT-CCSE met de l'avant une approche de *reaching out* en opérant cinq points de services mobiles et une roulotte de soins, selon un horaire stable, au sein d'organismes communautaires existants dans le but de favoriser l'accessibilité des soins et services (SPOT-CCSE, 2015). De plus, SPOT-CCSE déploie ses activités dans le cadre d'une offre élargie de soins et de services de première ligne. Une approche globale, centrée sur la personne et qui englobe les

déterminants sociaux de la santé est utilisée dans le processus de soins et la dispensation de services (SPOT-CCSE, 2015 : 2). Selon une approche de réduction des méfaits, un accompagnement visant à minimiser les effets néfastes et la morbidité des conditions médicales des personnes qui utilisent les services de SPOT-CCSE ainsi qu'à en réduire l'impact sur leur qualité de vie est offert (SPOT-CCSE, 2015). Dans un contexte d'activités de suivi clinique et de soutien social, les actions curatives sont associées à des interventions de prévention et de promotion de la santé permettant de fournir des outils pour qu'elles puissent reprendre graduellement leur santé en main dans leur contexte de vie (SPOT-CCSE, 2015). SPOT-CCSE positionne, encadre et soutient la personne au cœur du parcours qu'est son rétablissement et la considère comme une personne pouvant activement contribuer à SPOT-CCSE et à la communauté dans laquelle elle vit (approche axée sur le processus de rétablissement) (SPOT-CCSE, 2015).

Selon le **modèle de soins**, les interventions sont sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire dont la composition est centrée sur l'infirmière et les intervenants sociaux soutenus par des pairs aidants, différents professionnels (médecins, dentistes, pharmaciens, nutritionnistes, ergothérapeutes, psychologues et autres) et étudiants ainsi que de nombreux organismes communautaires et établissements de santé existants (SPOT-CCSE, 2014). Quant aux activités d'**enseignement**, par un processus d'accompagnement continu, structuré et réflexif et au travers des différents rôles qu'ils sont appelés à jouer, les étudiants sont amenés à développer les diverses compétences requises sur le plan des savoirs (savoir, savoir-être, savoir-faire et savoir dire) pour intervenir auprès des personnes ciblées par l'offre de soins et de services de SPOT-CCSE (SPOT-CCSE, 2014).

Depuis le début de ses activités le 17 novembre 2014, et ce, jusqu'au 26 septembre 2017, 3 618 consultations ont été réalisées auprès de 1 375 personnes. Cependant, ces statistiques ne comprennent pas toutes les personnes venues pendant les blocs de soins et auprès de qui le pair aidant, l'organisatrice communautaire ou les stagiaires en psychologie, pratiques sages-femmes, physiothérapie et pharmacie ont pu intervenir. En 2016-2017, environ 20 % des personnes ayant consulté la clinique n'avaient pas de carte d'assurance maladie et 80 % n'avaient pas de médecin de famille (SPOT-CCSE, 2017).

Les résultats préliminaires de l'étude menée par l'équipe de recherche Équipe de soins primaires intégrés (ESPI) auprès de 175 personnes utilisatrices de SPOT-CCSE, entre le 27 avril 2015 et le 31 mars 2016, a permis d'avoir un aperçu des caractéristiques des personnes y recevant des soins (Contandriopoulos *et al.*, 2017). Parmi les 175 participants, la majorité (68 %) était des hommes. Les participants étaient âgés en moyenne de 40 ans avec une bonne représentativité des participants au sein de tous les groupes d'âge (22 % étaient âgés entre 18 et 24 ans, 17 % entre 25 et 34 ans, 22 % entre 35 et 44 ans, 19 % entre 45 et 54 ans, 15 % entre 55 et 64 ans et 4 % de plus de 65 ans). La plupart des participants étaient nés au Canada (92 %) et parlaient le français à la maison (98 %). Au moment de l'étude, la plupart des participants étaient célibataires (74 %) et 53 % vivaient seuls.

En ce qui concerne le statut socioéconomique, 45 % n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, 42 % étaient prestataires de l'aide sociale, 74 % avaient un revenu familial annuel de moins de 15 000 \$ et 74 % se considéraient pauvres ou très pauvres. Très peu de participants avaient une assurance privée ou collective couvrant les médicaments (15 %), les soins dentaires (6 %) et les services complémentaires (ex. : psychologue, physiothérapeute) (8 %). Au moment de l'étude, 16 % n'avaient pas de domicile fixe. Cependant, on observe une certaine mobilité chez les participants ayant rapporté avoir un domicile fixe puisque 38 % d'entre eux vivaient au même endroit depuis moins de 6 mois.

En ce qui concerne l'état de santé, seulement 25 % des participants ont rapporté avoir une très bonne ou une excellente santé (27 % pour la santé physique, 35 % pour la santé mentale, 24 % pour la santé bucco-dentaire), cette proportion étant nettement inférieure à celle de la population générale du Québec (59 %).

Lorsque questionnés sur leurs besoins de santé, 55 % ont rapporté avoir ressenti le besoin de consulter un professionnel de la santé au cours des deux années précédentes sans avoir pu le faire. La proportion de participants souffrant d'asthme, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'hypertension et de diabète était de 26 %, 9,1 %, 4,5 % et de 19 %, ce qui est plus élevé que la population générale. Parmi les participants, 60 % ont rapporté qu'au cours des deux dernières années, un professionnel de la santé leur a dit qu'ils souffraient d'un trouble de santé mentale (trouble anxieux 47 %, dépression 35 %, autres 28 %) et plus de 43 % rapportaient également un problème lié à l'alcool ou aux drogues.

2. QUESTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La question de recherche retenue par l'équipe de recherche et le comité consultatif du projet était la suivante :

Quelles sont les pratiques innovantes dans la prestation des soins et des services de santé de première ligne mises en œuvre principalement à la clinique SPOT-CCSE et dans certaines autres du réseau de la santé qui visent à favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées?

Plus spécifiquement, cette recherche visait les objectifs suivants :

1. **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 ;**
2. **Identifier les pratiques innovantes visant à améliorer l'accès et la qualité des soins pour les personnes marginalisées mises en œuvre à SPOT-CCSE** principalement et dans d'autres cliniques du réseau de la santé et décrire le contexte, les facteurs facilitants, les obstacles, les enjeux et les défis de la mise en œuvre de ces pratiques.
3. Échanger avec les principaux acteurs de SPOT-CCSE et des cliniques participantes sur les pratiques innovantes identifiées et sur leur mise en œuvre.

Le présent rapport porte sur le premier objectif et le second au regard des pratiques innovantes mises en œuvre à la clinique SPOT-CCSE.

La présentation et la comparaison des quatre initiatives québécoises visant à favoriser l'accès et la qualité des soins et des services de santé aux personnes marginalisées retenues dans cette recherche, soit la clinique 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, seront présentées dans un second rapport de recherche.

3. CADRE CONCEPTUEL : DÉFINITION ET TYPOLOGIE DE L'INNOVATION DANS LES SERVICES PUBLICS À VOCATION SOCIALE

La définition et la typologie pour l'étude de l'innovation dans le secteur public présentée ci-après sont tirées d'une revue systématique des écrits sur l'innovation dans les services publics à vocation sociale, principalement dans les secteurs de la santé et des services sociaux, du management public et des municipalités ainsi que de l'éducation (Landry *et al.*, 2007).

Les définitions de 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 de faire le travail ou de livrer un service ou en l'amélioration et le renouvellement de ces pratiques (Landry *et al.*, 2007). D'autres définitions plus détaillées mettent l'accent sur un aspect particulier du phénomène, par exemple sur la nouveauté pour l'unité d'adoption ou sur les retombées de son adoption (Landry *et al.*, 2007).

La typologie de l'innovation au sein des organisations du secteur public est composée de neuf types d'innovation. Comme ces types d'innovations ne sont pas mutuellement exclusifs, une innovation pourrait être classée dans plusieurs catégories (Landry *et al.*, 2007). Ils peuvent également être interreliés et agir les uns sur les autres pour favoriser ou nuire au développement (Landry *et al.*, 2007).

Ces types d'innovations sont :

- les **innovations technologiques de produits** qui portent sur l'introduction de produits nouveaux ou significativement améliorés aux plans technique et technologique (ex. : un instrument ou un appareil médical);
- les **innovations dans les services** qui impliquent l'offre de nouveaux services aux citoyens (ex. : une chirurgie);
- les **innovations dans les prestations des services** qui impliquent l'introduction de nouvelles façons de livrer le service aux citoyens ou encore d'interagir avec le citoyen dans le but de lui offrir le service (ex. : un formulaire en ligne);
- les **innovations dans les procédés** qui concernent les activités et les processus de production du service offert (ex. : un site intranet);
- les **innovations organisationnelles ou administratives** qui portent sur la structure organisationnelle et les procédures administratives et de gestion (ex. : une unité administrative);
- les **innovations stratégiques et de gouvernance** qui portent sur la mission, les buts et les objectifs stratégiques de l'organisation (ex. : une fondation);
- les **innovations conceptuelles ou rhétoriques** qui impliquent le développement ou l'adoption de nouveaux langages et concepts (ex. : un terme comme « Ecotax » pour les taxes écologiques);
- les **innovations marketing** qui portent sur les moyens de communication et de promotion des services auprès des citoyens (ex. : un site web informationnel);

- les **innovations dans les systèmes d'interactions** qui consistent en de nouvelles façons d'interagir avec d'autres organisations (ex. : un accord de coopération entre deux organisations) (Landry *et al.*, 2007).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Devis et approche participative

Cette étude a utilisé un devis qualitatif descriptif (Creswell et Clark, 2007) incluant des entrevues semi-dirigées auprès de 12 personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE, des observations directes à la clinique et un questionnaire auprès de deux personnes impliquées dans la coordination de SPOT-CCSE (coordonnatrice et coordonnatrice de la recherche-évaluation).

Pour réaliser cette recherche, les deux chercheuses principales ont décidé de mener une recherche de type participative dans laquelle différents acteurs ont été invités à participer à la recherche par la mise sur pied d'un comité consultatif. Le choix de ce type de recherche repose sur les considérations suivantes :

- Puisque la clinique SPOT-CCSE privilégie une approche axée sur le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif, il apparaît pertinent de construire le système de recherche sur des valeurs partagées avec le système programmation et de favoriser la participation des acteurs concernés, en particulier des personnes marginalisées, désaffiliées, utilisatrices de la clinique. Les recherches participatives reposent sur la collaboration, la concertation et les décisions de groupe (McTaggart, 1991) ce qui cadre bien avec les valeurs de la clinique SPOT-CCSE.
- La participation de différents acteurs peut conduire à plusieurs effets recherchés comme une plus grande pertinence des questions priorisées, une plus grande fiabilité des données recueillies auprès des acteurs participants et une utilisation plus importante des résultats (Patton, 1997).
- Contrairement aux recherches conventionnelles, les recherches participatives visent avant tout la connaissance pour l'action plutôt que la connaissance pour une meilleure compréhension de phénomènes ou d'objets (Brown et Tandon, 1983 ; McTaggart, 1991 ; Cornwall et Jewkes, 1995). Les recherches participatives visent une connaissance utile pour les interventions, objectif exprimé par la coordination de SPOT-CCSE et le comité consultatif.
- La participation de différents acteurs à la recherche est une façon de réduire l'incertitude associée à la démarche de recherche évaluative des projets (Potvin, 2007).

Pour cette recherche, nous avons cherché à traduire les principes directeurs des recherches participatives notamment en :

- Favorisant la participation de tous les acteurs aux rencontres. Le lieu des rencontres a été identifié par l'ensemble des membres du comité consultatif et un organisme communautaire situé dans le quartier Saint-Roch de la ville de Québec a été choisi. Les heures ont été identifiées par les membres du comité consultatif afin que les moments de rencontre conviennent à tous. Des rencontres d'une durée de deux heures ont été retenues comme facteur facilitant. De même, les rencontres se sont déroulées autour d'un repas partagé. Les chercheuses s'occupaient de faire une épicerie et d'apporter de la nourriture et des boissons à partager. Un montant d'argent de 25 \$ a été donné à toutes les personnes utilisatrices de la clinique et membres du comité consultatif après chaque rencontre ou entrevue réalisée afin de les dédommager pour leur déplacement et leur temps. Les déplacements en autobus ont été payés et

plusieurs déplacements ont été faits par les chercheuses elles-mêmes afin de faciliter le déplacement de personnes membres du comité consultatif tout en favorisant le développement de liens.

- Assurant la réciprocité et la symétrie des relations entre chercheuses et les autres membres du comité consultatif et en particulier avec les personnes utilisatrices de la clinique. Pour ce faire nous avons établi des liens directs avec chacun des membres du comité utilisateurs de la clinique sans passer par des intermédiaires ou encore par des intervenants pour interagir.
- Diminuer les relations de pouvoir inhérentes entre les différents membres du comité consultatif en favorisant la libre expression et le respect des opinions, en suscitant l'attention du groupe aux discours de chacun, en faisant en sorte que le groupe tienne compte des commentaires de chacun, en favorisant la compréhension du point de vue de chacun, en favorisant les prises de décisions consensuelles si possible ou sinon en laissant place aux opinions divergentes.

Le comité consultatif mis sur pied était composé de deux membres du conseil d'administration de SPOT-CCSE (président et représentante des groupes étudiants), de membres du personnel de SPOT-CCSE (coordonnatrice, coordonnatrice de la recherche-évaluation, infirmière, pair aidant) et de quatre personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE. Ces personnes ont été recrutées par l'infirmière et le pair aidant œuvrant à SPOT-CCSE. Deux personnes composant le comité consultatif ont changé au cours du projet. En effet, la personne occupant le poste de pair aidant et la représentante des groupes étudiants ont été remplacées en cours d'étude.

Le comité consultatif a permis de valider les objectifs de la recherche, de définir l'ensemble de la méthodologie, de valider les résultats de recherche, de discuter de certains lieux de diffusion et de participer à la diffusion des résultats. Au total, le comité consultatif s'est réuni à neuf reprises entre février 2016 et novembre 2017 lors de rencontres d'une durée moyenne de deux heures. Trois membres du comité consultatif et utilisateurs de la clinique ont aussi participé aux entrevues avec l'équipe de recherche. De plus, ils ont participé à des journées d'échange avec d'autres cliniques offrant des soins et des services de santé de première ligne à des personnes marginalisées au Québec dans le cadre du second volet de cette recherche.

L'ensemble de la démarche participative et les retombées sur les personnes utilisatrices de la clinique et membres du comité consultatif feront l'objet d'un article scientifique rédigé par les chercheuses.

4.2. Entrevues avec des personnes ayant eu recours aux soins et services de SPOT-CCSE

4.2.1. Population et participants

L'échantillon pour les entrevues semi-dirigées a été constitué de façon non probabiliste. Les critères d'inclusion pour participer au projet étaient : 1) être âgé de 18 ans ou plus ; 2) avoir utilisé les services de SPOT-CCSE au moins une fois ; 3) être apte à communiquer verbalement en français ; 4) être ouvert à participer à une recherche. Le recrutement s'est déroulé dans les différents points de services et organismes afin de favoriser l'inclusion de personnes ayant différents profils sans cibler spécifiquement des

problématiques de santé ou sociales. Des critères de diversification tels que l'âge, le sexe et la diversité de fréquentation des points de services ou d'un organisme partenaire de SPOT-CCSE ont été priorités.

4.2.2. Recrutement

Le recrutement s'est déroulé du 19 juillet 2016 au 14 février 2017. Les personnes utilisatrices des services de la clinique SPOT-CCSE ont été recrutées en utilisant différentes approches : 1) les intervenants des organismes partenaires de la clinique SPOT-CCSE ont été informés de l'étude et ont pu recommander des personnes répondant aux critères d'admissibilité à la professionnelle de recherche ; 2) la professionnelle de recherche était présente lors de différentes activités des organismes partenaires afin de présenter l'étude ; 3) la professionnelle de recherche était présente dans l'aire d'accueil de la clinique lors des heures de la clinique SPOT-CCSE. L'annonce utilisée pour présenter l'étude est présentée à l'Annexe 1. La professionnelle de recherche a expliqué l'étude et a pris rendez-vous pour l'entrevue avec les personnes intéressées. La professionnelle de recherche a lu le formulaire de consentement, a répondu aux questions des participants potentiels et a obtenu la signature des participants avant la réalisation des entrevues.

4.2.3. Collecte des données

Les entrevues ont eu lieu dans un lieu choisi par le participant (dans les bureaux de SPOT-CCSE ou de l'organisme partenaire, à l'Université Laval ou au domicile du participant). Conformément à la demande du comité consultatif du projet afin de favoriser le contact avec les personnes rencontrées, les entrevues ont été réalisées par une équipe d'intervieweurs formée d'un membre de l'équipe de recherche et d'un représentant des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE participant au comité consultatif du projet. Chacun des représentants des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE a réalisé entre deux et quatre entrevues, selon les disponibilités et intérêts de chacun. Trois entrevues ont été réalisées par les chercheuses sans être accompagnées. Le canevas d'entrevue a été développé à partir du cadre conceptuel, de la revue de la littérature et de l'expérience des membres du comité consultatif. Il comprenait six sections : 1) SPOT-CCSE dans le parcours de soins ; 2) l'expérience des soins et services à SPOT-CCSE ; 3) l'expérience des soins et services dans les autres milieux ; 4) les innovations à la clinique SPOT-CCSE ; 5) l'appréciation des soins et services à la clinique SPOT-CCSE ; 6) la description de SPOT-CCSE en quelques mots. Le canevas d'entrevue est présenté à l'Annexe 2. Les entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis ont été transcrites intégralement par le transcripteur. La professionnelle de recherche a ensuite écouté les enregistrements audio et validé la transcription des entrevues afin d'en valider la fidélité.

4.2.4. Analyse des données

L'analyse préliminaire des entrevues s'est faite au fur et à mesure à partir des notes prises par l'intervieweur et d'une codification préliminaire. En se basant sur cette première analyse, il a été jugé que douze entrevues étaient un nombre suffisant pour atteindre la saturation théorique des thèmes puisque peu de nouvelles informations ont émergé du corpus pour les deux dernières entrevues (Miles et Huberman, 1994). Une première étape de familiarisation avec le matériel a été effectuée afin d'en dégager le sens et guider les étapes de l'analyse finale. Ensuite, une analyse thématique par catégories émergentes a été réalisée à partir des transcriptions des entrevues individuelles par la professionnelle de recherche (Miles et Huberman, 1994 ; Saldana, 2009). À mi-parcours, un accord interjuge a été réalisé sur trois des 12 entrevues afin de valider les

catégories créées entre les chercheuses et deux professionnels de recherche. La codification a été raffinée au cours de ce processus afin de produire la codification finale. Un accord interjuge a été réalisé sur cinq des 12 entrevues. Les codes jugés ambigus ont été révisés. La codification et les comparaisons entre les codifications ont été réalisées à l'aide du logiciel QSR NVivo.

4.3. Observations des pratiques de la Clinique SPOT-CCSE

Afin de mieux comprendre les pratiques innovantes et le contexte dans lequel elles se déploient, des observations non participatives ont été réalisées dans les aires communes de chaque point de services (aucune observation n'a été effectuée dans les salles de consultation). Les observations se sont déroulées du 12 janvier 2017 au 24 février 2017. La durée de chaque observation était de la même durée que les heures d'ouverture de la clinique SPOT-CCSE, soit environ trois heures. Deux observations ont été réalisées dans chaque point de services, à l'exception d'un point de services qui, pour des raisons logistiques, permettait difficilement de réaliser une seconde observation. La professionnelle de recherche a réalisé les activités d'observation directe en notant systématiquement les éléments prévus dans une grille d'observation formalisée (Mayer, 2003) (voir Annexe 3). Ces éléments étaient liés aux dispositifs matériels, aux actions, aux personnes observées et à leurs propos exprimés dans les situations observées ainsi qu'aux conditions de l'observation. Afin de perturber le moins possible le milieu observé, la non-intrusion dans la situation observée a été privilégiée (Mayer, 2003). La tenue d'un journal de bord a permis de relever les impressions de l'observatrice lors de séances d'observation afin de favoriser la distanciation et mettre en contexte les notes d'observation et, s'il y a lieu, les intrusions (Laperrière, 1998). Les notes d'observation ont fait l'objet d'une analyse par catégories émergentes (Charmaz, 2006). Une première lecture flottante a permis d'en comprendre la logique et le sens. Un examen systématique au moyen de catégories générales a ensuite permis leur interprétation.

4.4. Questionnaire auprès de personnes impliquées dans la coordination de SPOT-CCSE

Cette étude comportait également un volet portant sur l'analyse de quatre projets québécois visant à favoriser l'accès et la qualité des soins et des services de santé de première ligne pour les personnes marginalisées. Les projets à l'étude étaient les suivants : 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. Les personnes impliquées au sein de ces quatre projets ont été invitées à participer à cinq journées d'échange qui ont été tenues entre juin 2016 et mai 2017, à Montréal et à Trois-Rivières. À la suite de la première rencontre, un questionnaire autoadministré a été envoyé à chacun des participants. Il visait à identifier les pratiques innovantes mises en œuvre dans ces projets, notamment la population ciblée, les pratiques différentes des autres milieux, les défis et les facteurs facilitants (voir Annexe 4). Les résultats concernant les quatre projets québécois seront présentés dans un rapport actuellement en développement.

4.5. 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). Tous les participants aux entrevues

semi-dirigées, les acteurs de SPOT-CCSE (professionnels de la santé, pairs aidants, stagiaires) présents lors des observations et les personnes ayant participé au volet portant sur l'analyse de quatre projets québécois ont signé un formulaire d'information et de consentement. Les professionnels de recherche (incluant les intervieweurs membres du comité consultatif) et le transcripteur ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

5. RÉSULTATS

5.1. Entrevues menées auprès de personnes ayant recours aux soins et aux services de la clinique SPOT-CCSE

5.1.1. Description des participants

Au total, 12 personnes ayant eu recours aux soins et services de SPOT-CCSE ont participé à l'étude. Les entrevues ont duré en moyenne 71 minutes (de 33 à 144 minutes) huit entrevues ont été réalisées dans les organismes communautaires recevant SPOT-CCSE, dont trois immédiatement après une consultation à SPOT-CCSE. Trois entrevues ont été réalisées au domicile du répondant et une seule a été réalisée dans les locaux de l'Université Laval.

Au total, trois femmes et neuf hommes ont participé à ce projet, ce qui reflète globalement la fréquentation de la clinique par les femmes et les hommes puisque du 1 avril 2016 au 31 mars 2017 64 % des utilisateurs de SPOT-CCSE étaient des hommes et 36 % des femmes. Les participants étaient âgés de 25 à 72 ans. Sept participants fréquentaient l'organisme communautaire qui recevait la clinique SPOT-CCSE. La majorité (9 sur 12) n'utilisait qu'un seul point de services de la clinique SPOT-CCSE. Deux participants avaient utilisé deux points de services et un des participants avait utilisé quatre points de services. Le point de services ayant commencé ses activités en septembre 2016 n'a été utilisé par aucune des personnes rencontrées. Le tableau suivant détaille les caractéristiques des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE ayant participé aux entrevues.

Tableau 2
Caractéristiques des personnes ayant participé aux entrevues

Pseudonyme ¹	Âge	Sexe	Point de services déjà utilisé	Nombre d'utilisations de SPOT-CCSE	Inscription passée à un médecin de famille	Inscription actuelle à un médecin de famille	Problème de santé	Fréquentation actuelle des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (excluant l'urgence)
Olivier	25-34	H	A	4	Non	Non	Aucun	Aucune
Fabienne	25-34	F	A	≥10	Oui	Non	Problème de santé mentale	Éducateur spécialisé en CLSC
Charlotte	25-34	F	B, C	≥10	Non	Non depuis 10 ans Avant, médecin en région	Problème de dépendance (drogues) Problème de santé mentale	Aucune
Jason	35-44	H	B	6	Oui	Non Médecin de famille décédé	Problème de dépendance (drogues)	Aucune
Ned	35-44	H	A, B, C, D	5 - 6	Oui	Non	Problème de dépendance (drogues)	Aucune
Maude	35-44	F	B	1	Non	Non	Contexte de violence	Aucune
Billy	35-44	H	C	1	Oui	Oui, mais le médecin prendra sa retraite sous peu	Ancien utilisateur de drogues	Médecin de famille

¹ Les noms des participants ont été remplacés par des pseudonymes afin de préserver la confidentialité des propos.

Tableau 2 : Caractéristiques des personnes ayant participé aux entrevues

Pseudonyme	Âge	Sexe	Point de services déjà utilisé	Nombre d'utilisations de SPOT-CCSE	Inscription passée à un médecin de famille	Inscription actuelle à un médecin de famille	Problème de santé	Fréquentation actuelle des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (excluant l'urgence)
Karl	45-54	H	C	3 - 5	Oui	Oui	Problème musculo-squelettique Problème de santé mentale	Médecin de famille et psychologue
George	55-64	H	D	4 - 5	Oui	Oui, mais difficulté d'accès, car le médecin travaille dans une autre ville	Problème cardiovasculaire et musculo-squelettique	Médecins spécialistes en milieux hospitaliers CLSC Médecin de famille (autre ville)
Jacques	55-64	H	D	4	Non	Non	Problème pulmonaire	Services spécialisés en milieux hospitaliers
Robert	65-74	H	A, B	5	Oui	Oui, mais n'utilise pas les services du médecin, car la relation est non satisfaisante	Problème musculo-squelettique Problème cardiovasculaire Problème de dépendance (drogues)	Aucune
Paul	65-74	H	C	1	Oui	Non	Problème pulmonaire	Aucune

5.1.2. État de santé des personnes rencontrées

L'état de santé des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE rencontrées dans le cadre des entrevues était très variable. Parmi les douze personnes rencontrées, une seule mentionnait n'avoir aucun problème de santé, lorsque rencontrée. Cinq personnes indiquaient présenter des problèmes de santé physique chroniques (cancer, arthrose dégénérative, bronchite chronique, hernie discale, maladie cardiovasculaire) et aussi, pour l'une d'entre elles, un problème de santé mentale. Une autre personne rapportait des problèmes de santé mentale (anxiété, trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité). Trois personnes mentionnaient qu'elles utilisaient des drogues dont une présentait aussi un problème de santé mentale et une autre se présentait comme un ancien utilisateur. Enfin, une personne précisait vivre dans un contexte de violence.

Parmi les douze personnes rencontrées, huit personnes indiquaient avoir déjà été suivies par un médecin de famille, mais seulement quatre étaient présentement inscrites auprès d'un médecin de famille. Parmi les quatre autres personnes qui avaient déjà eu un médecin de famille, une précisait avoir perdu son médecin suite à son décès, une autre suite au déménagement de son médecin et deux autres parce qu'elles avaient changé de région.

Si quatre des personnes rencontrées étaient actuellement inscrites auprès d'un médecin de famille, seulement trois d'entre elles utilisaient actuellement leurs services. En effet, une personne a rompu le lien avec son médecin, estimant qu'il s'agissait d'un mauvais médecin et qu'il ne recevait pas des services adéquats.

J'y ai été, pis j'y ai dit : « Moi pis toi là ». J'y ai dit : « Ça marche pas notre affaire ». J'y ai dit : « T'es pas un bon médecin de famille, tu m'as pris, pis ». Je dis là, je rentrais ici deux minutes pis je sortais et euh..., ça fait que, c'est ça! J'y ai dit : « Je veux plus ça et je te veux plus comme médecin de famille. » (Robert).

Les trois autres personnes ayant un médecin de famille estimaient avoir une bonne relation avec celui-ci. Cependant, il s'avérait difficile pour deux d'entre elles d'obtenir un rendez-vous que ce soit en raison de la liste d'attente pour l'une ou du fait que son médecin vit à l'extérieur de la ville pour l'autre. La troisième personne indiquait qu'elle perdrait son médecin au cours des six prochains mois en raison de son départ à la retraite.

Moi, c'est sûr que si je vais au médecin, je vais au médecin de famille, mais prendre un rendez-vous avec mon médecin, c'est quelques mois (Karl).

Oui, très loin, il est sur la Rive-Sud. C'est loin, je peux pas. C'est pas tout le temps, j'ai pas vraiment tout le temps, le temps d'aller là et puis ça me prend un lift (George).

Parmi les cinq personnes rapportant avoir un problème de santé physique chronique, deux indiquaient être suivies par un médecin de famille en plus d'être suivies en milieu hospitalier et une personne avait un suivi uniquement en milieu hospitalier. Les deux autres personnes présentant un problème de santé physique chronique important signalaient n'avoir aucun suivi médical.

Pour les trois personnes rapportant avoir une problématique de santé mentale, l'une d'elles expliquait avoir un suivi auprès de son médecin de famille et en psychologie dans un centre spécialisé. L'autre mentionnait avoir un suivi en CLSC auprès d'un éducateur spécialisé. Une personne ne rapportait aucun suivi.

Au-delà des problèmes de santé physique chroniques ou des problèmes de santé mentale, toutes les personnes rencontrées, à l'exception d'une seule, disaient avoir eu d'autres besoins de santé qui les ont incitées à obtenir des soins de santé au cours de leur vie. Par contre, lorsqu'elles ont besoin de consulter un professionnel de la santé, elles expliquent avoir peu d'options. Elles se tournent majoritairement vers les urgences des hôpitaux pour obtenir des soins, peu importe le problème de santé présenté. Ainsi, elles vont à l'urgence pour répondre à une inquiétude, pour faire un sevrage, pour une blessure ou pour des problématiques plus complexes. Encore aujourd'hui, si elles ne peuvent pas attendre les périodes de consultation de la clinique SPOT-CCSE, les urgences des hôpitaux représentent la seule alternative à leurs yeux. Une seule personne a mentionné avoir tenté d'utiliser, sans succès, les services d'une clinique sans rendez-vous et elle n'a pas répété cette expérience non appréciée.

Une des personnes rencontrées n'avait utilisé aucun service de santé depuis son enfance. Elle expliquait cela par le fait qu'elle n'avait eu aucun problème de santé jusqu'à tout récemment.

J'avais pas de bobos. J'avais pas de bobos (Jacques).

5.1.3. Expériences des soins dans le réseau de la santé et des services sociaux

Afin de mieux comprendre comment le recours aux soins et aux services de SPOT-CCSE s'inscrit dans le parcours de soins de personnes marginalisées utilisatrices de la clinique et les pratiques innovantes de SPOT-CCSE, nous avons exploré les expériences des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux en général. Les expériences des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE dans le réseau de la santé et des services sociaux sont multiples. Toutes font mention de plusieurs expériences négatives vécues dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours de leur vie, à l'exception d'une seule personne actuellement dans la cinquantaine qui n'a eu aucun contact avec le réseau de la santé et des services sociaux depuis son enfance et qui s'est présentée à la clinique SPOT-CCSE récemment et a été référée au réseau pour un problème de santé physique sérieux. La moitié des personnes rencontrées rapporte avoir vécu des expériences positives dans le réseau de la santé et des services sociaux et il s'agit généralement d'expériences en lien avec un, voire deux professionnels de la santé spécifiquement.

Les expériences vécues jugées négatives ou positives semblent dépendre essentiellement des personnes qu'elles ont rencontrées et non pas du lieu, du contexte ou des raisons de consultation.

Ben, y en pas une de pareille, genre. Au triage, mettons quand t'es à l'urgence, y en a qui sont bien sympathiques comme y en a qui ont l'air bête là. Tu sais, eux autres, je pense qu'ils font rien que faire leur job, pis ils s'en crissent là, genre. Tu sais des fois quand tu files crissement pas bien, tu y dis. À un moment, y en a une, tu sais, elle a été cool, genre. J'ai jaser, je lui ai expliqué mon point de vue, pis elle m'a monté de la salle là, genre. Je change ton code de gravité de ce que t'as ou je sais pas trop comment ils appellent ça, mais en tout cas, ça m'avait fait sauver du temps là. Mais, c'est comme, pour les mêmes affaires, j'ai déjà retourné, pis ils s'en câlissaient là. Pis ça dépend des médecins itou là. Mais dans les autres places, c'est arrivé très souvent là, donc je le vois genre que à cause que suis un junkie, pis que je leur dis, pis ils s'en câlissent là (Ned).

Si les expériences sont variées et que plusieurs ont eu des expériences positives, lorsqu'il leur était demandé de décrire le déroulement d'une consultation dans le réseau de la santé et des services sociaux, elles débutaient le plus souvent par relater des expériences négatives. Cette section aborde plus en profondeur les expériences négatives dans le réseau de la santé et des services sociaux et la suivante abordera les expériences positives.

5.1.3.1. *Expériences négatives au sein du réseau de la santé et des services sociaux*

Lorsque questionnées sur leurs expériences dans le réseau de la santé et des services sociaux, un élément récurrent rapporté par les personnes rencontrées est **le temps d'attente** dans les hôpitaux. Plusieurs ont eu l'expérience d'attendre de nombreuses heures dans les urgences pour obtenir des soins. Un participant signale avoir passé trois jours à l'urgence.

Trois jours ostie, à l'urgence, c'est longtemps là, trois jours (Ned).

C'est long! Excessivement long. Trop long (Paul).

L'hôpital est ainsi un **lieu qui est appréhendé** lorsqu'elles doivent s'y rendre. Certaines personnes indiquent qu'elles doivent se préparer psychologiquement avant d'y aller et d'autres préfèrent éviter d'y aller.

Pis là, eux autres, ça été tellement long que c'est pour ça qu'à cette heure, j'y retourne pas, là (Olivier).

Au-delà des longues heures d'attente dans les salles d'urgence pour une consultation, les personnes relèvent **la longueur de l'attente entre les consultations** auprès de spécialistes. Certains soulignent que l'attente imposée entraîne une détérioration et des complications de leur état de santé.

Trop long. Pour le système qu'on serait supposé d'avoir ici au Québec, ce serait supposé d'être beaucoup plus vite que ça. Euh, le temps d'attente. Pis le temps d'attente entre mettons une convocation, pis le temps que t'en as pour l'opération, c'est long. T'en souffre un méchant bout entre les deux. C'est interminable à des bouts. [...]. Fait que tu peux voir la longévité du temps d'attente? Quand t'es rendu qu'il faut que tu te rendes jusque-là? C'est excessif. Quand ils me disent « Vive le Québec », là, moi je pars à rire. S'il te plaît, parle-moi d'autre chose, parce qu'on est un système pourri (Paul).

Oh oui, on se dégrade un peu là. Regarde-là, moi je me levais avec mon œil là. Pis là : « On peut rien faire monsieur là, faut que vous attendiez là » (Georges).

Un des participants évoque avoir vécu une grande détresse psychologique en lien avec un problème de santé et pour lequel il a dû attendre plus de deux ans pour se faire opérer. Il avait même développé des idées suicidaires.

Ça a pris quasiment une tentative de suicide pour me faire soigner, commencer à me faire soigner. Moi, j'ai, ça a commencé là, vraiment là, vraiment là. Le contact avec des hôpitaux, c'est euh! Un soir, c'était le suicide. Ça, ça a été. Mais, y a une femme qui est arrivée, elle m'a dit : « Non je te laisse pas tout seul, tu t'en vas à l'hôpital, je te laisse à l'hôpital ». [...]. Ça faisait deux ans que j'attendais pour avoir mon opération, pis je travaillais avec ça, pis tout le monde me regardait dans les autobus, c'était épouvantable. Je me suis ramassé en tout cas en psychiatrie à l'hôpital Saint-Jean¹ (Georges).

Les personnes rencontrées déplorent le fait que pour être pris en charge actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux, il faut nécessairement présenter un problème de santé urgent, ce qui incite malheureusement à attendre que **l'état de santé se détériore avant de se présenter** aux urgences.

Oh, bah, c'est pas urgent, c'est pas urgent. Ben oui, mais ils attendent quoi avant que ce soit urgent, ils attendent-tu qu'on rentre sur une civière? Ou en ambulance, à moitié sans connaissance? C'est ça notre système aujourd'hui. Si t'arrives pas en ambulance, prends ton mal en patience, pis attends. Pis, quand tu pars, ah ben là. Tu sais, on va se revoir dans un mois, dans deux mois, dans trois mois. Ah, tu sais je veux dire, quel système qu'on a, pis ça coûte des milliards, des millions et des millions le système (Paul).

Enfin là, c'était pas pour un sevrage, c'était vraiment ma santé qui rushait. Pis, il a fallu que je perde connaissance dans la salle d'urgence pour qu'ils finissent par me passer là. Elle avait pas l'air à croire que j'avais mal (Ned).

Une fois qu'elles ont réussi à obtenir une consultation dans le réseau de la santé et des services sociaux que ce soit à l'urgence ou dans un autre lieu, les personnes déplorent le fait que **le temps accordé à la consultation** est habituellement très court, voire trop court, pour recevoir un service jugé approprié à leur demande et à leur état de santé. Certains ont le sentiment qu'ils dérangent les professionnels et qu'ils prennent leur temps de travail.

Présentement, je me trouve être suivi au centre Levasseur (psychologue). Je suis suivi une fois aux trois mois. C'est 45 minutes. Et puis, la personne qui te jase, ben qui te jase. Tu jases à la personne. La première nouvelle que tu sais, c'est que, ah, elle a quasiment les yeux fixés sur l'horloge. Tu sais, c'est vraiment plate dans ce temps-là (Karl).

Parler de rien, même si j'aurais eu d'autres choses à parler, il prenait pas le temps. Il me faisait lever mon gilet là, il me mettait sa machine dans le dos là, « Oh, tout est beau, tout est beau ». C'est tout ce qu'il fait (Robert).

Ben, c'est du bourrassage, dans les hôpitaux habituellement, c'est du bourrassage (Karl).

Fait que le médecin, il a même pas pris le temps de savoir, pourquoi j'étais là, pis même pas pris le temps de rien faire. Il m'a juste donné dix Ativan, pis en me disant de pas aller ailleurs, en me disant de pas aller dans d'autres hôpitaux, qu'ils m'en donneraient pas. Fait que (Fabienne).

Et avec le médecin de l'hôpital, c'est comme [claque des doigts] « Okay, c'est bon, qu'est-ce que tu as? » Comme si tu dois parler très vite, tu sais comme si tu étais là pour, prendre son temps (Maude).

Certains déplorent le **grand nombre de personnes** en attente de soins dans les hôpitaux. Cette situation est plutôt difficile pour les personnes qui n'aiment pas être dans des foules.

La majorité des personnes partagent le **sentiment d'être jugées**. Elles ressentent du jugement de la part du personnel soignant en lien avec leur situation passée ou actuelle comme utilisateur de drogues, leur apparence et leur habillement ou encore en lien avec leur situation socioéconomique. Certaines se sentent jugées comme des personnes qui profitent de l'aide de dernier recours.

Les petites gardes qui sont là, ils font bien leur possible, mais les docteurs en bout de ligne, eux autres, ils jugent solide (Karl).

Je vais me cacher. Un autre crisse de profiteur d'aide sociale. C'est de même que je me sens. Tu me demandes comment je me sens. Je me sens jugé de même. J'ai été élevé dans ça. [...]. Dans mon temps-là, t'étais pas une personne sur l'aide sociale, t'étais un hostie de BS. [...]. Celui qui est sur l'aide sociale, qui traîne dans marde, qu'il se lève les manches et y retourne travailler. Hiii, mais c'est pas de même que ça marche, tu sais. Y en a qui sont vraiment pas capables malheureusement de travailler (Karl).

Les personnes signalent que le fait d'être jugées aux premiers abords entraîne une **attitude et un traitement différents** de la part des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans certains cas, on ne leur offre pas le service dont ils auraient besoin en raison des jugements qui sont posés.

[...], j'arrive à l'hôpital et ils m'amènent sur une civière. Je suis restée là pendant trois jours. Y a pas personne qu'y est venu me voir. Le médecin, ça faisait trois jours qu'il était pas venu. Je fais comme, sonne, sonne, sonne. J'ai pas juste ça à faire. « Ben, vous êtes sur l'aide sociale, madame ». « Ben, j'ai pas juste ça à faire, même si je suis sur l'aide sociale! J'ai du bénévolat à faire, moi, madame! » (Charlotte).

Du monde de la rue de même, quand t'arrives, t'as pas d'adresse, t'arrives à l'hôpital là, on dirait qu'ils s'occupent moins de toi là. T'es moins important là, on dirait (Georges).

Quand moi je me présente habillé de même à l'hôpital là, c'est ce qui me force à pas retourner à l'hôpital. C'est que, j'arrive [...] à l'hôpital, et mettons que le médecin il a déjà ses yeux qui me jugent, pis qui me rabaissent pis que, tu sais. Les deux, trois infirmières qui s'occupent de toi s'occupent crissement vite de toi parce qu'ils se disent : « T'es qu'un fucké de drogué, on veut pas le revoir » (Billy).

Certaines personnes relatent des expériences où des professionnels ont **menacé de ne pas les traiter** si elles revenaient encore à l'urgence pour des problèmes semblables et une personne a vécu un **refus de traitement**.

Le docteur, moi, quand il est venu me voir, il s'est assis sur la civière : « Encore toé, je veux rien savoir de toé ». Ça avait pas sa place, je suis d'accord. Mais qu'est-ce que vous voulez faire, c'est dans toutes les corps de métier, y en a des bons, pis y en a des moins bons (Karl).

Ce qu'elle m'a dit : « Là, la prochaine fois, je te le drainerais pas ton, ton abcès, tu demanderas à mes collègues de te le drainer ». Tu sais. C'est que c'est rough pour moi là dans la tête, là? Tu sais, ils comprennent pas là. Ils comprennent pas là que le monde, là, c'est, c'est pas euh « Oh, viens on va se shooter là! Ah, c'est le bonheur total là! » Non, non, quelqu'un qui, qui, qui fait ça, c'est parce que ça va pas ben. On se le cachera pas là, c'est qu'on a vraiment besoin d'aide. Pis le jugement là, je commence à être tannée que le monde étiquette les junkies. Tu veux qu'on arrête? Ben, pose les bonnes questions : « Pourquoi tu fais ça? » « Ben tu sais, c'est pas facile ces temps-ci, j'ai pu mes parents, ma fille, elle est euh, mes enfants ils ont tous été enlevés par la DPJ ». Tu sais, euh. Qu'ils se placent à la place de nous-autres, qu'ils posent des questions à la place de porter des jugements. Tu sais, ça serait tellement, tellement plus agréable. C'est leur job de poser des questions, aux médecins. C'est leur job. Selon moi là. Moi, les hôpitaux là, je les ai en dégoût. Pas capable. Pas capable pantoute (Charlotte).

En raison du jugement de la part de professionnels de la santé et de services sociaux, **plusieurs évitent de consulter** dans le réseau ou vont s'y rendre uniquement en dernier recours.

Ben moi, c'est ce que je viens de te dire, moi je me sens jugé en criss quand j'arrive à l'hôpital, pis vraiment rabaissé pis, autant par les employés que par les médecins. Fait que moi, ça me tente plus d'aller à l'hôpital, mais vraiment pas là. Moi je compare l'hôpital comme si je débarquais au poste de police. Sérieux là, ça se ressemble en criss. [...] Ben, c'est dans leurs commentaires, c'est dans les regards qu'ils ont sur toi, le service que t'as en plus, ils s'appliquent pas ben, ben. Ils vont me la prendre, la prise de sang, pis tu sais, le plaster, mets-toi-le tout de suite! Pis, euh, non c'est, euh, c'est rough là (Billy).

L'étiquetage. L'étiquetage. On est étiqueté « drogué ». Je suis pas une droguée, pour autant moi là. Tu sais. Je me considère pas une droguée, parce. La drogue, y en a sous toutes les formes. La cigarette, c'est une drogue. Un café, c'est une drogue. Tu sais. Okay, oui, les speed, ça c'est une criss de drogue, mais tu sais. Tu sais, la dernière fois que j'ai été à l'hôpital, c'était 2010, je venais d'arriver à Québec. 2010. C'était la première et la dernière fois que j'allais à l'hôpital. Étiquetée là, mais vraiment étiquetée (Charlotte).

Certains ont rapporté que le réseau de la santé et des services sociaux est comme une **grosse entreprise où les démarches apparaissent compliquées, où les patients sont envoyés d'un professionnel à l'autre, où l'on exige différents processus administratifs** de la part des patients et où le personnel transige avec les patients de manière **mécanique sans convivialité ni humanisme**. Les premiers rapports habituellement avec le personnel du réseau sont marqués par l'exigence de présenter la carte de l'hôpital, puis la carte d'assurance maladie ou une carte de crédit pour les personnes non couvertes.

Non, c'est que j'ai vu, voyons euh, celui qui fait le triage. Après ça, j'ai vu le médecin. Après ça, ils m'ont fait sortir. Après ça, ils m'ont fait revoir le médecin. Après ça, ils m'ont refait sortir. Après ça, ils ont appelé justement le spécialiste pour la gorge et il a fallu que j'attende encore quasiment une heure. Après ça, monte, va au quatrième étage, voit ce médecin-là, il me passe la caméra. Après ça, on repart. Fait là, ça fait quatre à cinq médecins, là, différents là (Olivier).

Oui, l'admission à l'urgence, merci. La première chose que demande la personne c'est carte de crédit. Et quand il demande ça, je suis comme : « Okay, mais j'ai une douleur, pour moi c'est très douloureux ». Mais, elle me dit : « Oui, mais j'ai besoin de la carte, c'est tout » (Maude).

Je rentre là le matin, pis je me cherchais un médecin de famille. La femme, elle dit : « Oh! Y a plus personne qui prend ça! » Elle dit : « C'est plein, full ». Il sort du bureau, il dit : « M'a le prendre, moi ». Mais, il m'a pris pour la carte, tu sais. Je suis allé le voir deux minutes dans le bureau, y m'a tâté le corps, pis : « C'est beau, vas-y » (Robert).

Les personnes se sentent **traitées comme un numéro ou un chiffre** de la part des professionnels, dans un réseau perçu comme une entreprise mécanique et marchande qui se doit, chaque jour, de faire passer un nombre important de personnes. Cela entraîne chez elles un sentiment de **dévalorisation et de colère** chez plusieurs des personnes rencontrées. Elles ne se sentent pas accueillies comme des personnes présentant des besoins et nécessitant des services. Elles vont même jusqu'à se sentir déshumanisées et traitées comme des choses, voire du bétail.

Dans les hôpitaux, tu peux pas jaser aux infirmières. Y ont pas le temps. T'es un numéro. T'es inscrit sur l'assurance sociale? Bon. T'es un chiffre d'assurance sociale, point final (Karl).

[...] comme si je suis une chose. Pas une, une personne. Tu sais comme si je regarde ça, je dis : « Ah okay, c'est bon, à l'hôpital ». C'est la même chose pour la. L'infirmière ne te regarde pas, tu te sens comme si, tu ne, tu dis c'est pas important pour elle. Tu, si tu demandes quelque chose, elle va te répondre, mais elle ne te voit pas jamais le visage. Tu te sens vraiment mal. [...] (Maude).

Ben, ah, une autre passe. Je suis tombé sans connaissance dans la salle d'urgence. Pis, ça a pris cinq minutes avant que quelqu'un vienne m'aider là. C'est fucké pareil dans une salle d'urgence d'un hôpital. Fait, tu sais des fois, ils ont pas l'air à catcher que, tu sais, que t'as vraiment besoin d'aide pis, on dirait c'est comme du bétail là, on en passe, on en passe (Ned).

Ben, comme quand je me suis fait revirer de bord, j'étais en tabarnak là. Je dis pas que c'est leur faute, j'ai rechuté, c'est sûr c'est moi qui l'a fait, mais tu sais ça aurait sûrement donné un coup de pouce de, qu'ils m'auraient aidé dans la voie d'arrêter là. Tu sais justement, pas se sentir comme un criss de trou de cul, pis me faire revirer de bord rien que parce que je suis un toxicomane (Ned).

Oui, c'est, c'est comme si tout, c'est pas important. [...]. Mais quand j'étais dans le petit salon pour attendre le médecin, il y a deux portes, une porte pour entrer le patient, une autre pour que rentrent le médecin ou les infirmières. Mais, quand une infirmière qui a fait le test de sang, elle a pas fermé la porte quand elle est sortie, je peux écouter tout ce qui se passe dans la place où étaient le docteur et les infirmières. Tu peux écouter comme si y a un petit party [rire], tout le monde fait : « Hahaha, hihhi, c'est bon », parle, placote, tout le monde. Je me suis comme. Moi, je suis ici. Après ça, quand rentre le médecin avec le visage comme fâché, tu penses, je ne suis, comment tu peux dire ça, je n'étais pas à l'hôpital

pour, parce que j'aime l'hôpital. J'étais à l'hôpital pour un traitement spécifique. Son visage, c'est la manière, toutes les façons de faire les choses. La manière comme je peux écouter qu'il parle, qu'il rit, que c'est, c'est comme très content tout le monde de l'autre côté, mais quand il rentre me voir moi, tu sais, comme euh : « Okay! Qu'est-ce que je dois faire pour toi? » (Maude).

Je me sentais cheap. Je me sentais cheap. Vraiment là, je me sentais comme rabaissée genre, j'étais une moins que rien. On est des humains après tout. J'ai pour mon dire, on a deux yeux, un nez, une bouche, pis on va toute aux toilettes (Charlotte).

5.1.3.2. Expériences positives au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Bien que toutes des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE rencontrées dans le cadre de ce projet aient eu des expériences négatives dans le réseau de la santé et des services sociaux, à l'exception d'une personne qui n'avait jamais eu recours au réseau, près de la moitié rapportent avoir eu des expériences positives dans des cliniques médicales, des CLSC et au sein du milieu hospitalier.

Plusieurs évoquent avoir eu des expériences où ils ont été **bien soignés** et où ils ont pu recevoir les services dont ils avaient besoin.

Je sais qu'y a beaucoup de monde qui chiale contre le système hospitalier, mais moi je veux dire euh, c'est sûr qu'il y a beaucoup de monde. On est bien traité, les docteurs pis les infirmières sont très gentils (Jacques).

J'ai fait une pneumonie, j'ai été très bien soigné aussi. J'ai resté onze jours, je pense. Dans des étages en l'air là, les étages de la pneumologie là. Pis, j'ai été très bien, très bien, très bien soigné aussi. Ouais. Ouais. Ouais (Robert).

Au CLSC, pis eux autres, ils me changeaient mon pansement tous les deux-trois jours-là. Ouais, et euh, ouais, au CLSC, j'ai été bien reçu aussi. J'ai reçu des bons soins, les infirmières sont ben gentilles (Jacques).

Avec le sentiment d'être bien soigné, la **compétence du personnel** et l'**efficacité des soins dispensés** dans le réseau de la santé et des services sociaux ont été soulevées par plusieurs.

Ben, ce que j'apprécie surtout, c'est que j'entends le monde dire que ça va mal dans le système de santé, dans les hôpitaux et toute ça et moi j'ai trouvé que c'était le contraire. Oui. Comme je vous dis, j'ai été à l'hôpital Roback, moi c'est toujours l'hôpital Roback, rien qu'une fois à l'hôpital Saint-Jean. [...]. J'ai parti en ambulance, pis j'en revenais pas. Ils m'ont endormi, pis ils m'ont tout ramanché les os. Je me suis réveillé, plus de douleur. Oh ouais, j'ai tombé pour moi je pense, ça doit être un orthopédiste, un gars qui connaissait ça, tu sais je suis tombé dessus et j'en revenais pas quand je me suis réveillé. J'y ai dit : « Hey les douleurs que j'avais ». Bon, je regardais tous les os démanchés, je sais pas. Et, il m'a tout ramanché ça, pis ça a pas été long à part de ça, pis je pense que j'ai dormi rien qu'une heure ou deux, pas plus, et je me suis réveillé, plus aucune douleur. J'ai dit : « Dans quel hôpital que je suis ici », j'ai dit : « J'ai frappé un bon médecin là » (Robert).

Tu sais, ils ont fait la job qu'ils devaient faire, ils ont soigné ce que, le bobo pour lequel j'y allais, pis (Ned). J'ai fait ces deux hôpitaux-là, pendant un certain temps, même assez souvent. Puis finalement, ben j'ai subi les opérations. Ils ont fait du deux dans un, fait que j'étais content, du deux dans un. Tu sais, je veux dire au lieu d'y aller deux fois, t'y vas rien qu'une fois. Ça m'a pris un bon médecin, autrement dit qui a dit okay, je te passe au couteau, on va faire les deux en même temps. Bravo, content. Aujourd'hui, je peux te dire une chose, je suis un nouveau, un nouvel homme (Paul).

Si le réseau de la santé apparaît comme synonyme de longue attente, il en est autrement pour plusieurs personnes qui précisent qu'une fois en lien ou introduit dans le réseau de la santé, ils ont pu bénéficier de **soins de santé très rapidement**, auprès de leur médecin de famille ou à l'hôpital pour des soins spécialisés.

Une fois rentré dans le système, ça va vite. T'attends pas là, t'attends pas longtemps dans les hôpitaux (Georges).

Quand je vais chez mon médecin, vu que ça fait des années que je l'ai, que quand y me voit, je passe. Ou alors, on me dit reviens à deux heures (Karl).

Pis, j'y dis : « Je serai pas opérable avant huit mois [...] ». Elle a dit : « Attends un peu. » Elle a pris son téléphone cellulaire devant moi, elle appelle à l'hôpital Arkham, elle dit : « Je peux parler à tel docteur ». [...]. Pis, elle y dit « J'ai un client ici, il faudrait que vous le rencontriez absolument, monsieur George ». Il dit : « Rendez-vous dans huit mois, il va passer dans huit mois, y a pas de place ». Elle dit : « Monsieur, vous avez pas le choix, je vous l'ordonne ». Y dit « Qu'y vienne lundi, mais qu'il arrive à 9 h 00 et pas 09 h 02, sinon je le prends pas ». J'étais là à sept heures, sept heures et demie là [rires]. Je rentre dans le bureau, il me regarde : « Ça fait deux ans que t'as ça [...] ? » J'attendais après lui. Il regarde sa montre, il dit : « Dans quinze minutes, on t'opère, Georges. » Mais avant que tu rentres dans le système, tu paies, t'es malade pareil là. Mais, t'as pas vraiment les soins appropriés (Georges).

Parce qu'une fois que Monty, quand il m'a rencontré, j'ai eu un suivi avec. Crisse, il me prenait entre deux patients, pis j'ai jamais attendu longtemps. Il est super cool, ce médecin-là. C'était un programme de substitution que j'étais, pis c'est lui qui me suivait, mais il était crissement cool. Il me voyait entre deux patients. J'avais jamais vu ça, un médecin faire ça, de ma vie là (Ned).

Ben, parce que mon médecin de famille c'est vraiment pas compliqué finalement. Au début, c'était compliqué de le rejoindre, mais depuis ça, depuis trois, quatre ans, je l'appelle. J'ai un rendez-vous une semaine après. C'est super vite. Pis la plupart du monde, ils chialent : « Oui, mon médecin de famille, ça prend trois mois, ça prend six mois, avant que je le vois, nanana ». Moi, chaque fois que je l'appelle, hostie, ça me prend une semaine. Même des fois, elle me rappelle avant : « Ouais, on a un trou dans deux jours, tu le prends tu ? » (Billy).

Plusieurs personnes ont souligné la **gentillesse du personnel** soignant rencontré dans le réseau de la santé et des services sociaux et une personne parle d'**humanisme**.

Les infirmières sont ben gentilles (Robert).

Je trouvais ça terrible, ce que j'entendais des fois. On est un peu comme des monstres. Mais dans la vie, c'est pas vrai. Fallait que je vive ça pour dire au contraire c'est du bon monde et pis, c'est des professionnels de la santé [...]. Ce que j'apprécie, c'est la gentillesse du staff là, qui travaille là. Les médecins sont, ben je dirais que j'ai vu au moins six sept médecins différents depuis que, que je me suis fait prendre en charge. Toute du monde gentil, rien à dire là-dessus (Jacques).

Je veux dire, on pogne tout le temps un bon médecin ou une bonne infirmière là, à l'hôpital (Georges).

Mais je sais pas, il était humain ce gars-là, tout simplement, il était humain. C'était pas rien que « je vois mes patients... » [...] Tu sais, j'ai déjà été dans le bureau, ma gueule arrêtait plus, pis il écoute là. Ça m'est déjà arrivé de me faire dire de me fermer la gueule par un médecin là, qui s'en câlissait, que c'était pas pour ça que j'étais là genre. Lui, il était humain. Il était cool (Ned).

Quelques personnes ont expliqué que certains problèmes vécus dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment les périodes d'attentes et le manque de temps lors des consultations, ne sont pas la faute des professionnels, mais relèvent des **contraintes du réseau** même. Elles soulignent que les professionnels de la santé et des services sociaux font face à beaucoup de pression, qu'ils doivent voir beaucoup de personnes et qu'ils doivent travailler de longues heures de suite.

Je veux dire, on pogne tout le temps un bon médecin ou une bonne infirmière là, à l'hôpital. C'est sûr, eux autres, ils ont un système d'attente, pis c'est ça. Tu peux pas, tu peux pas passer par-dessus ça là (Georges).

Tu sais, ils ont pas rien que ça à faire. Ils ont pas rien que toi à voir. Pis, c'est euh, quelque part je les comprends aussi. C'est sûr un boss dans le derrière. Pis ils sont poussés, sont poussés, sont poussés (Karl).

Parce que à l'hôpital eux-autres, tu sais, je me dis qu'ils font des chiffres de douze quatorze heures (Olivier).

Certains ont souligné qu'ils avaient apprécié l'**écoute** de la part de médecins rencontrés et que cela témoignait de leur volonté de comprendre leur situation.

Ben, il est à l'écoute. Pis, il me posait des questions. Il me parlait, pis il examinait, tu sais, tous les sens. Il est médecin, hein? Héhé. Il me gardait quasiment une demi-heure dans son bureau. Ça, on appelle ça un bon médecin. [...]. Je fréquentais le mouvement des alcooliques anonymes. Il s'informait comment est-ce que ça allait là-dedans et pis toute, de ma vie en général pis euh, les questions que le médecin peut poser, si je me sens tout seul, si je suis ouvert avec d'autres, et il me posait toutes sortes de questions (Robert).

Ben, je voyais que, il s'intéressait à ton, il avait l'air de s'intéresser à ses sujets genre. Il a pas l'air de signer un bout de papier, pis de s'en câliser là, contrairement à bien d'autres médecins que j'ai vu là (Ned).

Pour certains participants, l'**ouverture d'esprit** est un élément important d'une expérience positive de soins. Cette notion renvoie non seulement au non-jugement des personnes, mais aussi à l'ouverture et à la **souplesse** au regard de diverses modalités de traitement. Certains ont pu, grâce à l'ouverture d'esprit d'un médecin, avoir accès à du cannabis médicinal, une modalité de traitement qui leur a été refusé par d'autres médecins et qui les a grandement aidés.

Je l'adorais, c'était une femme exceptionnelle. Ces médecins-là, t'en verras plus. Des médecins comme elle là, des médecins de famille, aussi terre-à-terre et ouverts d'esprit là, t'en verras jamais. [...]. On était pas amis, je pouvais pas savoir, mais t'avais une paix d'esprit là. C'est, c'est inimaginable comment, pis pour une personne de son âge, ne pas porter de jugement sur le pot parce que dans ce temps-là, c'était loin d'être légal là. Tu pensais même pas que ça aurait devenu légal là, l'année prochaine là. Tu pensais même pas à ça là. Elle était vraiment terre-à-terre, pis aucun jugement (Charlotte).

Pour d'autres, ils rapportent que la modalité de traitement proposée initialement par l'infirmière ou le médecin a changé une fois qu'ils ont pu exprimer leur point de vue et leur situation. Cela leur a permis de recevoir une **proposition adaptée non seulement à leurs besoins, mais aussi à leur situation**.

[...] il dit : « Ça te prendrait une radiographie pour que j'aille voir vraiment ce qui se passe. Mais, il dit : « C'est pas normal là, t'es infecté ». Là je suis ressorti avec mon billet pour aller prendre ma radiographie, pis là la crise de panique m'a pogné là : « Hey là, je vais attendre encore deux heures hostie pour faire ma radiographie ». Là, je suis parti à pleurer hostie dans la réception, pis là je me suis mis à expliquer : « Hey non là, là, je suis tanné, faut que je m'en aille chez nous, ça file pas pantoute, nanana ». Le médecin il est revenu me voir, il m'a dit : « Okay, calme-toi, tu peux revenir demain avec ton papier, on va passer ta radiographie quand même, nanana ». Je l'ai trouvé super cool ce deuxième médecin là. [...]. Pis après ça, il m'a tout signé mes papiers qu'il fallait comme il faut [...]. Non, il a été crissement cool, le deuxième médecin, le deuxième spécialiste là, il m'a bien seizé tu sais. Il me voyait, tu sais que [...] pis il me l'a même dit. Il dit : « Inquiète-toi pas, il dit, je sais que ton apparence elle est importante pour toi, je te scraprais pas, pis je vais te donner tes papiers tout de suite [...] ». Tu sais, non, il m'a seizé tout de suite, il a vraiment été cool (Billy).

Certains ont souligné qu'ils observent des changements auprès des jeunes professionnels. Ceux-ci seraient plus ouverts d'esprit, ce qui les encourage pour l'avenir.

Ben de ce que j'ai vécu dernièrement, je vais te dire que je pense qu'on est parti sur la bonne voie là. Je pense que la nouvelle génération de médecins a l'air plus ouverte que les anciens (Billy).

5.1.3.3. Suggestions pour améliorer le réseau de la santé et des services sociaux

Au cours des entrevues, certaines suggestions pour améliorer le réseau de la santé et des services sociaux ont été proposées par les personnes rencontrées.

Il est suggéré de mettre en place un **programme de motivation qui s'adresserait aux professionnels de la santé et des services sociaux** qui travaillent dans le secteur public. Ce programme aborderait notamment le rôle des professionnels dans le réseau public.

Je pense que pour ça, il doit y avoir un programme de motivation. Il doit avoir un programme de motivation pour toutes les personnes qui travaillent dans la santé publique. Un programme de motivation pour travailler avec les autres. Un travail de motivation de « Pourquoi tu es une infirmière? Pourquoi tu es un médecin? Pourquoi tu travailles dans l'administration de l'hôpital? » Toutes les personnes qui vont dans un hôpital, qui ont besoin d'un service de santé, c'est pour une raison spécifique. Un problème. Le service se donne parce qu'on a besoin des autres, pour aller à ce service. Pour faire ça, il doit y avoir un programme de sensibilisation. [...]. Mais si la personne qui va prêter le service public ne comprend pas qu'elle travaille avec le public, probablement elle ne va pas bien faire son travail. Et c'est le besoin d'un système, un système doit savoir pourquoi il existe, pourquoi être là. Parce que je pense que chaque personne qui est dans le système doit penser : « Mmh!, je suis ici parce que chaque Canadien paie pour moi, je dois produire un bon service, je dois penser que j'ai la vocation du service » (Maude).

La formation du personnel et des futurs professionnels de la santé et des services sociaux apparaît comme un moyen prometteur pour transformer les attitudes négatives et les préjugés. Il est suggéré que les **personnes marginalisées puissent s'adresser à eux pour les sensibiliser.**

Ben, qu'on fasse un genre de, que le monde comme nous autres parle en avant. Qu'y dise à ces médecins-là : « On est des humains pareils ». Pis, c'est, faut qu'y comprennent que oui on est des humains et on a droit aux mêmes services qu'un avocat ou un, qu'un notaire et euh, qu'un policier. Tu sais, posez des questions, comment ça va. Écoutez-les, écoutez-les! Parce que c'est pas toujours euh, tu sais, sont pas toujours fous là le monde qui, ils pensent qu'on, que le monde qui parle tout seul sont fou. Non non, sont pas fou. C'est que si on, ils ont besoin d'aide, ils ont besoin d'aide. Ils ont pas besoin de se faire caler là, ils ont besoin d'aide. C'est ça. (Charlotte).

Des formations ou des conférences sont également suggérées qui viseraient à réduire les préjugés envers les personnes marginalisées.

Que justement, tu sais la personne elle peut être, avoir du linge déchiré, comme les punks, tu sais. Ils ont des cheveux de couleurs, des cheveux longs, des cheveux courts, des vestes de jeans ou de cuir avec des studs. Peu importe. Que cette personne-là a droit aux mêmes soins que, que ton collègue qui est médecin genre. Ou que quelqu'un qui est arrivé avec cravate heu, chemise cravate genre. Que, tu sais okay, entre les deux, c'est peut-être le monsieur avec la chemise cravate qui est drogué là, tu le sais pas là (Ned).

Il est aussi suggéré que les professionnels de la santé aient des **opportunités pour côtoyer de plus près les personnes marginalisées** afin de les sensibiliser à leurs conditions de vie bien différentes des personnes aisées.

Du monde qui, qui côtoie le monde de la rue. Parce que c'est une clientèle pauvre hein, SPOT c'est pas une clientèle riche, hein. On a une espérance de vie nous autres dans Saint-Sauveur, à 15 minutes d'ici Sillery, ils ont une espérance de vie de 7 ans de plus que nous, eux autres. Ils ont pas le même stress qu'ici. Ils ont pas de misère eux autres à payer le docteur privé là. Ça passe vite. Ici là, c'est pas ça. C'est pas pour rien qu'on a sept ans de moins d'espérance de vie qu'eux autres là. Ils se cassent pas la tête là, eux autres. Dans ce coin-ci, tu sais pas si tu vas manger le lendemain matin (Georges).

Une des personnes rencontrées souligne que d'après elle, il n'y a **pas beaucoup de choses à faire pour changer les hôpitaux** et qu'ils sont nécessaires en cas de situations urgentes.

Les hôpitaux, moi je pense, y a pas grand-chose à changer. Parce que c'est euh, y a pas grand-chose à changer dans les hôpitaux, dans les urgences. C'est quand ça saigne, quand ça va mal, quand t'es à l'article de la mort, euh, ça, tu vas à l'hôpital. Quand t'as pas le choix, quand t'as plus le choix, tu vas à l'hôpital (Karl).

Cette personne ajoute que **les personnes marginalisées doivent d'abord se changer elles-mêmes** et travailler sur leurs propres préjugés envers le réseau de la santé et des services sociaux.

Si, même si vous avez pas de jugement envers moi, si moi j'ai des jugements envers moi-même, c'est pas, je peux pas changer la société, c'est à moi de changer. Tu sais, si je veux vivre dans la rue pis heu, ça me tente pas de me faire regarder de travers, ben, c'est à moi de pas avoir une coupe Longueuil, de pas avoir un Mohawk ça d'épais sur la tête. C'est à moi de m'adapter à la société. J'ai connu des, je sais si, peut-être vous étiez pas là heu. J'avais d'affaire à aller à l'hôpital, j'avais mon gilet hépatite C, sur le dos, pis les infirmières se sont, elles m'ont posé la question, « C'est quoi ? ». C'est quoi la journée des hépatites, parce que moi je lui parlais de la journée des hépatites qu'on avait fait le 28 juillet passé, pas passé ici, l'autre avant, sur le parvis de l'église. Pis, je disais à l'infirmière parce que je faisais partie du dossier. Pis, ça les intéressait. Fait que, le préjugé dans les hôpitaux, d'accord il est là, mais le préjugé entre mes deux oreilles, il est encore plus là, que le préjugé des hôpitaux (Karl).

Enfin, une personne remarque que la clinique SPOT-CCSE et les hôpitaux représentent deux mondes à part, car les personnes qui fréquentent ces deux lieux sont très différentes. Faire en sorte que les hôpitaux adoptent les mêmes attitudes que celles observées à la clinique SPOT-CCSE paraît simplement impensable.

Parce que y a pas vraiment une autre place qui peut ressembler à SPOT. Tu sais parce que je verrais pas vraiment du monde de l'hôpital se déplacer dans d'autres milieux, parce que c'est deux milieux totalement différents, et moi je te dirais que le monde qui utilise le, ben voyons, SPOT-CCSE, c'est pas nécessairement le monde qui vont aller dans un hôpital là. C'est différent (Olivier).

5.1.4. Expérience des soins et services à la clinique SPOT-CCSE

5.1.4.1. Fréquentation des différents points de services

Au moment de réaliser les entrevues, trois personnes étaient allées à la clinique SPOT-CCSE une seule fois, sept personnes y étaient allées de trois à six fois et deux personnes y étaient allées plus de dix fois. La plupart ont utilisé la clinique SPOT-CCSE pour la première fois il y a plus d'un an, tandis que trois personnes y sont allées pour la première fois au cours des six mois précédant l'entrevue.

Neuf d'entre elles n'utilisaient qu'un seul point de services, notamment en raison de la proximité de la clinique avec leur domicile ou de leur lieu de stage ou aussi parce qu'elles fréquentent l'organisme communautaire où la clinique SPOT-CCSE offre des services.

Tu sais, j'irais pas dans un endroit que SPOT va que je connais pas (Fabienne).

Sur les douze personnes rencontrées, trois personnes utilisaient plusieurs points de services. Une personne a utilisé quatre des points de service, en plus d'un ancien point de services sans avoir de préférence. Les deux autres personnes avaient cependant une préférence entre les deux points de services qu'elles ont fréquentés. Pour l'une, elle préfère désormais utiliser le point de services situé le plus près de son nouveau domicile. Pour l'autre, elle préfère se rendre dans le point de services plus éloigné de son domicile, mais qui lui paraît plus convivial et qui a une équipe plus stable.

Ben moi, je suis proche du centre Olympe², mais j'aime mieux venir ici. Parce que ça à l'air plus convivial pis, c'est pas les mêmes personnes (Charlotte).

Dans la même lignée, une personne expliquait qu'elle n'utiliserait pas les services de SPOT-CCSE dans un autre organisme communautaire que celui qu'elle fréquente. Cela a un effet rassurant parce qu'elle connaît l'endroit ainsi que les personnes qui utilisent le service.

5.1.4.2. Connaissance de l'existence de la clinique SPOT-CCSE

Plusieurs personnes ont entendu parler de la clinique SPOT-CCSE par les **intervenants des organismes communautaires** qu'elles fréquentent. Dans certains cas, les intervenants leur ont donné des informations sur la clinique ou encore les ont aidées à faire le premier contact.

C'est les intervenants du Centre Olympe qui m'ont parlé. Moi, ils nous avaient dit qu'à tous les jeudis genre dans le temps, ils se présentent ou une fois par mois même, je pense qu'ils se présentaient (Billy).

Deux personnes ont entendu parler de la clinique SPOT-CCSE par le **pair aidant de la clinique** soit que ce dernier leur en a parlé ou qu'eux-mêmes ont été le voir pour avoir de plus amples informations.

J'en ai entendu un petit peu parler, fait que je voulais voir c'était quoi. J'ai parlé à [André³], pis je suis venu voir ce que c'était. J'ai eu les informations que je voulais avoir (Karl).

Dans d'autres cas, les personnes ont pris connaissance de SPOT-CCSE parce que la clinique se déplace **dans un organisme où elles travaillent** (une personne) ou **qu'elles fréquentent** (cinq personnes). Elles ont ainsi connu la clinique puisqu'elles ont participé aux travaux d'aménagement (une personne) ou l'ont vue en action ou à travers **des affiches** (trois personnes). Une personne a fait partie de la démarche de création de SPOT-CCSE.

² Les noms des points de services de SPOT-CCSE ont été modifiés.

³ Il est à noter que les personnes ayant participé aux entrevues ont pu référer aux deux pairs aidants ayant œuvré au sein de SPOT-CCSE de façon consécutive.

Ici, où j'étais dans le centre Gélinothe. Pis c'est là que j'ai commencé à utiliser ça. J'ai vu qu'y avait SPOT, parce qu'il y a eu la préparation aussi du local ici, fallait débarrasser un peu le local pour la, la, comment dire la, le fauteuil. Pas le fauteuil, mais le lit. C'est ça (Georges).

Euh, directement au centre Beauvoir j'ai vu une affiche de la clinique SPOT, puis ça m'intéressait fait que c'est ça qui m'a amené (Olivier).

5.1.4.3. Raisons de consulter à la clinique SPOT-CCSE

Les raisons qui ont amené les personnes à consulter la clinique SPOT-CCSE sont nombreuses. Certaines personnes n'ont **plus de carte d'assurance maladie** et ne peuvent pas consulter dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour certaines personnes immigrantes, leur statut actuel ne leur donne pas accès aux soins et, n'ayant **pas d'assurance**, elles doivent payer pour obtenir des soins. Pouvoir consulter à la clinique SPOT-CCSE, sans avoir l'obligation de présenter sa carte d'assurance maladie, est une raison de consultation déterminante qui a été soulevée.

Ça m'a un peu alarmé, oui. Ça m'a alarmé et ça a tombé quand SPOT était ici. J'ai dit : « Ben écoute, ben ». J'avais pas euh, j'étais bien quand même. Là, j'ai dit : « Je vais aller consulter, euh... » Bon, j'ai dit : « Je suis pas normal ». Pis euh, moi comme j'avais pas de carte, on m'avait dit qu'ils prenaient les gens sans cartes là, pour commencer (Jacques).

Et, je dis à mon intervenante : « Qu'est-ce qui va se passer ». [...] « Je ne peux pas aller aux urgences parce que, je n'ai pas l'argent pour payer ça » [pleurs contenus] (Maude).

La majorité des personnes rencontrées n'a pas de médecin de famille. Certaines personnes ont un médecin de famille, mais il est difficile de le voir dans de courts délais. Par conséquent, les personnes n'ont simplement **pas d'endroit où aller pour obtenir un suivi médical ou pour un problème qui n'est pas urgent**. Par son **accessibilité**, la clinique SPOT-CCSE leur permet d'obtenir les services dont elles ont besoin.

[...] je savais même pas où aller. Je savais pas où aller. Tu comprends? [...]. Si t'as pas médecin traitant là, tu sais pas où aller. Pis, vous trouvez où? À part de prendre tes bottines pis y aller, pis marcher pis d'aller visiter comme on dit, pis trouver dans une porte ou dans une vitrine, « Ah, le SPOT, c'est quoi ça? ». Là tu lis. Bon enfin! C'est le seul accès que j'ai présentement, que j'ai eu là (Paul).

Un facteur déterminant pour plusieurs personnes est la **rapidité du service** qu'elles reçoivent à la clinique SPOT-CCSE. La clinique SPOT-CCSE leur permet de recevoir les services dont elles ont besoin, sans devoir attendre longtemps. Avant même d'aller à la clinique SPOT-CCSE, elles savent qu'elles n'attendront pas comme à l'hôpital et elles sont presque assurées d'être vues en consultation.

Ben, justement, les engorgements dans les hôpitaux, dans les cliniques. Ici [clinique SPOT], j'ai jamais vu ça. Jamais attendu ben ben longtemps (Ned).

Pis, ça m'a fait que j'étais plus capable d'aller dans un hôpital, ça me tentait pas d'attendre trop longtemps, fait que. Pis vu qu'à SPOT c'est pas long, je peux rencontrer l'infirmière ou le médecin pis ils peuvent me donner le même suivi quasiment qu'à l'hôpital (Olivier).

Même pour un changement de pansement, tu peux attendre trois heures, quatre heures là-bas. Tandis qu'ici, tu viens donner ton nom, t'attends un petit peu pis, ou il dit : « Reviens dans une heure ça va être à ton tour à peu près là ». Tu peux aller te promener. Dans un hôpital, tu peux pas faire ça. Tu peux pas t'en aller de là. Si tu rates ton tour là, ils te reprennent pas là. Ils vont te reprendre, mais tu vas attendre peut-être encore cinq heures de plus (Georges).

Okay, c'est peut-être quatre heures, ils prennent huit, huit à dix personnes par jour, mais t'es sûr de passer tes huit, huit à dix personnes par jour (Charlotte).

Ben, ça me tentait pas d'attendre dans les urgences, pis euh excusez. Trop de temps dans les urgences pour me faire dire d'attendre, prendre des tylenols pis me reposer. Fait que je trouvais, ça allait beaucoup plus vite par SPOT (Karl).

La **proximité** de la clinique semble être un facteur important dans le choix de consulter à la clinique SPOT-CCSE pour certaines personnes. L'organisme dans lequel se déroule la clinique est souvent près de leur domicile ou de leur lieu d'étude, ou encore, il s'agit d'un organisme qu'elles fréquentent régulièrement, ce qui facilite la consultation. Elles peuvent saisir ainsi l'opportunité de consulter lorsqu'elles se trouvent sur les lieux au moment de la clinique SPOT-CCSE.

J'suis à l'école directement au centre Beauvoir fait que j'ai pas besoin de me déplacer une autre fois pour euh, pour SPOT, vu que c'est tout de suite après l'école, c'est déjà un plus pour (Olivier).

Ça adonnait. J'étais en congé de travail cette journée-là, je travaillais ici pis bon c'était la journée, pis y avait pas grand monde sur la liste. Je pense qu'y avait deux personnes, moi j'étais la troisième. « Ah, je vais me donner un coup de pied dans le cul, j'va y aller ». C'est la première fois, c'est quand même euh, j'ai passé un bon check-up, il m'a passé un bon check-up le docteur comme euh, comme un vrai docteur. C'est un peu stressant, normal après quarante ans (Jacques).

Moi, c'est beaucoup moins long, pour moi. C'est parce que je travaille, pis c'est à côté (Georges).

Pouvoir consulter **sans être jugé et recevoir de bons services** sont des raisons mentionnées qui ont conduit certaines personnes à consulter à la clinique SPOT-CCSE.

Pis, j'avais besoin d'une autre certification, d'une personne qui me dira pas, que j'aurais pas l'impression d'être devant lui comme un demandeur de pilules. Okay, devant l'infirmière, qu'elle me voyait pas comme euh : « Hey regarde l'autre qui vient encore demander des maudites pilules », qui juge rough de même sans savoir ce que c'est. Parce que j'avais plus confiance avec l'infirmière de SPOT qu'envers le docteur de l'hôpital (Karl).

Tu sais, oui je vais à la clinique SPOT à [Beauvoir]. [Beauvoir] c'est un endroit que je me sens quand même bien, je connais l'endroit, c'est à côté, fait que j'aime mieux aller là, voir quelqu'un que je sais qui me jugera pas (Fabienne).

Aussi, puisque la clinique se trouve dans un organisme communautaire que plusieurs personnes fréquentent et où elles se sentent bien, il est moins stressant de consulter dans cet **environnement familial** perçu par certaines personnes comme chez soi.

Ben là, c'est parce que ici c'est un peu comme chez nous hein. C'est comme si tu recevrais ton médecin chez toi. T'es dans un environnement que tu connais. Donc, on dirait à l'apparence, moins stressant. Un hôpital, c'est une autre histoire. Dans le bureau de médecin, c'est une autre histoire, c'est pas pareil (Jacques).

De la manière que je me sens quand je sors d'ici. C'est sûr que la vision de sortir de l'hôpital, et la vision de sortir d'ici, qui savent ce que t'es venu faire ici. Y a personne ici qui sait ce que t'es venu faire icitte. [...]. Mais quand je sors de SPOT, c'est comme si tu sortais de chez vous (Karl).

Bien que certaines personnes aient l'opportunité de consulter ailleurs, elles préfèrent, dans certaines situations précises, consulter à la clinique SPOT-CCSE. Cela leur permet d'aborder plus aisément et en intimité des **problématiques plus sensibles** qu'elles ne seraient pas à l'aise d'aborder avec des professionnels de ressources qu'elles ne connaissent pas, par gêne de discuter de certains problèmes de santé comme le dépistage des maladies transmises sexuellement ou de se présenter dans un état particulier,

comme en consommation. Une personne a soulevé le souci de confidentialité et préférait consulter le personnel de la clinique SPOT-CCSE, plutôt que le personnel lié à l'organisme communautaire qu'il fréquente et où il y a beaucoup de personnes.

C'est juste le fait qu'il y avait moins de monde ici. Fait que tu sais ça me tentait pas non plus que je parle à l'infirmière au centre Beauvoir, pis qu'il y ait d'autre monde qui, tu sais qui m'entende ou quoi que ce soit de même [...]. Parce qu'au début j'étais pas vraiment, comment dire donc, intéressé à en parler avec l'infirmière du centre. J'étais pas à l'aise, fait que j'en ai parlé un peu avec SPOT (Olivier).

Tu sais, mon médecin, il était trop bon, il était trop cool, ça me tentait pas d'y montrer comment est-ce que je pouvais me défoncer et que je pouvais être gelé des fois, pis pas capable de dégeler. Ça me tentait pas de montrer ça à mon médecin (Billy).

Puisque SPOT-CCSE est situé dans des organismes communautaires fréquentés par la plupart des personnes rencontrées, certaines personnes ont consulté la clinique, car elles ont été **référéées**, voire fortement encouragées par des intervenants ou le directeur d'un organisme qu'elles fréquentent.

La vice-directrice [...] qui m'a poussé à aller voir SPOT. J'aurais pas été. J'aurais pris du temps avant d'y aller (Jacques).

Parmi les autres raisons mentionnées, il y a notamment l'**horaire de soir** de la clinique qui permet d'aller consulter à la clinique sans devoir s'absenter de l'école, une condition importante pour une personne recevant un programme d'aide à l'emploi.

5.1.4.4. Raisons médicales de consultation

Les personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE ont consulté pour une multitude de raisons. Plusieurs se sont présentées à la clinique pour des problèmes de santé physique divers tels qu'une conjonctivite, des amygdalites, un abcès dentaire, des doigts enflés, des lombalgies, des plaies, une brûlure ou des blessures. Une seule personne a spécifiquement eu recours à la clinique pour un problème de santé mentale.

Par ailleurs, une personne avait des inquiétudes et désirait faire des tests de dépistage des infections transmises sexuellement. Deux personnes ont eu recours à la clinique SPOT-CCSE pour un sevrage de drogues, un service qu'elles ont de la difficulté à obtenir dans le réseau de la santé et des services sociaux. Quelques personnes ont eu besoin de renouveler leur prescription. Enfin, certaines personnes se sont présentées pour obtenir un formulaire d'invalidité qu'elles ne parvenaient pas à obtenir dans des cliniques sans rendez-vous traditionnelles.

5.1.4.5. Attentes et surprises lors de la première rencontre

En général, les personnes avaient peu d'attentes lors de leur première consultation, à l'exception de quelques personnes qui s'attendaient à ne pas être jugées et à attendre moins longtemps qu'à l'hôpital.

Bien qu'anticipée pour certains, **la courte attente** a été une agréable surprise pour d'autres, ainsi que le fait qu'il y avait **peu de personnes en attente**.

Pis de voir que la prise en charge des gens se fait quand même vite. On attend pas deux heures comme à l'urgence, tu sais, ils ont. Tu sais, premier arrivé, premier servi. Mais ils s'assurent de voir quand même tout le monde dans un délai raisonnable (Fabienne).

Là, j'étais là : « Vas-tu n'avoir pour l'après-midi, vas-tu falloir que je revienne, vas-tu n'avoir pour l'après-midi ». Quand tu connais pas le système là, tu sais? Pour moi, c'était le même principe que quand tu vas dans les hôpitaux, c'est attente, pis attente, pis attente, « Ben là tu reviendras là, on ferme ». Finalement ben, j'ai passé, pis ça a pris cinq minutes. Hey, j'étais-tu content que tu penses toi? C'est là que j'ai trouvé que le SPOT c'est quelque chose là (Paul).

Ben, je pense qu'y ait pas un line-up. Ça, ça m'avait surpris parce qu'il y a tellement de monde dans les urgences et dans les cliniques ostie que même ils se font reporter ça que. Pis que là qu'ils ont la chance de voir un médecin, de consulter la journée même en pas long, ça m'avait surpris qu'il y ait pas plus de monde à la clinique, ouais (Ned).

L'amabilité, la courtoisie et la sensibilité des professionnels rencontrés à la clinique SPOT-CCSE ont été une surprise pour une participante, car cela détonait vraiment de son expérience du système de santé québécois.

Oui, je suis surprise, le changement. Je suis surprise de la courtoisie, de l'amabilité, de la sensibilité, des personnes qui travaillent là. Même la personne qui travaille dans la réception, c'est très différent d'une personne qui dit : « Est-ce que vous avez une carte? » C'est différent, parce que la première chose que la madame à la clinique SPOT me demande, c'est si je suis bien : « Est-ce que vous allez bien madame, est-ce que? ». Elle demande pour moi, elle ne demande pas si, une autre chose, je ne sais pas comment expliquer (Maude).

Le fait que la clinique SPOT-CCSE offre des **services dans différents lieux** a été un élément de surprise pour une personne, tout comme la proposition de **visites à domicile** dans certaines situations l'a été pour une autre.

Ça m'a quand même surpris de voir que tu sais la clinique elle se promène (Fabienne).

Ben, ils aiment avoir les suivis en tout cas, ben de moi en tout cas. Je sais pas si c'est parce que c'est des sevrages là, mais à toutes les fois ils viennent me, ben, ils venaient me voir genre chez nous, ben où que j'étais là. Pis là c'est la même affaire encore, toutes les fois que j'ai fait des sevrages ils venaient me voir chez nous voir si j'allais ben pis ils voulaient de mes nouvelles. Fais que c'est quand même cool de voir que la personne s'en crisse pas, pis c'est pas rien que signer un bout de papier (Ned).

Pour trois personnes, le **local et le peu de ressources** apparent étaient surprenants d'autant plus devant le constat que la clinique était en mesure de fonctionner.

Pis, le Centre Olympe, ben ils avaient trouvé un petit local, vraiment le petit local, il y avait encore des chaises empilées dans les coins, ils leur ont fait un trou pour qu'on rentre là. Moi, c'est ça qui m'a le plus marqué. C'est que je m'attendais à de quoi de, pas que c'était pas propre, mais plus euh, cliché, tu sais. Mais, euh, à part le local, non je te dis, j'ai été super bien accueilli pis toute. J'ai été vraiment surpris (Billy).

Je peux dire que tu peux voir que la clinique SPOT n'a pas les ressources, les ressources pour aider les autres, mais la clinique fonctionne. Elle, elle, il fait comme un peu, comme euh, oui comme on peut faire pour aider les autres personnes. [...]. C'est vraiment, c'est pas une institution de, un centre de santé, c'est un petit espace où y a une infirmière, un médecin, qui fait toute le possible pour prêter les services de santé aux personnes comme moi (Maude).

Enfin, une personne mentionne qu'en raison de son apparence, elle a été surprise de **ne pas avoir été jugée**, de ne pas avoir ressenti de dégoût de la part du personnel.

5.1.4.6. **Sentiments ressentis lors des consultations à la clinique SPOT-CCSE**

Les sentiments évoqués, en lien avec la consultation à la clinique SPOT-CCSE, sont essentiellement positifs.

Toutes les personnes rencontrées se sentent **bien reçues et accueillies** lorsqu'elles se présentent à la clinique SPOT-CCSE. Elles indiquent notamment qu'on vient leur parler, on leur offre un café, on les invite à s'asseoir, on leur demande comment elles vont. Cela les met rapidement à **l'aise** et elles se sentent **en confiance** avec les membres de l'équipe décrits comme gentils, à l'écoute, sans jugement et intéressés.

Bien reçu, c'est comme être ici et jaser avec vous là, tu sais? Et euh, ouais, c'est ça. Pis, comme j'étais, chez le docteur, bien reçu, là j'étais assis dans une chaise, ils m'ont offert un café, pis tout ça tu sais. Pour te faire un bon accueil, on peut pas te faire un meilleur accueil que ça, hein (Robert).

Ben, dans le bureau, c'est pas mal plus à l'aise, tu te sens pas mal moins jugé que directement à l'hôpital. Puis, euh, t'es plus à l'aise avec l'infirmière dans le bureau que dans les hôpitaux (Karl).

Je me sens à l'aise, tu vois? C'est ça, je me sens à l'aise, je vous dirais que, je dis pas que, c'est comme un dentiste, quand tu vas chez le dentiste, t'es un peu nerveux là [rire] avant de passer les examens, pis ça change pas que ce soit dans un hôpital ou ici. Mais, je veux dire euh, des gens très gentils, très accueillants, ils sont à l'écoute (Charlotte).

En entrant, je connais pas. En entrant, moi je suis pas un gars qui, je suis pas sorteur, ben ben là, tu sais. Puis euh, quand je suis arrivé là-bas, à mon aise oui pis non, mais ça a donné que j'ai rencontré Réal [rires]. Puis, je le connaissais déjà, fait que l'attente a été moindre là, tu sais (Paul).

Tu sais, ben « Bonjour, bonjour, assoyez-vous ». Tu sais là, t'es à l'aise, ils te mettent à ton aise là, tu sais, ordinaire, comment je dirais ça, tu sais, machinalement, y a pas de gêne là, tu sais t'arrives là, t'es à ton aise. Tu sais, l'infirmière se présente, le médecin se présente, le médecin s'est présenté, l'infirmière s'est présentée : « On va prendre votre pression ». Pis là, ils posent des petites questions. À mon aise (Paul).

Il écoute tout ce que je dis. C'est la même chose que fait l'infirmière. Elle écoute, elle peut me regarder [...]. C'est sûr que je vais parler de ma fille parce que je l'aime, elle commence à utiliser un peu la façon de parler des choses qui m'intéressent pour obtenir de l'information sur moi. C'est pour ça, je dis la confiance pour parler avec lui. Et la même chose avec l'infirmière [...] Quand je parle avec le médecin et l'infirmière dans la clinique SPOT je sens que je peux raconter tout. C'est comme euh, confiance (Maude).

Lors de leurs consultations à la clinique SPOT-CCSE, plusieurs rapportent s'être sentis **tranquilles, détendus et plus légers**, même après quelques minutes. L'absence de rejet, la compréhension des situations et l'absence de reproches formulés de la part des professionnels de la santé y auraient contribué.

Ben, je me sens, c'est certain que je me sens plus léger hein, parce que je viens ici parce que j'ai besoin de, j'ai toujours peur de, d'un rejet (Robert).

Moi, quand j'ai descendu en bas, j'étais un peu nerveux, puis euh, bon, mais là après cinq minutes j'étais euh, comme relax là. Ouais, c'est ça ben tu sais je m'attendais peut-être, tu sais pas, tu sais jamais qui tu vas frapper là [...]. Quand je l'ai su après, ben je sais pas le médecin aurait pu dire : « Qu'est-ce vous avez, pourquoi vous avez tant attendu? ». Tu sais, pas de reproche là, rien, rien. Compréhensif, puis bon, c'est sûr que je leur ai dit comme je vous ai dit à vous que j'ai été longtemps sans consulter. C'est, tu sais ils ont trouvé ça spécial aussi, tu sais. Ça doit pas arriver souvent ben, ça doit arriver aussi. Mais aucun, pas de reproche tu sais, pas d'animosité (Jacques).

Moi, je parle de mon expérience à moi, qui a été très positive. Personne aime ça venir voir un docteur, mais je pourrais dire que, euh, des gens très gentils, qui euh! Quand j'ai été voir le médecin, j'étais nerveux pareil là, mais quand je les

ai, ben quand j'ai vu monsieur Bourdieu⁴ là, ça m'a beaucoup apaisé. Mettons le premier cinq minutes, le premier dix minutes. C'est le premier contact-là qui est important (Jacques).

Oui, il expliquait toutes les choses, je me sens tranquille. Pour ça quand il m'a dit si la douleur continue, tu dois faire une radiographie, mais la douleur ne continuait pas. Je me sens bien avec toutes les explications [...], c'est précis ce que le médecin m'a expliqué (Maude).

Un autre sentiment récurrent dans les propos de plusieurs des personnes rencontrées est de **ne pas se sentir jugées**. Dès l'arrivée, elles ont une barrière de moins à franchir, car elles n'ont pas à présenter leur carte d'assurance maladie. Ainsi, ne pas avoir à dévoiler qu'elles n'ont pas de carte d'assurance maladie ou d'adresse est un premier élément qui contribue à ne pas se sentir jugé en arrivant à la clinique SPOT-CCSE. Par ailleurs, lors de la consultation avec le personnel médical, elles se sentent **traitées non pas comme des objets, mais comme des personnes**.

Tu sais, elle fera pas de préjugés face à quelqu'un qui arriverait là que, des vêtements déchirés, elle fera pas : « Ah ben, cette personne là, c'est un junkie ». Elle va vraiment voir à l'envers la médaille, pour voir qu'est-ce que la personne elle veut. Pourquoi la personne elle vient, vraiment prendre le temps de bien saisir la personne? (Fabienne)

Je me suis pas senti jugé pantoute en rentrant là. C'est ça que j'ai trouvé cool, tu sais. Elle m'a pris comme un être humain, hostie, pis, pas parce que j'étais bizarrement, pis que j'étais gelé, pis que tu sais (Billy).

Pour la même euh, façon de traiter une situation difficile que probablement les autres personnes ne peuvent pas comprendre. Mais, je me sens comme supportée à ce moment-là, je me sens comme une personne de, je me sens bien (Maude).

Le plus de confiance c'est quand je suis rentré dans le bureau de l'infirmière que je me suis vu pas comme euh, je me suis pas senti comme un objet (Karl).

À SPOT, tu te sentiras pas jugé. T'es pris comme tu es (Karl).

Tu te sens moins jugé quand t'arrives avec eux autres, parce que, c'est pas la même clientèle que dans les hôpitaux, pis les CLSC. C'est pas, tu te sens pas jugé comme. Ils savent qu'ils vont pogner du monde un petit peu plus sauvage ou un petit peu plus craintif. C'est le but. Moi, en tout cas je vois le but de même pour le, pour le SPOT. Y pognent pas la même clientèle pantoute que les autres, comme un CLSC (Georges).

Ça me fait sentir mieux, parce qu'on est accepté. C'est le bon mot, a-ccep-té. Pas refusé là, accepté (Charlotte).

Plusieurs personnes ont spécifié qu'elles se sont senties **rassurées** après les consultations à la clinique SPOT-CCSE. Certaines personnes se sentaient nerveuses ou anxieuses de ne pas savoir si elles allaient pouvoir voir un médecin, combien de temps elles allaient devoir attendre, ce qui allait se passer au cours de la consultation ou encore en raison d'inquiétudes face à leur santé. Elles se sont senties rassurées et soulagées par le fait d'avoir pu voir un médecin, d'avoir pu passer des tests et de savoir qu'elles peuvent consulter à d'autres moments la clinique.

Pis là, quand j'ai été voir le monsieur qui est à l'accueil là, pis il m'a dit que le docteur était là, pis qu'il pouvait me voir tu sais. Vous pouvez pas savoir, ça m'a rassuré tu sais. Ben écoutez, moi ça me rassure. Parce qu'un médecin c'est essentiel là. Pis je le dis, s'il m'arrive quelque chose à un moment donné, je peux venir voir le médecin ici, hein? Ou un autre jour, j'ai toute la feuille là chez nous, où est-ce qu'ils sont tous les jours, je peux y aller cinq jours par semaine. Et je me dis, rien que ça pour moi c'est très rassurant (Robert).

⁴ Les noms de tous les intervenants ont été remplacés par des pseudonymes.

Je me suis senti soulagé, d'avoir réussi à passer facilement, pis d'avoir les réponses que je voulais avoir en un laps de temps minime. J'étais soulagé pis j'étais content de savoir que je suis capable d'avoir les résultats ou de passer des tests assez rapidement. Au lieu d'aller à l'hôpital pis que ça me prenne 12 heures de temps (Olivier).

D'autres ont été rassurés et soulagés par le fait que les professionnels leur ont donné des explications détaillées sur leur état de santé et sur les traitements à suivre et qu'ils avaient pu répondre à leurs questions et leurs inquiétudes.

Je suis sorti de là, la première fois, euh, rassuré. Il s'était rien passé de mystérieux, j'avais pas eu mal, j'avais été nerveux pour rien. Il s'était rien passé là. Je me suis demandé comment ça que j'avais été si longtemps à pas aller voir un médecin là. Ben tu sais je savais pourquoi vu que j'étais jamais malade là, mais tu sais dans ce sens-là. J'ai eu une bonne expérience avec ce docteur. La première, c'était extraordinaire, je veux dire, quand j'ai sorti de là, là. J'avais hâte de sortir là, c'est une manière de parler. Mais j'étais rassuré (Jacques).

Si à mettons comme moi j'avais besoin d'antibiotiques pour justement ma conjonctivite, ben je voulais savoir justement c'est quoi ce médicament-là, pis c'est où qu'il fallait que je l'applique, pendant combien de temps et combien de fois par jour. Ben eux, ils répondaient justement à ces questions-là. C'est à mettons quatre fois par jour, faut que tu la mettes en dessous des yeux ou directement dans l'œil, pendant sept jours consécutifs. Fais qu'ils répondaient vraiment à cette question-là, pis au moins j'avais plus d'inquiétudes par après parce que je savais maintenant quoi faire (Olivier).

La majorité des participants **disent se sentir bien** après leur visite à la clinique SPOT-CCSE. Ils sont contents d'avoir pu voir le médecin la journée même en moins de quelques heures. Ils sont soulagés d'arriver à la clinique et de ne pas avoir essuyé un rejet. Ils apprécient les sourires. Ils ne se sentent pas jugés, mais plutôt acceptés. Ils apprécient le local fermé. Leur visite à la clinique leur a permis d'obtenir la réponse à leurs questions et l'aide dont ils avaient besoin. Au-delà de la réponse, ils ont compris ce qui s'est passé pendant la consultation et en sont rassurés. Ils quittent sans inquiétude, car ils ont obtenu l'aide souhaitée et comprennent ce qui s'est passé, car on leur a donné des explications.

La majorité des participants mentionnent à un moment ou un autre qu'ils se sont sentis écoutés lorsqu'ils sont allés à la clinique SPOT-CCSE. Dans la salle d'attente, on prend le temps de discuter avec eux. Ils ont l'occasion de discuter avec quelqu'un qui les écoute et s'intéresse à ce qu'ils disent. Ils apprécient le temps que les personnes prennent pour jaser avec eux. Dans certaines situations et pour les personnes les plus isolées, cette écoute attentive leur a procuré beaucoup de bien, voire un **réconfort**.

Ben ici, j'ai parlé bientôt avec le petit gars, je sais pas comment il s'appelle. Quand j'ai arrivé, lui il était à la réception là, pis euh, il est venu s'assire à côté de moi pis on s'est mis à jaser pis, [se met à pleurer], ça m'a fait du bien. J'y ai dit que moi ça fait quinze ans que je passe des Noëls tout seul, tu sais. Y'a personne à côté de moi. Ben pour vous dire franchement là, je vous conte pas de menterie, je suis honnête là, ça m'a terriblement fait du bien de venir ici aujourd'hui. Ça m'a fait du bien, ça m'a permis de. J'ai pleuré, pis j'ai encore pleuré pas mal. Ça me fait du bien. Ben moi, en tout cas, ça m'a fait du bien. Vous savez les choses qu'on a en dedans, ça fait longtemps. Moi j'étais enfant battu, je suis devenu un délinquant, je me suis ramassé en prison. Dans la force de l'âge on pense plus à ça, mais quand on vieillit on dirait qu'on repense aux choses de l'enfance. En tout cas, ça me revient. Je suis porté à penser à ça le soir quand je me couche. [...]. Je vais vous dire franchement je me sens écouté et compris, c'est pas la même chose pantoute (Robert).

Mais je pense que le plus réconfortant pour moi. Parce que lui il m'a fait rire un peu dans la situation (Maude).

Une fois dans la salle de consultation, cette écoute se poursuit avec le personnel médical. Il prend le temps de parler avec la personne de sa problématique de santé, mais aussi d'autres aspects de sa vie. Il lui pose des questions, les écoute et prend en considération ce qu'elle dit. Au terme de la rencontre, les personnes sentent que leurs propos ont été entendus et pris en compte et ils estiment qu'ils ont été **bien servis**.

Ben, je me sens bien servi, genre qu'on m'a écouté genre, vraiment mon problème (Ned).

Une seule personne a rapporté **être fâchée en cours de consultation** en raison d'un délai de traitement. Mais après échanges, le traitement a été proposé plus tôt et la personne est sortie satisfaite de la consultation.

Mmmh!, ben comme tantôt genre tu sais elle m'a dit que tu sais elle voulait que je commence ça dimanche. Mais tu sais quand t'es motivé à arrêter là, tu veux commencer là, là, tu sais tout de suite. Fait que là qu'elle me pousse ça à dimanche, j'étais comme, tabarnak, je vais pas. Tu sais, je suis écœuré d'aller faire des mauvais coups, pis trouver de l'ostie d'argent pour me geler, je suis à bout en plus de ça, fait que, tu sais, je voyais ça plus gros que. J'étais un peu en criss, mais on a fini par s'entendre, je commence demain fait que. Mais ça tantôt j'étais un peu en criss là pour ça que on s'est arrangé, fait que c'est correct (Ned).

5.1.4.7. Éléments les plus appréciés de la clinique SPOT-CCSE

Lorsque questionnées sur ce qu'elles apprécient le plus à la clinique SPOT-CCSE les personnes rencontrées relèvent essentiellement des éléments qu'on peut relier à des aspects organisationnels et logistiques, à des aspects relationnels et à des aspects liés aux façons de travailler.

Au regard des aspects logistiques et organisationnels, **l'accessibilité à des services de santé** est un des éléments les plus appréciés de la clinique SPOT-CCSE. Dans un premier temps, le seul fait de pouvoir consulter dans une clinique et d'avoir accès à un médecin est un élément majeur. La clinique SPOT-CCSE offre différentes cliniques au cours de la semaine durant le jour avec une plage horaire le soir (16 h 30 à 19 h 30) qui permet de consulter sans avoir à manquer de cours, une contrainte importante pour les personnes bénéficiant de programme de réinsertion scolaire ou à l'emploi. Les personnes savent à quel moment aura lieu la prochaine clinique et qu'elles peuvent arriver à l'heure ou 30 minutes à l'avance et qu'elles seront vues. Non seulement la clinique est accessible, mais elle l'est pour tous, même pour les personnes à faible revenu ou qui ne disposent pas de carte d'assurance maladie.

Le fait que ce soit accessible à tous, à tous ceux qui ont pas de médecin de famille en tant que tel, qui vivent sous le seuil euh, qui ont pas de carte d'assurance maladie, c'est ça qu'y est le fun pour ce monde-là. Ou, moi j'ai ma carte d'assurance maladie, mais j'ai pas accès encore à mon médecin de famille. Je suis sur une liste d'attente, mais on touche du bois que je l'ai vite (Charlotte).

Moi, ce que j'apprécie de SPOT, c'est qu'ils sont vraiment très accessibles, que tu rencontres un médecin quand même rapidement, que c'est plusieurs fois par semaine dans plusieurs secteurs, dans plusieurs organismes, que mettons le soir tu peux pas te rendre à tel organisme ben tu sais que le lendemain SPOT va être à un autre organisme, que tu vas quand même être capable de rencontrer un médecin ou une infirmière quand même assez rapidement. Fais que moi, c'est ça, que je trouve le fun (Olivier).

Dans un second temps, **l'accessibilité géographique** est un aspect important et apprécié des usagers et a influencé leur utilisation de la clinique SPOT-CCSE. En effet, puisque la clinique SPOT-CCSE se déroule dans plusieurs organismes communautaires situés dans différents quartiers, plusieurs personnes se trouvent près de la clinique, soit par leur lieu de résidence, de travail, d'étude ou un autre lieu qu'elles fréquentent régulièrement. Cette proximité permet de limiter les déplacements et facilite la consultation.

Moi, je peux même pas prendre l'autobus. C'est pas compliqué, pis j'ai pas le transport adapté, je l'ai pas demandé, mais je devrais, mais [le centre lui] veut pas couvrir le transport n'importe quand. Parce que je suis pas capable de lever mes bras assez, et si l'autobus est pleine, oublie ça, je peux pas me. Faut que j'attende l'autre. Parce que je peux pas me tenir. Pis, c'est pas marqué « handicapé » là, dans ma face, là. C'est, le monde vont dire : « Hey, toi là, reste deboute,

pis attend là ». C'est ça. Tandis que ça, avec SPOT, je m'en viens ici, c'est à côté. Pas besoin de prendre les transports adaptés. Ou pas le transport en commun là. C'est ça qu'y est le fun de SPOT, y en a toujours un dans le coin, dans chaque coin de la ville (Georges).

Un autre élément très présent dans le discours des personnes rencontrées est **le court délai d'attente**. Cette rapidité est grandement appréciée et constitue un facteur important dans la décision de consulter un professionnel de la santé lorsqu'elles présentent un problème.

Qu'est-ce que j'ai aimé, c'est vraiment les médecins que c'est pas long pour rencontrer, c'est vraiment pas long. T'es satisfait quand tu sors de là, t'as déjà les réponses que tu voulais, tes inquiétudes sont déjà parties, ben en quelque sorte sont parties parce que la personne a répondu à tes questions. Si t'as une prescription, ben en plus elle est capable de te diriger où aller chercher ta prescription, elle te l'explique en plus, et où. C'est quoi que t'as besoin d'emmener pour aller chercher la prescription et si il faut que tu débourses aussi pour la prescription. Fait que juste d'être capable de donner cette information-là, c'est déjà un plus (Olivier).

Au regard des aspects relationnels, **la courtoisie, la politesse, la cordialité, l'accueil** du personnel de la clinique SPOT-CCSE ressortent parmi les facteurs très appréciés.

Pis, le fait que quand t'arrives devant le médecin, c'est cordial, c'est amical, euh, pis on traîne pas sur ci et ça. Tu sais, c'est sur le sujet que t'as besoin. C'est ça qui se discute là dans le bureau du médecin. Pis après ça ben, ils ont vu que j'étais bien content, ben eux autres aussi ils étaient bien contents, bonne journée là tu sais, c'est, c'est, y a de la politesse aussi qui, qui existe là. J'ai vraiment aimé ça (Paul).

C'est la façon de, de faire la consultation, avec la courtoisie, la sensibilité avec la personne (Maude).

Non, c'est comme je t'ai dit, c'est l'accueil, [...]. c'est l'accueil, c'est la présentation, euh, pis t'attends pas si longtemps que ça quand même, tu vois je veux dire? (Paul)

Ensuite, les personnes soulignent **l'ouverture, la compréhension et l'absence de jugement**, leur intérêt face aux personnes et le fait que le personnel de la clinique SPOT-CCSE **traite tout le monde de la même façon**, peu importe leur apparence, leur habillement ou leur statut social.

L'ouverture. L'ouverture d'esprit des personnes qui heu..., des personnes qui sont là. Que ce soit l'infirmière ou que ce soit [André], parce que moi à part [André] je connais pas personne. Il est le seul pair-aidant ici (Karl).

Oui, ils manquent euh, on dirait qu'ils ont pas de jugement envers les personnes de la rue. Parce que moi j'ai été une personne de la rue. Je sais c'est quoi un petit peu le principe, je pense que toi aussi tu l'as fait? Pis, tu te sens pas jugé. Ils savent que c'est ça parce qu'ils sont là pour ça. C'est pas la même clientèle qu'un CLSC pis qu'un hôpital. Tu te sens plus à l'aise avec eux autres, de jaser un petit peu. Ils s'attendent à n'importe quoi eux autres, c'est pas le même monde, pantoute, pantoute, qu'un CLSC là, c'est ça. C'est ça, moi, que je trouve de bon dans SPOT (Georges).

Leur non-jugement de la personne, peu importe qu'elle soit habillée en punk, ou qu'elle se lave pas pendant des mois, ou quoi que ce soit. Ils s'en foutent. Une personne, c'est une personne. Pis, c'est ça que j'aime de la clinique (Charlotte).

Ben, c'est vraiment ça là, l'accueil, que je me sentais pas jugé (Billy).

Ils prennent en charge la personne qui est devant eux, peu importe qui que c'est. Si Céline Dion se présente, ils vont la traiter comme une personne et non Céline Dion, genre (Fabienne).

Je pense là, le traitement, le, ce n'est pas le traitement. Euh, c'est la façon de, de faire la consultation, avec la courtoisie, la sensibilité avec la personne, là, la façon comme euh, montrer que il comprend la situation. Que, il prend le temps pour parler avec moi. Qu'il s'intéresse à ma situation de santé à ce moment-là (Maude).

Quant aux aspects liés aux façons de travailler, les personnes apprécient le fait que le personnel de la clinique SPOT-CCSE prend son temps pour questionner, pour expliquer et réexpliquer avec patience.

Euh, l'infirmière euh, qui prend son temps, ou le médecin qui prend vraiment son temps, pis qui s'assure à 100 % que t'as vraiment bien compris ce que la personne voulait dire, et ton antibiotique tu l'as vraiment bien compris comment le, combien de fois par jour l'appliquer. C'est déjà un plus parce que y a certaines personnes comme moi des fois qui oublie (Olivier).

Il va prendre le temps de t'écouter, il va prendre le temps de savoir, qu'est-ce qu'il se passe. Le pourquoi que tu te sens mettons anxieuse, ou le pourquoi du pourquoi bon, prendre le temps de vraiment s'assurer qu'ils auront toute l'information pour être capable de soigner adéquatement (Fabienne).

Tu sais, qu'ils posent des questions à, c'est ça que j'aime d'eux autres, c'est qu'ils posent des questions savoir comment que tu es, pis ils prennent le temps de prendre des notes. [...] Oh oui, tout, tout, tout, tout, tout. Pour justement connaître la personne, savoir comment interagir avec la personne, le client. Parce qu'on est pas des patients, on est des clients. Puis, c'est ça que j'aime de leur approche, ils posent des questions (Charlotte).

5.1.4.8. Éléments les moins appréciés de la clinique SPOT-CCSE

Les propos des personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE sont essentiellement positifs. Deux personnes étaient déçues suite au refus du personnel de la clinique de leur prescrire une substance psychoactive. Une d'entre elle se désolait de ne pas avoir pu obtenir une prescription de cannabis médical et souhaiterait une plus grande ouverture de la part des médecins à cette modalité de traitement.

Une autre personne a été déçue du sevrage que lui a fait faire le personnel soignant. La différence de prescription entre ce qu'elle désirait et ce qu'elle a obtenu lui a fait sentir qu'elle n'était pas écoutée et prise en charge adéquatement.

Enfin, un autre aspect évoqué négativement était l'absence d'heures de consultation le matin.

5.1.4.9. Impacts perçus de la clinique SPOT-CCSE sur les personnes

Selon les personnes rencontrées, la clinique SPOT-CCSE leur a apporté de nombreux bénéfices. L'impact principal est d'avoir eu **accès aux soins médicaux**. En effet, la clinique SPOT-CCSE a permis aux participants d'avoir accès aux soins dont ils avaient besoin. La plupart d'entre eux ne savaient pas vers où se tourner pour les recevoir. L'urgence apparaît souvent comme la seule option, or, certains services, notamment des prescriptions ou encore des formulaires d'invalidité, ne peuvent pas être obtenus à l'urgence ou même dans une clinique sans rendez-vous. La majorité des participants ne voit pas d'autres options entre la clinique SPOT-CCSE et l'hôpital, et plusieurs ont eu des expériences désagréables en milieu hospitalier et sont donc réticents à y aller.

Non, je pense que j'aurais plus attendu. Parce qu'aller à l'hôpital ça m'aurait pas tenté d'attendre 12 heures et d'être obligé de manquer de l'école juste pour ça. Donc, ça m'aurait donné rien, pis vu que SPOT était là, ben ça m'a plus permis de faire justement ces démarches-là pis vu que ça convenait plus à mes besoins aussi fait que, c'était un deux pour un là (Olivier).

Deux personnes affirment qu'elles n'auraient simplement pas consulté si la clinique SPOT-CCSE n'avait pas été là et que leur consultation à la clinique SPOT-CCSE leur a **sauvé la vie**, car elles n'auraient tout simplement pas consulté ou aurait attendu trop longtemps pour être soignées à temps de maladies graves, comme par exemple un cancer.

Sauver la vie Ils m'ont sauvé la vie. Ça a sauvé beaucoup de monde. Ça va en sauver d'autres. [...]. J'aurais attendu. J'aurais attendu jusqu'à temps que, je serais peut-être mort. Parce que ça fait environ six mois que j'ai des traitements là. Si j'avais pas eu ces traitements peut-être qu'aujourd'hui on serait pas ensemble. [...] Non, c'est ça là, il aurait fallu que je me prenne une carte, c'est ça. Ça a pris quasiment deux mois à ce que j'ai ma carte, parce qu'il a fallu que j'aille à la RAMQ pour qu'ils me voient. [...]. Si y aurait pas eu SPOT, euh, moi là je trouve que c'est arrivé au bon moment dans ma vie, pis si y aurait pas eu SPOT, je serais peut-être pas en train de vous parler (Jacques)

Je suis devant toi aujourd'hui (Karl).

Une de ces personnes précise qu'elle s'est sentie « prise au piège » de voir un médecin à la clinique SPOT-CCSE, tellement elle n'avait pas l'intention de consulter un professionnel de la santé dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Pris au piège, facilité de voir un médecin. C'est un piège, un bon piège qu'ils tendent (Jacques).

Une personne indique que consulter à la clinique SPOT-CCSE lui a donné envie de **faire les démarches pour obtenir sa carte d'assurance maladie**.

C'est un peu comme ici, mais je suis sorti d'ici là, envers les médecins au contraire une grande admiration. Moi je trouve ça extraordinaire que... que certaines personnes aient décidé que ça existe. Fait que là je me sens pressé d'aller me chercher une carte d'assurance maladie, parce que ça prend ça absolument (Olivier).

Une autre spécifie qu'avoir consulté des professionnels de la santé signifie qu'elle s'est occupée d'elle-même et qu'elle a **fait quelque chose pour elle**.

Faire une chose pour soi J'ai fait une chose pour moi. Grâce à SPOT, j'ai fait une chose pour moi (Jacques).

Le fait de savoir que la clinique SPOT-CCSE est là en cas de besoin constitue un facteur de stress important de moins pour les personnes puisqu'elles savent que, si elles en ont besoin, elles pourront recevoir un **service de qualité et seront bien traitées**. Les usagers ont souvent des conditions de vie difficiles et plusieurs éléments à gérer. Le service qu'offre la clinique SPOT-CCSE s'étend donc au-delà du soin lui-même. Il leur permet, plus largement, de pouvoir s'occuper d'autres choses dans leur vie. Lorsqu'ils quittent la clinique SPOT-CCSE, **ils se sentent bien et rassurés et ils peuvent se consacrer à d'autres aspects de leur vie**.

D'aider pour avancer, et pour régler mes choses qui sont à régler (Fabienne).

Ça m'a fait vraiment plaisir d'aller là, pis de connaître ce qu'on fait là, pis d'être euh, d'être soigné, c'est toujours un soin quand même, tu sais ce que je veux dire? Parce que ça devient mental pareil là à un moment donné, tu sais. Je cherche, cherche, cherche, je trouve pas, donc là tu sais, ultimement c'est mental aussi hein (Paul).

Moi, c'est que je me casse pas la tête, je sais que le jeudi m'a pouvoir aller voir le docteur ou une infirmière, quand je suis capable d'attendre jusque-là (Maude).

Une personne explique que la clinique SPOT-CCSE lui a donné **espoir et l'a raccroché à la vie** par la démonstration d'humanisme de la part du personnel.

Ben ça m'a montré qu'il pouvait y avoir une ouverture humaine à quelque part. Qu'il y avait pas rien que de la place pour les numéros pis les poches (Karl).

Je suis devant toi aujourd'hui. Parce que c'est sûr que veux-veux pas quand le mal de vivre, en partant, t'es pogné avec une usure physique, pis t'essaye d'avoir une qualité de vie, hipelay!, ça va très, très mal. Tu vas à la banque alimentaire, je vais dans les banques alimentaires, pis la banque alimentaire, on s'entend tu qu'il faut pas que je sois difficile? Là, je vis seul, pis je suis content de vivre tout seul, je vis dans un 1 et demi, pis euh, je pourrais pas être avec une conjointe. [soupon] non. Pis, la seule affaire qui euh, qui me raccroche vraiment sur la terre encore, c'est des, des soins comme vous offrez. Que ce soit diffi... ,ben des fois, je vais venir voir l'infirmière : « Hey je sais pas ce que c'est qui m'a pris, j'ai des maudits maux de ventre, j'ai le va-vite à matin ». Pis l'infirmière, à quelque part, elle a étudié dans ça. Elle peut peut-être être capable de voir, est sûrement capable de voir hey! C'est une émotion que t'as mal digérée (Karl).

5.1.4.10 Mots pour décrire la clinique SPOT-CCSE

Pour décrire la clinique SPOT-CCSE en quelques mots, les personnes rencontrées ont fait mention de :

Confiance, sécurité, acceptation, pis vérité (Billy).

Ouverte, humaine, sont présents (Fabienne).

Qualité de vie, respect de soi (Karl).

Humain, ouvert d'esprit, pis compréhensif, pis ben d'adon (Ned).

Accessibilité, confiance (Olivier).

Ouverte, responsable, pis admirable (Robert).

Excellent service (Maude).

Un très bon petit service qu'y donnent aux gens du quartier, chaque petit quartier là parce qu'il y en a un chaque jour de la semaine quasiment, un point différent (Georges).

Bon service et toujours à l'écoute (Charlotte).

Un besoin. Un grand besoin communautaire là (Jacques).

5.1.4.11. Améliorations suggérées pour la clinique SPOT-CCSE

Même si les usagers ont une opinion très positive de la clinique SPOT-CCSE, quelques suggestions ont été proposées par les personnes rencontrées pour améliorer les services et les soins offerts.

Une personne a suggéré de **changer le nom de la clinique qui se dit clinique itinérante**, car selon elle, le terme « itinérante » porterait à jugement⁵.

⁵ Il est à noter cependant que la clinique ne se présente pas en utilisant ce terme, du moins dans sa documentation officielle.

Du côté de l'organisation de la clinique, il est suggéré de **mieux informer la population des lieux où se déroule la clinique** et de la publiciser davantage, car elle gagnerait à être plus connue du grand public. Ceci pourrait être fait notamment dans les hôpitaux, dans les refuges et auprès des personnes âgées.

Parce que vous êtes pas assez annoncés. Okay, vous êtes identifiés à des places. Même le pamphlet, où est-ce qu'on prend ça? On le sait pas. Faut que tu ailles dans des cliniques SPOT pour avoir le pamphlet (Paul).

Les maisons, les maisons de transition. Souvent, ce monde-là est en détresse, vous en avez entendu parler de temps à autre. Souvent ce monde-là est en détresse, les centres d'hébergement, là tu sais? Euh, comment t'appelles ça, euh, l'Armée du Salut? Euh, les maisons de transition. Ça en cherche, tout le monde se cherche des médecins, pis ils en ont pas (Paul).

Aussi, une personne a suggéré de **rendre l'accueil plus évident** et de mieux indiquer où les personnes doivent se rendre pour consulter à la clinique lorsqu'elles entrent dans l'organisme communautaire.

L'aspect que j'aime le moins de SPOT, c'est comme je te l'ai dit tantôt, c'est quand tu rentres tu sais pas où est-ce que tu te garroches (Karl).

Par ailleurs, différentes suggestions sont formulées par deux personnes pour **rendre la clinique davantage disponible**, par exemple offrir des plages horaires plus longues, les fins de semaine et avoir une roulotte permanente.

Ben c'est sûr qu'ils peuvent pas se séparer en trois là, mais ouvert la fin de semaine, c'est sûr que ce serait cool, ce serait même malade là, euh, sinon tu sais ça va quand même bien là (Ned).

Mais tu sais si ils vont à, tu sais ils ont quand même l'horaire à chaque jour, dans des points de repère différents. Tu sais, je sais qu'ils sont ouverts, je pense trois heures à chaque place. C'est sûr qu'ils voient pas tout le monde qui voudrait voir. Je sais pas s'ils peuvent ouvrir plus longtemps (Ned).

Ben moi, pour changer SPOT, mettons au lieu de commencer ça, à mettons, à cinq heures, je le commencerais peut-être plus à quatre heures ou quatre heures et demie (Olivier).

Pis, que, tu sais justement, je sais qu'ils ont eu une subvention pour sortir la roulotte qu'ils ont. Que ça, ça roule tout le temps, tout le temps, tout le temps là. Pour justement aider à ce que les gens qui peuvent pas nécessairement tout le temps se déplacer aux heures fixes que eux ont, qu'elle soit à certains endroits genre dans des activités ou qu'elle soit à quelque part où pour ceux qui ont besoin de X Y Z. Tu sais qu'elle soit pas ouverte six mois parce qu'ils ont juste des fonds pour six mois, qu'elle soit tout le temps, qu'elle soit ouverte à l'année longue tout le temps. À mettons, tu sais, du mardi au samedi ou dimanche de telle heure à telle heure, elle est à différents endroits, mettons là (Ned).

Du côté des services offerts, la suggestion la plus fréquente est d'avoir **plus de personnel**. Il est souhaité d'avoir plus de pairs aidants plutôt que des travailleurs sociaux ainsi que davantage de psychologues. Il est souligné qu'il serait utile d'avoir plus de dentistes, car les besoins en soins dentaires sont grands et davantage de médecins, car ceux-ci ne sont pas toujours présents lors des cliniques. Comme il n'y a pas toujours des médecins, l'infirmière doit appeler un médecin ou encore les personnes doivent revenir à un autre moment, ce qui engendre certains délais.

C'est pas un manque vraiment là, qu'est-ce qui ferait du bien un petit peu aussi à SPOT, c'est qu'y aurait peut-être un petit peu plus de pairs-aidants. Plus de personnes pour jaser. Parce que je m'aperçois qu'y a beaucoup de monde qui vont venir voir l'infirmière pour jaser. [...]. Des psychologues, des travailleurs sociaux, ils foutent des étiquettes. Ils te mettent des étiquettes, tu mets des psychologues, pis ils vont te bourrer de pilules, pis c'est pas plus grave que ça. Pis, tu vas payer des prix de fou. Tandis que des pairs aidant, ils sont payés pas cher, et ils vont t'écouter la même maudite

affaire [...]. Peut-être un petit peu plus de pairs aidants, ça ouvrira peut-être la place à d'autres personnes qui ont vraiment affaire à voir l'infirmière pour des mots physiques [...]. Et puis euh, qu'y ait pas rien que [André] non plus. Tu sais, parce que rien que [André], il fera pas longtemps pair-aidant, il va se ramasser sur le dos, pas facile là (Karl).

C'est sûr que si y aurait des dentistes un petit peu partout [petit rire], ce serait pas pire parce que les dentistes à l'autre bout ils sont occupés là. Au prix que tu paies pour aller voir un dentiste là, y a pas grand monde au soutien à l'aide sociale qui peuvent aller voir un dentiste qui est pas gratuit. Ça c'est, ça prend ça là. Il devrait en avoir plus même (Georges).

Mais moi je sais pas, mais les dentistes, ils pourraient peut-être un petit peu, améliorer les dentistes là. Au pire-aller, ils peuvent emprunter une chaise à quelque part et pis dire on va prendre les clients, on va en prendre plus parce que, y en a beaucoup qui ont mal, ils ont toutes leurs dents croches dans la rue là, c'est pas des farces. C'est, t'es pas capable d'aller chez le dentiste (Georges).

Tu sais, c'est parce que bien souvent l'infirmière est toute seule. Faut qu'elle appelle un médecin pour X, Y, Z, pour être capable de faire une prescription. Tu sais si le médecin serait plus accessible, qu'y aille, tu sais une fois sur. Hey, le nombre de fois où je suis allé à SPOT à [Beauvoir], y avait un médecin peut-être trois fois? (Ned).

À la clinique SPOT, c'est sûr que moi je mettrais mettons deux, un ou deux, deux médecins, pis une infirmière, ça c'est sûr et certain (Olivier).

Je sais pas. Je ferais apparaître sept huit docteurs (Robert).

Une suggestion a été faite pour avoir du **personnel plus âgé**.

T'as beau avoir des intervenants sur le plancher, pis des petites stagiaires, mais les petites stagiaires d'une vingtaine d'années, avec des messieurs de notre âge. On aurait peut-être un petit peu plus de besoins de personnes avec de l'expérience, du vécu que. Je dis pas que le vécu ou l'expérience c'est meilleur, au contraire, on mélange les deux ensemble c'est, c'est super. Ils font bien leur possible (Karl).

D'autres pensent que la clinique SPOT-CCSE mériterait de disposer de **plus d'équipements** et d'offrir la possibilité de réaliser davantage de tests.

Le gouvernement doit donner de petites choses pour améliorer la salle de consultation. C'est pas une consultation, la salle du médecin. [...] Oui la salle, oui, pour améliorer la salle de consultation. Parce que quand j'étais là, bon, c'est 2015, et il y a une table, deux, non trois sièges et c'est tout. Il n'y a pas de lit pour le patient. Il n'y a pas une autre chose. C'est les choses qui manquent à mes yeux (Maude).

Un petit peu plus de chaises de dentiste. Ouais, une chaise là, c'est pas assez pour la population de Québec. C'est, ben c'est, ça a pas de sens. Pour te faire arracher une dent, c'est 200 piastres là, c'est ton chèque là (Georges).
Fait que ça, ce serait le fun que SPOT puisse faire ça. Parce qu'il y en a plusieurs des personnes qui aimeraient sûrement ça utiliser ce service. Parce que des fois quand tu sais que tu fais du diabète ou du cholestérol, ben tu le sais, mais trop tard (Olivier).

Enfin, une personne a suggéré d'**imprimer les recommandations médicales** faites sur une feuille pour permettre aux participants de ne pas oublier les informations données.

Juste qu'ils me l'expliquent ou même des fois ce qui serait le fun qu'ils fassent, c'est de l'imprimer ou de mettre ça sur une feuille pis le donner à la personne, combien de fois par jour. Tu sais, vraiment toute détaillée, combien de fois par jour prendre la prescription ou si c'est une crème, si c'est un médicament, un antibiotique, combien tu le mets par jour et la durée aussi et à intervalle de combien d'heures, ça serait le fun (Olivier).

5.2. Observations non participantes dans les points de services de la clinique SPOT-CCSE

5.2.1. Description des organismes et de l'environnement physique de la clinique SPOT-CCSE

Archipel d'Entraide

Situé dans le quartier St-Roch, l'Archipel d'Entraide a pour mission d'« apporter un support aux citoyens et à la communauté de Québec, de favoriser des pratiques d'entraide et d'offrir des services adaptés à une clientèle marginalisée et souffrante de problématiques multiples »⁶. L'organisme offre des suivis communautaires, un service d'hébergement de dépannage ainsi que le journal La Quête, un magazine de rue permettant aux camelots d'avoir un petit revenu.

L'organisme est situé dans les locaux de l'Église Notre-Dame-de-la-Jacques-Cartier, une église convertie en coopérative de solidarité abritant plusieurs organismes. De la rue St-Joseph, quelques marches doivent être gravies pour ensuite entrer par une grande porte bleue. Devant, un grand corridor se déploie, trois grands bancs d'églises sur le côté droit, deux portes à gauche et au bout, un corridor se déployant vers la gauche. Les locaux de l'Archipel d'Entraide sont les premiers qu'on y croise, directement à gauche en entrant. Devant la porte se trouve une table avec du café, du lait, du sucre et des tasses jetables, mise à la disposition des usagers de la clinique SPOT-CCSE. En passant le pas de la porte, quatre fauteuils sont mis à la disposition des personnes utilisatrices. Un intervenant de l'organisme est assis au bureau d'accueil pour recevoir les personnes qui visitent l'organisme. Un panier de collations comprenant des croustilles et barres tendres trône sur le bureau. À droite, une grande table avec huit chaises occupe la majorité de l'espace, ainsi qu'une plus petite table avec trois chaises, située à côté d'un téléphone mis à la disposition des usagers. La salle de consultation de la clinique SPOT-CCSE se trouve au bout du corridor.

Les portes de l'organisme ouvrent à 12 h 30. Lors des deux observations, plusieurs personnes attendaient déjà dans le corridor pour la clinique. En entrant dans l'Archipel d'Entraide, on peut entendre les conversations du personnel de l'organisme qui dîne et discute, assis à la grande table. À l'entrée, une télévision joue en sourdine. En plus des usagers de la clinique SPOT-CCSE, de nombreux camelots viennent à l'organisme pour chercher des copies du journal La Quête, en plus des personnes utilisatrices de la ressource. Tout au long de la clinique, les fauteuils sont occupés tour à tour par des usagers et le pair aidant. De nombreuses discussions ont lieu entre les usagers de la clinique, les usagers de l'organisme et le pair aidant et entre les intervenants et les personnes utilisatrices de l'organisme. À plusieurs reprises, des usagers arrivent ensemble, ou arrivent et abordent un usager qu'ils semblent connaître. L'intervenant occupant le bureau à l'accueil discute lui aussi avec les usagers de la clinique SPOT-CCSE, leur offrant café et collations. Ces conversations sont parfois simultanées, créant un grand brouhaha de discussions personnelles, de rires et de discussions entre collègues. Les usagers de la clinique circulent pour aller fumer, aller aux toilettes ou aller s'asseoir dans le corridor. À un moment, des discussions passionnées ont lieu dans le corridor entre des usagers de la clinique, tandis que les locaux de l'organisme sont silencieux. Le degré d'animation des lieux

⁶ <http://www.raiiq.org/raiiq/index.php/actualites/8-repertoire/9-archipel-d-entraide>

varie, allant de très animé à très silencieux. En conclusion, 10 et 11 usagers ont utilisé la clinique lors des journées d'observation.

Maison Dauphine

La Maison Dauphine est le seul point de services dans la Haute-Ville de Québec. Située dans le Vieux-Québec, tout juste après les portes St-Jean, la Maison Dauphine « offre aux jeunes de la rue de 12 à 29 ans la possibilité de reconstituer un milieu de vie proche de leur vécu, de leurs besoins et d'être acceptés pour ce qu'ils sont⁷ ». Elle offre plusieurs programmes de soutien pour les jeunes de la rue, une École de la rue, permettant aux jeunes de la rue de terminer leurs études secondaires, le Local, un lieu où les jeunes peuvent venir réaliser différentes activités et où des intervenants sociaux sont présents. C'est d'ailleurs dans le Local qu'ont lieu les activités de SPOT-CCSE. Étant donné l'horaire de soir de la clinique, il s'agit du seul lieu qui accueille la clinique SPOT-CCSE en dehors de ses heures d'ouverture. Ainsi, les derniers jeunes quittent peu avant 16 h 30 et seuls les usagers de SPOT-CCSE restent.

Le Local de la Maison Dauphine est un grand local offrant de nombreuses activités. Une table de billard se situe tout près de l'entrée. À gauche de l'entrée, une table et des chaises font office d'accueil de la clinique SPOT-CCSE. Derrière elles se trouvent plusieurs divans permettant de regarder l'immense télévision qui trône sur une petite bibliothèque garnie de livres de tous horizons. Un système de son accompagne la télévision. Droit devant se trouvent deux ordinateurs avec accès internet mis à la disposition de tous. À gauche se trouve une table offrant des collations : fruits, jello, barres tendres et biscuits. Sur le mur de gauche, un thermos rempli de café ainsi qu'une machine à eau avec tasses et verres permettent d'en bénéficier en libre-service. À droite de celle-ci se trouvent les deux salles où ont lieu les consultations.

Pendant la clinique SPOT-CCSE, un intervenant de l'organisme est présent en plus du personnel de SPOT-CCSE. Il y a entre aucun et huit usagers lors des séances d'observation, en plus du personnel de SPOT-CCSE et de l'intervenant. Ainsi, à certains moments, plusieurs usagers sont présents, et à d'autres il n'y a aucun usager. Lors d'une observation, personne n'attendait à 16 h 30 et les usagers arrivaient par flot irrégulier. Les usagers présents jouent au billard, utilisent les ordinateurs, regardent la télévision ou discutent avec l'intervenant, le pair aidant et la stagiaire. À quelques reprises, les usagers qui entrent semblent connaître les usagers déjà présents et discutent avec eux. Lors d'une session d'observation, un usager commence à jouer de la guitare, créant un silence dans l'organisme afin d'écouter ses chansons. Quarante minutes plus tard, un autre usager a mis sa musique sur les haut-parleurs de l'organisme après avoir demandé la permission et obtenu l'approbation du choix musical par les personnes présentes. De la musique tantôt punk et tantôt folklorique retentit alors dans l'organisme. Au total, huit usagers ont été vus lors de chacune des séances d'observation.

Relais d'Espérance

Situé dans le quartier Limoilou, le Relais d'Espérance a pour mission « d'accueillir et d'accompagner toute personne vivant des difficultés de nature psychologique, sociale, physique ou économique »⁸. Les après-midi de semaine, le café-rencontre du Relais d'Espérance accueille les personnes de 13 h à 16 h à l'étage.

⁷ <http://www.maisondauphine.org/la-dauphine/les-oeuvres-de-la-maison-dauphine#contenu>

⁸ <http://lerelaisdesperance.com/mission/>

Récemment, les locaux de la clinique SPOT-CCSE ont été déménagés au sous-sol de l'organisme. Ainsi, les usagers de la clinique ne passent pas par le café-rencontre. Ils descendent directement au sous-sol, encore en rénovation. Le sous-sol a une forme en T. En entrant, à gauche, se trouvent deux bancs d'église où se fait l'accueil de SPOT-CCSE. À droite se trouvent trois locaux, dont le local de dentisterie et le local de la clinique médicale. Devant, le corridor s'ouvre sur plusieurs portes fermées, servant d'entreposage pour l'aide alimentaire. Une des portes abrite le vestiaire, ouvert lors d'une des observations, qui génère un peu d'allées et venues des participants du café-rencontre.

Les portes de l'organisme ouvrent à 13 h, alors que la clinique commence à 12 h 30. Lors de la première observation, un usager et ses accompagnateurs attendaient avant 12 h 30, tandis que lors de la seconde observation, le premier usager est arrivé vers 13 h 15. La majorité du temps, les discussions qui émanent sont celles de la stagiaire ou du pair aidant avec les personnes présentes. Vu le faible achalandage de ce lieu, il y a rarement plus d'un usager qui attend lors des observations. La première observation est particulièrement tranquille : le vestiaire est fermé et il n'y a aucun usager en attente pendant 1 h 30. Le dernier usager qui arrive est alors directement dirigé à la salle de consultation. Plusieurs participants du café-rencontre descendent au vestiaire et certains s'arrêtent pour discuter avec le pair aidant. Le responsable du vestiaire discute lui aussi avec le pair aidant de même qu'avec certains usagers. Les usagers arrivent tour à tour et passent directement à la salle de consultation. Au total, six et quatre personnes ont été vues lors des séances d'observation.

Maison Revivre

La Maison Revivre est située sur la rue St-Vallier dans le quartier St-Sauveur. Sa mission se libelle ainsi : « Dans un esprit d'accueil, de partage et d'amour, la « Maison Revivre » vient en aide à ceux et celles qui sont vraiment dans le besoin afin de susciter en eux le désir de reprendre leur vie en main⁹ ». Elle offre de l'hébergement pour les hommes sans domicile fixe, de même qu'une soupe populaire le midi. L'attente pour la clinique SPOT-CCSE a lieu dans la pièce située à l'entrée qui constitue une aire commune. Au fond de l'aire commune se trouve un corridor qui débouche sur les cuisines et les chambres. En entrant à gauche se trouve un fumoir, souvent occupé par quelques résidents. Sur le mur opposé se trouve l'accueil de l'organisme, tenu par un bénévole de l'organisme, qui fait aussi l'accueil de la clinique SPOT-CCSE. À côté de l'accueil se trouve une table sur laquelle se trouvent des collations telles que des biscuits et parfois du café. Au milieu de la pièce se trouvent trois tables et une dizaine de chaises, en plus de quelques sièges situés sur le mur de gauche. Deux petits fauteuils se trouvent près de la porte et, plus loin à droite, une section légèrement excentrée comporte une télévision et plusieurs fauteuils, généralement occupés par les résidents de la Maison Revivre. Cette partie est légèrement isolée, cachée par un mur et des casiers. La salle de consultation est située au sous-sol.

Lors des deux sessions d'observation, une douzaine de personnes étaient sur les lieux à 12 h 30, principalement des résidents. Les résidents font de nombreux allers-retours entre le corridor, le fumoir et la sortie. Les usagers entrent, se présentent à l'accueil et s'assoient aux tables ou sur les chaises et fauteuils situés le long des murs. L'espace sonore est tantôt occupé par *Les Joyeux Naufragés* ou le *History Channel*, tantôt par des conversations. À un moment, un usager sort sa guitare électrique et commence à jouer à faible volume. Des résidents discutent entre eux, s'assoient aux tables et jouent aux cartes. Certains résidents

⁹ <http://maisonrevivre.weebly.com/mission-et-valeurs.html>

viennent discuter avec le personnel de SPOT-CCSE et se mêlent aux conversations du pair aidant et des usagers. Quand il y a des usagers, le pair aidant et la stagiaire discutent avec eux. À quelques reprises, il n'y a plus d'usager et les principales discussions entendues ont lieu entre le pair aidant et les employés de l'organisme ou les résidents. Huit et cinq personnes ont été vues à chacune des présences de SPOT-CCSE.

Point de Repères

Située dans le quartier St-Roch, Point de Repères a pour mission de « faire la promotion de la santé, de la prévention, de la dispense de soins et de services, en regard des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi qu'en regard de la toxicomanie¹⁰ ». En entrant dans l'organisme, on arrive devant le bureau d'accueil où se trouve une intervenante. Derrière elle se trouve un espace réservé aux employés où on retrouve le matériel de l'organisme, par exemple des seringues neuves et du matériel de sensibilisation. À gauche du bureau se trouvent des chaises et, au fond, un petit espace aménagé de fauteuils et de plantes. À droite et face au bureau se trouve une petite pièce qui constitue l'aire d'attente principale de la clinique SPOT-CCSE, qui contient quatre chaises. Une porte mène vers la salle de consultation de la clinique.

L'organisme ferme ses portes entre 12 h et 12 h 30. À l'ouverture des portes, un usager de la clinique SPOT-CCSE attend déjà. Dans les minutes suivantes, trois autres usagers arrivent. De la musique joue en bruit de fond et le son se mêle aux conversations qui ont lieu entre les usagers, les intervenants et le pair aidant. Les usagers s'installent dans le local de droite, dédié à SPOT-CCSE pour l'après-midi, et discutent avec le pair aidant. De l'autre côté, seul le son de la musique émane. Une heure plus tard, l'organisme se remplit progressivement de participants. Plusieurs personnes entrent et sortent rapidement de l'organisme, alors que d'autres restent plus longtemps. Plusieurs conversations se superposent, en plus des conversations entre les usagers de SPOT-CCSE et le pair aidant. Pendant plus d'une heure, l'aire d'entrée est constamment remplie de personnes. Une vingtaine de personnes se trouvent dans l'organisme, en plus des usagers de SPOT-CCSE. Les trois usagers de la clinique qui attendent restent du côté de SPOT-CCSE et discutent avec un participant de l'organisme. Certains s'absentent momentanément pour aller fumer à l'extérieur. Une heure plus tard, c'est l'accalmie. Seuls les usagers de la clinique SPOT-CCSE et le personnel sont encore présents. Une fois les usagers passés, il ne reste que le personnel des deux organismes sur les lieux, jusqu'à l'arrivée du dernier usager qui passe alors immédiatement. Une fois dans la salle de consultation, le pair aidant discute avec le personnel de l'organisme jusqu'à la fermeture de la clinique. Au total, sept personnes ont utilisé les services de SPOT-CCSE.

5.2.2. Personnel présent lors des sessions d'observation

Le personnel régulier de la clinique SPOT-CCSE repose sur deux personnes qui assurent le visage et la continuité de SPOT-CCSE : le pair aidant et l'infirmière. Ainsi, il s'agit des personnes qui ont été présentes à toutes les séances. Il y a cependant une exception où le pair aidant était absent et seule une stagiaire réalisait l'accueil. De plus, le rôle de pair aidant a été occupé par un remplaçant lors d'une des séances. Une stagiaire a été présente pendant quatre observations. Un médecin (5 séances) ou un résident (2 séances) était présent pendant six des neuf sessions d'observation et lors d'une de ces séances, un médecin et un résident étaient présents simultanément. Cela a permis de créer deux équipes de soins avec deux salles de consultation afin

¹⁰ http://pointdereperes.com/?page_id=92

de voir un plus grand nombre de personnes. Dans une autre observation, deux salles de consultation ont été créées avec seulement l'infirmière dans une salle et le médecin dans l'autre salle.

5.2.3. Description des actions du personnel de la clinique SPOT-CCSE

*Pair aidant*¹¹

Le pair aidant se situe dans l'aire d'attente de la clinique SPOT-CCSE. Dans certains milieux, il est responsable de l'inscription des personnes à la clinique. Dans d'autres milieux, ce rôle est tenu par les intervenants de l'organisme. Quand des personnes entrent dans l'organisme, il les salue en souriant et leur demande si elles viennent pour la clinique SPOT-CCSE. Souvent, il se lève et va les voir pour leur parler. Il se présente, leur demande leur nom et explique son rôle comme pair aidant. S'il est accompagné d'un stagiaire, il peut le présenter aussi. Il pose des questions aux personnes sur leur venue à SPOT-CCSE : s'il s'agit de la première fois : comment elles ont entendu parler de SPOT-CCSE, si elles ont un médecin de famille et une carte d'assurance maladie ? Il les invite à « se tirer une bûche » et à « faire comme chez eux » d'un ton enjoué. Il lui arrive de céder son siège lorsqu'il n'y a plus de place pour permettre à la personne d'être assise avec les autres. Souvent, le pair aidant connaît les personnes qui entrent. Il les salue en utilisant leur prénom et leur serre la main. Il dit à la personne qu'il est content de la revoir en l'abordant. Il lui pose des questions sur sa vie, par exemple, comment va son partenaire ou encore comment s'est déroulé un événement dont ils avaient précédemment discuté.

Le pair aidant passe le temps de la clinique à discuter avec les personnes. Plusieurs usagers le connaissent déjà. Il interpelle généralement les personnes par leur prénom. Une fois la personne inscrite et accueillie, il arrive fréquemment qu'il continue sa conversation avec elle. Lorsque c'est la première fois à SPOT-CCSE, il expose les services de SPOT-CCSE et donne le dépliant. Il cherche à engager la conversation en posant des questions aux personnes sur leur vie, ou encore en parlant d'un fait divers ou d'actualité. Souvent, les personnes se confient à lui. Elles abordent leur problème de santé, ou encore leur situation personnelle. Le pair aidant les écoute avec attention, allant même jusqu'à se retirer avec la personne pour être un peu à l'écart. Il regarde la personne dans les yeux et montre qu'il les écoute en hochant la tête, en réagissant aux propos de la personne (« Oh! Non ce n'est pas facile ; Oui, je comprends. ») et en posant des questions. Il montre qu'il comprend la situation en évoquant des situations passées ou encore des éléments de culture populaire. Il lui arrive fréquemment de partager son vécu pour alimenter la conversation et sympathiser avec la personne (« je comprends moi j'ai fait telle chose, ça ressemble de telle façon »). Il les conseille et tente de les aider. Il les réfère vers des ressources appropriées et explique certaines procédures. Il les encourage dans leur démarche. À un moment, il fait un câlin à un homme à qui il parle. À un autre moment, il demande la permission à la personne avant de la toucher. Il arrive que des personnes viennent seulement parler au pair aidant, parfois des personnes externes et, plus souvent, des participants des organismes communautaires.

Lorsque la conversation cesse, par exemple parce que c'est le tour de l'usager de passer à la consultation, le pair aidant va engager la conversation avec un ou plusieurs autres usagers. Il leur donne leur ordre dans la liste d'attente, ou les aborde avec une question ou un commentaire. Il lui arrive même de partager sa

¹¹ Il est à noter que les personnes ayant participé aux entrevues ont pu référer aux deux pairs aidants ayant œuvré au sein de SPOT-CCSE de façon consécutive. Par contre, les observations se sont déroulées alors qu'un seul pair aidant travaillait à SPOT-CCSE.

collation avec des usagers. Les conversations peuvent être personnelles, alors qu'à d'autres moments elles traitent plutôt de culture, de sujets d'actualité ou de faits divers. On entend souvent des rires dans la salle d'attente et le pair aidant fait souvent des blagues avec les usagers. À un moment, il cherche une chanson sur son téléphone dont un usager lui parle et la fait jouer. Des discussions passionnées ont parfois lieu dans lesquelles le pair aidant parle ouvertement et semble le faire avec authenticité. Les conversations peuvent impliquer les intervenants des organismes communautaires et les usagers peuvent s'y joindre ou s'y soustraire quand ils le veulent. Les conversations peuvent être très courtes, ou encore s'étendre pendant 20 à 30 minutes.

Quand les usagers sortent de leur consultation, le pair aidant leur demande souvent comment s'est déroulée la consultation, s'ils sont satisfaits et s'ils ont été « écoutés et bien compris ». Il écoute leur réponse et discute avec eux. Quand ils sont satisfaits, il répond souvent qu'il est content. Il dit que c'est son rôle de vérifier que les gens sont contents et que ça se passe bien. Il leur demande s'il les reverra et leur dit « à la prochaine ».

Bien qu'il ne tienne pas toujours lui-même la liste des personnes inscrites, le pair aidant fait le suivi du tour des personnes et il indique à l'infirmière ou au médecin qui sera la prochaine personne. Quand une personne souhaite aller fumer, il lui dit qu'il ira la chercher si son tour arrive pendant qu'elle est sortie. Quand le temps passe et qu'il reste plusieurs personnes, il s'inquiète de la capacité à voir toutes les personnes. Il explique cela aux personnes et tente de trouver une solution. Il arrive que des usagers ne puissent pas être vus, car les consultations ont été plus longues que prévu ou parce que la liste est pleine. Lorsque c'est le cas, le pair aidant et l'infirmière cherchent une solution. Ils peuvent suggérer à la personne de revenir le lendemain et lui donner un rendez-vous afin qu'elle n'ait pas à attendre. Si ce n'est pas possible, ils lui proposent d'autres endroits qui pourront la recevoir.

Infirmière

Étant donné que les observations ont lieu dans la salle d'attente, l'infirmière n'est visible qu'au moment où elle vient chercher le prochain usager. Quand elle vient chercher les personnes, elle salue celles qu'elle connaît. Elle utilise leur prénom et on l'entend souvent dire qu'elle est contente de voir la personne ou que ça fait longtemps qu'elle l'a vue. Le pair aidant lui indique qui est la prochaine personne et elle la salue en souriant et lui dit de venir avec elle. Elle salue les usagers qu'elle connaît pendant ce court moment. Pendant qu'elle se rend au local de consultation, elle parle avec la personne. On peut l'entendre faire des blagues et rire pendant qu'elle marche.

L'infirmière est connue des usagers de la clinique. À plusieurs reprises, des usagers sont allés la voir en début de clinique ou pendant qu'elle venait chercher la prochaine personne. Ils discutent avec elles et lui posent des questions. Elle prend le temps de parler avec eux et répondre à leurs questions. Par exemple, un participant de l'organisme communautaire avait une inquiétude et se demandait s'il devait consulter. Il a interpellé l'infirmière pendant qu'elle circulait pour lui en parler. Elle l'a écouté et a regardé sommairement sa problématique, pour finalement lui dire qu'il a bien fait de venir la voir et qu'il pourra passer après le prochain usager. En fin de consultation, il arrive de la voir discuter dans le cadre de la porte avec l'accompagnateur de la personne ou un autre usager. Il est aussi arrivé que l'infirmière partage des brownies avec l'ensemble des usagers présents.

Stagiaire

La stagiaire observée posait des gestes semblables à celui du pair aidant. Elle était généralement dans la salle d'attente et, le jour où le pair aidant était absent, elle tenait l'ordre des consultations. Quand le pair aidant ne va pas accueillir les personnes qui viennent à la clinique, elle le fait à sa place. Elle les salue en souriant, leur demande si elles viennent pour SPOT-CCSE, si c'est leur première fois. Elle leur explique le fonctionnement de la clinique et explique qu'elle est stagiaire. Elle utilise le prénom des usagers qu'elle connaît déjà. Elle tente d'initier des conversations avec les personnes qui attendent en posant des questions ou en parlant, par exemple, de la température. Elle leur pose des questions sur leur vie et fait parfois des blagues. Quand les usagers sortent de la rencontre, elle leur demande si elle s'est bien déroulée.

Puisqu'il s'agissait d'une stagiaire en pharmacie, son expertise est sollicitée à quelques reprises. Il lui arrive de conseiller les usagers au sujet de leurs médicaments. Lorsque la question est au-delà de ses compétences, elle leur explique qu'il faudra voir un médecin. Pendant une des observations, l'infirmière lui a demandé de venir avec elle pour la consultation afin d'aider pour la médication.

Médecin

La plupart des médecins et résidents sont restés dans la salle de consultation tout au long de l'observation. Les observations des médecins sont donc limitées. Durant deux cliniques, le médecin venait chercher la prochaine personne. Généralement, le médecin venait à la salle d'attente et demandait au pair aidant qui était le prochain usager. Le pair aidant lui indiquait la personne, ou encore le médecin appelait la personne par son nom. Il saluait l'usager en souriant et l'invitait à le suivre jusqu'à la salle de consultation. Il était calme et souriant tout au long de son passage.

6. INNOVATIONS DE LA CLINIQUE SPOT-CCSE

Dans cette section, nous tentons de dégager les innovations mises en place à SPOT-CCSE, c'est-à-dire les éléments pour lesquels cette clinique se distingue des soins et services offerts habituellement dans le réseau de la santé à partir de la typologie de Landry *et al.* (2007). Cette analyse est issue principalement des entrevues réalisées avec les personnes utilisatrices et des observations dans les différents points de service.

6.1. Innovations technologiques (produits nouveaux ou améliorés)

La clinique SPOT-CCSE se distingue du réseau de la santé et des services sociaux, non pas par l'introduction de produits nouveaux ou significativement améliorés aux plans techniques ou technologiques, mais au contraire par un fonctionnement à partir de ressources limitées.

La clinique SPOT-CCSE est décrite par les personnes rencontrées comme un petit espace ayant peu de ressources financières, mais capable de dispenser des services de santé.

Je peux dire, que tu peux voir que la clinique SPOT n'a pas les ressources, les ressources pour aider les autres, mais la clinique fonctionne. Elle, elle, il fait comme un peu, comme euh, oui comme on peut faire pour aider les autres personnes (Maude).

Pis, le Centre Olympe, ils avaient trouvé un petit local, vraiment le petit local. Il y avait encore des chaises empilées dans les coins, ils leur ont fait un trou pour qu'on rentre là. Moi, c'est ça qui m'a le plus marqué, c'est que je m'attendais à de quoi de, pas que c'était pas propre, mais plus euh, cliché, tu sais (Billy).

Ces propos mettent en évidence que des services de santé de première ligne appréciés par des personnes marginalisées ne requièrent pas des infrastructures et des biens matériels importants, ni des moyens technologiques imposants et avancés, mais reposent sur d'autres éléments.

6.2. Innovations dans les services (offre de nouveaux services)

La clinique SPOT-CCSE innove à différents égards au regard de l'offre de nouveaux services aux citoyens.

Afin de contextualiser l'offre de nouveaux services que propose la clinique SPOT-CCSE, il appert nécessaire de présenter la notion de soins et de services retenue par la clinique, car elle oriente certainement le type de services offerts et la façon dont le personnel livre les services (SPOT-CCSE, 2014). La notion de soins et services retenue par la clinique réfère à toute action (entendue comme un processus de communication et d'interaction entre une personne qui éprouve un besoin de santé ou de bien-être et une équipe soignante) visant à résoudre ou alléger une situation à l'origine d'une perturbation du bien-être ou encore toute intervention visant à favoriser l'amélioration du bien-être d'une personne. Ainsi, les soins et services envisagés vont au-delà du traitement médical d'un problème de santé.

Proposer une **offre de soins et services de première ligne** notamment infirmiers, médicaux, dentaires et psychosocial **intégrés et interdisciplinaires avec une infirmière clinicienne comme intervenante pivot** et soutenue par des médecins est innovant. Grâce à ce modèle, les personnes peuvent bénéficier d'un accès

à des soins de première ligne qui est facilité par la présence continue de l'infirmière clinicienne et elles peuvent référer à la même personne qui procède à l'évaluation des besoins, prodigue des soins de première ligne et peut orienter vers d'autres professionnels selon l'évaluation des besoins. La possibilité d'offrir des services en ophtalmologie et en physiothérapie, des séances de yoga ainsi que des consultations avec des travailleurs sociaux et des psychologues est actuellement envisagée par la clinique.

Par ailleurs, les **services offerts par le pair aidant** apparaissent novateurs et significatifs pour les personnes qui consultent. Le pair aidant est une personne qui a vécu des réalités similaires à celles que vivent les personnes utilisant les services de la clinique SPOT-CCSE. Le rôle que joue actuellement le pair aidant est d'offrir aux personnes qui s'y présentent un accueil proactif, chaleureux et personnalisé. Il explique les services offerts par la clinique et offre une écoute active aux personnes qui le souhaitent, du soutien et des conseils, des suggestions de lieux où elles peuvent aller pour répondre à des besoins qu'elles présentent. Il permet aux personnes de faire différentes activités dans le milieu (aller aux toilettes, aller fumer à l'extérieur, jouer aux cartes, jouer de la musique, etc.) en attendant la consultation sans perdre leur place. Il s'assure à la fin de la consultation que les explications et les recommandations faites par le personnel médical ont été comprises et s'enquiert de la satisfaction des personnes. En somme, la présence d'un pair aidant et des services qu'il offre apparaissent comme une innovation importante qui semble jouer un rôle clé pour faciliter l'accès aux personnes marginalisées, pour offrir une écoute active, pour développer un lien de confiance et favoriser leur satisfaction des services reçus. En effet, l'accueil, la convivialité, la familiarité et l'humanisme retrouvés à la clinique SPOT-CCSE sont des éléments souvent mentionnés comme différents des expériences vécues dans le réseau de la santé et des services sociaux, et le pair aidant apparaît comme un acteur clé permettant de vivre ces expériences. Surtout et de manière spécifique, la présence du pair aidant permet aux personnes qui consultent de pouvoir rencontrer au sein de l'équipe une personne susceptible de comprendre leur réalité, leurs conditions de vie, les enjeux qu'elles rencontrent au regard de la prise en charge de problèmes de santé ou autres difficultés et au regard des démarches liées à la consultation médicale.

En plus de la possibilité de consulter sur place dans les cinq organismes communautaires où se déroulent les consultations de la clinique SPOT-CCSE, les participants ont rapporté que cette dernière offre aux personnes la possibilité de **contacter l'infirmière et le pair aidant** en dehors des heures d'ouverture de la clinique. De plus, le pair aidant et l'infirmière offrent des suivis à domicile selon les situations médicales et les personnes. Cette disponibilité du pair aidant et de l'infirmière représente un service qui se distingue comparativement aux services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

6.3. Innovations dans les prestations de services (nouvelle façon de livrer ou interagir)

La façon avec laquelle le personnel de la clinique SPOT-CCSE livre ou interagit avec les personnes utilisatrices de la clinique apparaît comme une innovation majeure. Elle est relevée par toutes les personnes rencontrées comme une façon de livrer et d'interagir qui contraste avec ce qu'elles retrouvent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs termes sont utilisés pour décrire les façons d'interagir.

L'amabilité, la courtoisie, la bonté, la politesse et le respect notés chez le personnel de la clinique

SPOT-CCSE est souvent mentionné par les personnes rencontrées comme une façon différente d'interagir avec la clientèle comparativement à leurs expériences au sein du réseau de la santé.

Je sais pas, je sens la, qu'il y a de la bonté à l'intérieur de la bâtisse (Robert).

Il en est de même de l'absence de jugement, voire même, l'absence de rejet qui sont relevés par certaines personnes rencontrées comme novateurs.

Tu te sens pas jugé là comme à l'hôpital, c'est ça que je trouve bien dans le SPOT, c'est le jugement. Ils savent à quoi s'en tenir eux autres, pis on le sait nous autres. Tandis qu'à l'hôpital faut que tu dises des choses des fois que ça te tente pas de le dire là. Parce que icitte ils vont respecter ça. Ils savent que t'es, c'est ça. Non, c'est ça moi, l'avantage de SPOT (Georges).

Ben, parce que je sais que ben des places je me serais fait revirer de bord. Pour de quoi j'ai consulté là, je me serais fait revirer de bord, pis. Quand tu sais que le médecin a le pouvoir de faire de quoi, pis qu'il le fait pas parce qu'il a un préjugé par rapport à ta vie. Tu sais, si le médecin il t'aide pas, qui c'est qui va t'aider dans la vie si t'as besoin d'un médecin pour t'aider? Fait que je vois, qu'y a une criss de différence. Je vois itou qu'ils ont de quoi, je sais pas c'est quoi qu'ils ont qu'ils choisissent de t'aider ou pas, mais y en a qui le font, c'est, y en a qui le font pas, y en a qui t'aident pis. Mais en général là, les problèmes de toxicomanie, le médecin, il te revire de bord, à 90 % des cas, je parle. Ici, ils sont capables de m'aider, pis ils le font, fait que je suis bien content (Ned).

L'ensemble des attitudes du personnel liées à l'amabilité, la courtoisie, la bonté, à l'absence de jugement apparaissent interreliées et se traduisent pour les personnes rencontrées par la présence d'humanisme au sein de la clinique SPOT-CCSE qui apparaît comme un élément novateur à leurs yeux.

Ben, on me juge pas ici. Ben, sûrement qu'ils me jugent, mais ils le montrent pas en tout cas. C'est ça que je disais, ils sont du monde, ils sont humains. Contrairement aux autres places qui te jugent, pis qui te le font voir, pis qui te revirent de bord, pis que t'as perdu ben du temps (Ned).

À l'hôpital, t'es un numéro. À SPOT, t'es un humain, sinon ils viendraient pas faire un tour comme des lieux icitte (Billy).

Dans les hôpitaux, tu peux pas jaser aux infirmières. Y ont pas le temps. T'es un numéro. T'es inscrit sur l'assurance sociale? Bon. T'es un chiffre d'assurance sociale, point final. Tandis que, avec SPOT, ben, t'es un humain. Sinon, ils iraient pas faire un tour dans les organismes comme icitte (Karl).

Me semble que c'est plus humain. Ouais, y a plus d'humanité (Robert).

Ben là, là-bas c'est : « Bonjour, bonjour, votre carte s'il vous plaît. Carte d'hôpital, carte d'assurance maladie », clic-clic. Tu comprends? C'est moins humain, c'est plus mécanique là, tu sais? L'hôpital, c'est, c'est une business là, tu sais? Ça fait que c'est un centre de recherche, une business, sans mal parler là, parce que ça nous le prend anyway, mais il reste c'est toute du mécanique. C'est tout le système monétaire. Pis convivialité, oublie ça, hein. C'est les petites femmes qui travaillent, ben là y en a un autre, pis y en a un autre, pis un autre qui attend, pis qui attend, pis qui attend, là tu sais. Pis : « Monsieur, merci, allez telle place » là, tu sais. Okay. Mais sociabilité, humanitaire, non, y en a pas là. T'arrives au SPOT, pis tu sais c'est : « Bonjour, bonjour, cherchez-vous le SPOT, c'est ici le SPOT ». Pis : « Bonjour, bonjour, entrez ». « J'ai pas ma carte », « Entrez monsieur, on va vous soigner ». Les autres, y a moins de sociabilité, c'est plus commercial. Moi, ce serait mon explication. Au point de vue hôpitaux là, la différence entre les hôpitaux pis le SPOT. C'est vraiment du commercial (Paul).

À l'hôpital, la madame à la réception de l'hôpital, la première chose qu'elle me demande, c'est la carte de crédit. Et la deuxième, c'est : « Pourquoi est-ce que vous êtes ici ». Et l'autre, c'est l'explication de toutes les choses administratives que je dois faire pour payer la, l'argent pour rentrer en urgence. Quand j'étais à la clinique SPOT, la personne à la réception me demande, comme, me demande : « Bon, comment ça va madame », si j'étais bien. Et je dis non. Elle me demande si j'ai besoin d'un verre d'eau, par exemple. C'est une différence, une personne qui travaille pour une, pour

demander une carte de crédit d'une personne qui demande comme euh, comment je me sens à ce moment. C'est différent, complètement (Maude).

Bien que l'amabilité, la courtoisie, la bonté, le respect, l'absence de jugement et l'humanisme aient été identifiés comme des attitudes caractérisant le personnel de la clinique SPOT-CCSE, elles sont susceptibles de se retrouver aussi chez des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, plusieurs personnes rencontrées ont fait l'expérience de ce type de relations avec un ou des professionnels œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux, même si peu souvent.

Ainsi, parmi les façons d'interagir ou de livrer les services considérés comme novateurs, autrement dit ne se retrouvant pas dans le réseau de la santé et des services sociaux, on retrouve la **convivialité**. En effet, la convivialité décrit bien cette façon qu'a le personnel de la clinique SPOT-CCSE d'établir et de maintenir des rapports chaleureux et positifs avec les personnes. La convivialité apparaît clairement comme une façon différente d'interagir avec la clientèle, car personne n'a rapporté un aspect convivial ou chaleureux dans leurs interactions avec des professionnels au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les interactions apparaissent chaleureuses et personnalisées à la clinique SPOT-CCSE. Le pair aidant, l'infirmière et les stagiaires vont vers les personnes, les invitent à s'asseoir, à prendre une collation et à faire comme si elles étaient chez elles, échangent avec elles, font des blagues et rient.

La **familiarité** des relations apparaît aussi comme un aspect novateur dans la façon d'interagir avec les personnes. Le personnel appelle les personnes par leur prénom, les personnes sont invitées à échanger sur divers sujets, selon les situations le pair aidant partage des expériences qu'il a vécues, le personnel partage sa collation avec les personnes, le pair aidant peut prendre des personnes dans ses bras. Cette familiarité se retrouve peu dans le réseau de la santé et des services sociaux. La présence du pair aidant qui a vécu des réalités similaires à celles que vivent les personnes et que plusieurs d'entre elles connaissent contribue certainement à la familiarité des relations vécues.

Enfin, au regard des attitudes du personnel de la clinique SPOT-CCSE, d'autres éléments apparaissent comme novateurs. En plus de l'intérêt que démontre le personnel envers les personnes et leur sensibilité en regard de leur situation, leur **sympathie**, voire l'**inquiétude** que certains membres du personnel démontrent parfois représente une façon nouvelle d'interagir avec la clientèle de la clinique SPOT-CCSE. En effet, la sympathie et l'inquiétude notées parmi le personnel de la clinique SPOT-CCSE apparaissent éloignées des expériences vécues dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au principe d'empathie habituellement enseigné dans les milieux de formation en santé qui incite à une distanciation envers le patient.

L'implication ? C'est l'implication de l'infirmière et du médecin de la clinique SPOT avec moi. De parler avec moi, de s'intéresser pour moi. De, euh, j'étais là. On prenait soin de la situation, de mes jambes, mes pieds, mes genoux, si je me sens mieux, si j'ai de la douleur. C'est complètement différent. Quand j'étais à l'hôpital, c'était : « Qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce que ». C'est comme, euh, c'est n'importe quoi si j'étais bien ou non. [...]. Oui, l'attitude, la bonne attitude, la, la sensibilité, la façon de travailler, de s'inquiéter pour. Si je suis bien, vraiment. Ça, c'est là, oui là, que je peux dire que, c'est la différence avec le système de santé régulier (Maude).

Dans les cliniques, ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé à une couple de places quand je voulais consulter. Ils sont remplis de préjugés, pis selon le mode de vie que j'avais ou que j'ai, tu le vois que ça les affecte pas, contrairement à eux autres. Eux autres, tu sais, tu vois que ça, tu sais qu'ils sympathisent disons. Tu sais, je dirais pas que ça les affecte, mais tu sais ils sympathisent avec toi pis, ça fait toute la différence, je trouve (Ned).

6.4. Innovations dans les procédés (activités et processus de production du service)

L'accueil réalisé à SPOT-CCSE se distingue favorablement de celui que les usagers ont expérimenté dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour SPOT-CCSE, l'accueil fait partie intégrante des soins. À la clinique SPOT-CCSE, les personnes ne sont pas dirigées vers une salle d'attente, mais sont accueillies par le pair aidant parfois accompagné d'un stagiaire qui va vers eux dans une aire d'accueil, tandis qu'à l'hôpital, elles doivent se présenter à la réception où on leur demandera leur carte. Un accueil où le personnel va vers la personne pour l'inviter à entrer, à s'asseoir, à prendre un verre d'eau ou une collation, pour s'enquérir comment elle va et finalement pour la diriger ou l'accompagner dans le local de consultation apparaît ainsi comme une innovation dans la façon de penser et de faire l'accueil des personnes. De plus, cet accueil ne se manifeste pas seulement lorsque la personne se présente à la clinique, mais également lorsqu'elle quitte puisque le pair aidant rencontre la personne utilisatrice dans la mesure du possible pour faire une rétroaction sur son expérience et la référer vers d'autres ressources si nécessaire.

Ben, l'accueil, c'est quand t'arrives, tu sais : « Bonjour monsieur ». Tu sais, tout de suite, ils viennent à toi. À l'hôpital, il faut que tu y ailles à eux autres. C'est ça la différence là, tu sais ? C'est le fun ça. C'est une belle porte d'entrée quand t'arrives là, tu sais : « Bonjour, monsieur, vous cherchez le SPOT, c'est ici » (Paul).

Je sais pas pour les autres endroits comment ça va fonctionner, mais je sais qu'ici ils vont te chercher (Karl).

Donne ton nom. Paul [pair aidant] va te chercher. Ils vont te chercher, le pair aidant (Billy).

Consacrer **un temps considérable** pour chaque personne vue à la clinique est aussi une innovation lors de la consultation des personnes comparativement à ce que l'on retrouve dans le réseau de la santé. Dans les autres milieux, les usagers se désolent du peu de temps qui leur est accordé et du sentiment que le personnel a plusieurs autres personnes à voir. À la clinique SPOT-CCSE, le personnel dédie un temps considérable pour chaque patient.

Ils sont vraiment parlables, pis ils prennent le temps de faire des tests aussi. Ils se dépêchent pas (Olivier).

Dans les hôpitaux, tu peux pas jaser aux infirmières. Y ont pas le temps. T'es un numéro. T'es inscrit sur l'assurance sociale ? Bon. T'es un chiffre d'assurance sociale, point final. [...]. Tu sais, ils ont pas rien que ça à faire, ils ont pas rien que toi à voir. Pis, c'est euh, quelque part je les comprends aussi. C'est sûr un boss dans le derrière, pis ils sont poussés, sont poussés, sont poussés. Tandis qu'icite, ben, ça va ben. Je dis pas qu'ils sont pas poussés, sont poussés autant, mais ils prennent plus le temps, je pense (Karl).

C'est parce que ils sont là, l'infirmière elle part pas, « Excusez-moi, je reviens dans une minute », aller voir un autre ou une autre. Le médecin pareil, tu sais, je veux dire, ils sont là, ils sont là pour toi. C'est ton cas, pis ils prennent le temps. Ils prennent le temps. C'est pas la clic-clic là, pis : « Je dois voir un autre patient qui attend », tu sais je veux dire ? (Paul).

De plus, l'accent mis par le personnel de la clinique SPOT-CCSE sur **l'écoute, les échanges, le questionnement, les explications et la réponse aux questions** qu'on leur pose apparaît aussi comme un élément novateur dans la façon qu'a le personnel de procéder lors des consultations. Selon les personnes rencontrées, l'écoute consiste à prendre le temps d'entendre les personnes sur les raisons de leur consultation, leurs préoccupations, leurs attentes. La conversation consiste à interroger la personne sur des éléments liés à sa vie, autres que son état de santé directement. Quant à questionner, cela réfère à tenter de bien comprendre la situation et l'état de santé de la personne, ainsi que les répercussions éventuelles dans

sa vie. Enfin, expliquer, c'est prendre le temps de donner des conseils et des recommandations, prendre le temps de les répéter, s'enquérir si la personne a bien compris et enfin, réexpliquer au besoin.

Tu sais, c'est pas des psychologues, c'est pas des thérapeutes, c'est pas des psychiatres là, mais ils prennent le temps de nous écouter. [...] Le monde qui pose des questions, c'est vraiment, ça se compare pas. Selon moi, SPOT là, c'est vraiment, sur un piédestal pour moi. [...] Ben, ils posent des questions : « Comment ça va aujourd'hui », « C'est quoi que tu as fait aujourd'hui ». Pis euh, c'est. Ils te posent des questions, savoir comment que ça va dans ta vie. À la place, euh, qu'à l'hôpital, euh, comme je dis, on est des numéros là-bas (Charlotte).

Euh, le médecin commence à demander certaines choses, par exemple, quand il me demande mon nom, mon âge. Il me demande si j'ai des enfants. Je dis : « Oui, j'ai une fille ». « Comment s'appelle ta fille ? » [...] « Ah, ta fille est née ici ? » [...] ». Je sais qu'il fait toutes les, comment on dit, toutes les questions qu'il doit remplir, mais il le fait d'une façon différente. C'est pour ça, je dis que c'est comme une conversation (Maude).

Ils prennent le temps de te parler, de savoir qu'est-ce qu'ils vont faire avec toi, pis ce que tu veux, pis quels services que tu veux là. Pis là, ils te répondent. Ils te donnent tes réponses là. Tu sais ce que je veux dire ? (Paul).

Enfin, la **capacité de tenir compte du contexte de vie et du point de vue de la personne** lors du processus de consultation pouvant conduire le personnel de la clinique SPOT-CCSE à changer parfois ses recommandations initiales ressort comme une façon de faire très différente des expériences relatées au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Euh, non, parce que je ne peux pas payer pour la radiographie. Je ne peux pas payer pour la radiographie. Mais il, il m'a suggéré de faire ceci (Maude).

Tu sais, elle s'est occupée de moi, pis elle a bien essayé de me faire réaliser que c'était dangereux ce qu'il se passait pis : « Faut que tu y ailles à l'hôpital, pis si t'y vas pas tout de suite, vas-y dans deux jours, c'est important là », tu sais. Non j'ai trouvé ça ben correct moi. Pis là, moi je dis : « Je suis gelé présentement, je suis sous la peanut ». Je dis « Moi, je vais pas à l'hôpital là. Donne-moi deux jours que je dégèle, pis je vais y aller », tu sais. Fais que, en tout cas, elle m'a fait mon papier pareil pis toute. Fait que deux jours après, j'ai pu me présenter à l'hôpital, ils m'ont rentré tout de suite pis ils m'ont, ils m'ont fait ce qui suivait après (Billy).

Les processus de consultation simplifiés sont mentionnés comme un élément fort différent de ce que l'on retrouve dans le réseau. À la clinique SPOT-CCSE, les personnes donnent leur nom et voient ensuite une seule personne qui leur donne les réponses dont elles ont besoin. Si l'infirmière ou le médecin n'est pas en mesure de le faire, ils simplifient les démarches et font les liens pour obtenir les services. À l'hôpital, ils se sentent ballotés d'une personne à une autre. Le rôle central de l'infirmière dans l'offre de soins et de services à la clinique en tant qu'intervenante pivot contribue à la simplification et à la continuité des soins.

C'est moins long, ils te rencontrent, pis ils te dirigent tout de suite à la bonne place (Georges).

Non, c'est que j'ai vu, voyons euh, celui qui fait le triage, après ça j'ai vu le médecin, après ça ils m'ont fait sortir, après ça ils m'ont fait revoir le médecin. Après ça, ils m'ont refait sortir, après ça ils ont appelé justement le spécialiste pour la gorge, et il a fallu que j'attende encore quasiment une heure, après ça monte, va au quatrième étage, voit ce médecin-là, il me passe la caméra, après ça on repart. Fais là, ça fait quatre à cinq médecins là, différent là. Quand que, à SPOT un médecin peut répondre quasiment à la même question, là (Olivier).

T'as moins de procédures à prendre avec eux autres. Comme dans les hôpitaux c'est long les procédures, pis c'est ça. SPOT, c'est moins long. Ils te rencontrent, pis ils te dirigent tout de suite à la bonne place (Georges).

6.5. Innovations organisationnelles ou administratives

La clinique SPOT-CCSE a choisi de fournir **ses services au sein même de groupes communautaires** déjà présents dans la communauté qui offrent eux-mêmes déjà des services aux personnes marginalisées. De plus, elle offre ses services **au sein de cinq groupes communautaires présents dans des secteurs différents** et desservant chacun un profil particulier de personnes. L'une des innovations de SPOT-CCSE réside également dans le fait que les différents organismes communautaires qui accueillent SPOT-CCSE ouvrent leurs portes à des personnes qui ne font pas partie des personnes qu'ils desservent habituellement. Par exemple, une femme résidant à la Maison pour femmes immigrantes pourra consulter le point de services de SPOT-CCSE situé à la Maison Dauphine, un organisme destiné aux jeunes.

Cette structure organisationnelle est clairement une innovation qui facilite le recours aux soins pour les personnes marginalisées de profil varié. En s'inscrivant au sein de cinq groupes communautaires existants, la clinique SPOT-CCSE bénéficie du fait que les groupes communautaires, d'une part, rejoignent déjà des personnes marginalisées et que, d'autre part, proposent un cadre de type « milieu de vie » plus convivial, plus familier et plus intime que les autres milieux de soins du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, la clinique SPOT-CCSE donne l'image d'une clinique qui va au-devant des personnes dans les lieux où elles se trouvent et d'une clinique accessible, accueillante, ouverte, souple et conviviale, autrement dit d'une clinique qui prend les couleurs des groupes communautaires où elle se trouve. De plus, cela lui permet de proposer un cadre connu et familier pour les personnes qui fréquentent ces groupes communautaires en plus de favoriser les interventions informelles.

Ainsi, la consultation à la clinique SPOT-CCSE se trouve grandement facilitée pour les personnes marginalisées et rend l'expérience de consultation beaucoup moins anxiogène ou gênante que lorsqu'elles doivent se déplacer dans le réseau de la santé et des services sociaux. Consulter à la clinique SPOT-CCSE, c'est consulter dans un milieu qui leur est familier où ils se sentent chez eux.

T'es dans un environnement que tu connais. Tu vas être plus porté à y aller. Les facilités sont là. Pas besoin de carte. Les docteurs viennent chez toi (Olivier).

Quand je sors de SPOT, c'est comme si tu sortais de chez vous (Karl).

Ben là, c'est parce que ici c'est un peu comme chez nous hein. C'est comme si tu recevais ton médecin chez toi. T'es dans un environnement que tu connais, donc on dirait à l'apparence, moins stressant. Un hôpital, c'est une autre histoire. Dans le bureau de médecin, c'est une autre histoire, c'est pas pareil. [...] Qu'y viennent au centre, c'est comme si y viendraient à la maison, te soigner là. Moi je trouve, c'est une grande, c'est beaucoup. Beaucoup moins de nervosité. Si t'as peur, tu peux te sauver, pis tu sais par quelle porte sortir! [rire] En tout cas, c'est une manière de voir, c'est figuratif (Jacques).

Le peu de conditions ou de formalités à remplir pour être vu en consultation ressort comme une innovation majeure. Toutes les personnes rencontrées relatent le fait qu'il n'y a pas de critère pour être rencontré, que les formalités sont minimales et très simples, qu'il n'y a pas de procédures et que la structure est très souple. Par exemple, à la clinique SPOT-CCSE, aucune carte d'identité ou carte d'assurance maladie n'est exigée. Par contraste, au sein du réseau de la santé et des services sociaux, les personnes doivent fournir leur adresse et leur carte d'assurance maladie. À la clinique SPOT-CCSE, on ne leur demande pas d'adresse et on leur offre les mêmes services, qu'ils aient ou non une carte d'assurance maladie. Cette innovation au regard des modalités administratives assure un accès aux soins de santé aux personnes les plus désaffiliées.

Pis, carte de maladie, carte d'assurance maladie ou non, ils te passent pareil. Essaie de passer à l'hôpital pas de carte d'assurance maladie. Oh boy! Attelle-toi, je sais même pas s'il va te passer. SPOT, ils te passent pareil. Moi, je l'ai, mais c'est bien indiqué. Carte, avec ou sans, on te passe pareil. Ça, c'est humain ça (Paul).

Non, je trouve que c'est différent avec SPOT, pis les hôpitaux. Les hôpitaux, euh, ils demandent ton adresse, je n'ai pas d'adresse. En partant là, ils se posent des questions, là. Là, tu te sens déjà euh : « Mais monsieur, ça vous prend une adresse ». « J'en ai pas d'adresse, je reste dans la rue ». Il m'est arrivé de rester dans la rue, moi aussi. C'est pas, c'est ça qui est compliqué. Tandis que SPOT, eux autres, ils font pas ça. Ils vont dire : « C'est correct monsieur, on, on va vous faire une prescription pareil, pis allez là... ». C'est là, l'avantage de SPOT, ils ont une petite coche de plus, pour les soins, que les hôpitaux, les CLSC. Moi, en tout cas, je trouve là. Ça prend pas toute ton adresse, ta carte d'assurance maladie. Y en a qui sont mal pris là. J'ai déjà été mal pris, mais aujourd'hui je suis plus mal pris. Mais j'aurais bien aimé ça, avoir SPOT dans le temps là. Ça aurait pas été pareil. [...] Tu te fais pas regarder de, tu te fais pas juger en arrivant là. T'as pas ta carte, t'as pas, « Ben là ça va mal, faudrait que, ça vous prendrait votre carte absolument là, monsieur, avez-vous au moins une carte d'identité ? ». « J'en ai pas de carte! ». « Vous devriez vous en faire faire ». « Je le sais! » (Georges).

T'as pas de carte là, t'as SPOT. T'as pas besoin de carte (Jacques).

L'offre de **services sans rendez-vous dans tous les points de services de la clinique** donne la possibilité aux personnes de consulter au cours de la semaine en cas de besoins, même dans un point de services où ils n'ont pas l'habitude de se rendre ou l'habitude d'y consulter la clinique SPOT-CCSE.

Ben, SPOT est toujours accessible. Quand c'est pas icitte, ça va être dans un autre organisme que SPOT est accessible. Et tu le sais que une journée, c'est pas compliqué, tiens, t'as ça, tu peux y aller. Tandis qu'à l'hôpital, si t'es moindrement pressé ou t'as rendez-vous dans la même journée, impossible. C'est sûr que tu vas manquer des rendez-vous. Tandis qu'à SPOT, qu'est-ce qu'y est le fun, c'est que tu peux aller à tes rendez-vous, pis aller à SPOT après. Fait que t'es sûr de pas manquer de rendez-vous, de pas être absent à l'école. Fait que c'est ça qui est le fun (Olivier).

6.6. Innovations stratégiques (mission, buts et objectifs stratégiques) et de gouvernance

La mission de la clinique 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 ces personnes ». Avoir comme **mission d'améliorer l'état de santé spécifiquement des personnes marginalisées non rejointes par l'offre de soins et services existants** est en soi innovant. Peu d'organismes partagent cette mission. Si le réseau de la santé et des services sociaux se veut accessible et universel, dans les faits les personnes marginalisées rencontrent différents obstacles pour accéder aux services et obtenir des services de qualité.

C'est plus, euh, plus une clientèle marginale ou, qui, c'est plus euh. On dirait, t'es, tu te sens moins jugé quand t'arrives avec eux autres, parce que c'est pas la même clientèle que dans les hôpitaux, pis les CLSC. C'est pas, tu te sens pas jugé comme, euh. Ils savent qu'ils vont pognier du monde un petit peu plus sauvage ou un petit peu plus craintif. C'est le but, moi, en tout cas, je vois le but de même pour le, pour le SPOT. Y pognent pas la même clientèle pantoute que les autres (Georges).

- Pour remplir sa mission, la clinique SPOT-CCSE a décidé de réduire les obstacles afin de faciliter l'accessibilité à des soins et services de première ligne.

- Pour réduire les obstacles géographiques, la clinique SPOT-CCSE offre plusieurs points de services dans cinq groupes communautaires situés dans différents quartiers de la ville. Une clinique mobile permanente est aussi envisagée.

Justement, si ils se promènent d'endroit en endroit, pour essayer de voir le plus de monde possible, parce que c'est pas tout le monde qui peut se permettre d'aller dans le Vieux ou d'aller dans Charlesbourg en Basse-Ville (Billy).

- Pour réduire les obstacles économiques ou financiers, la clinique SPOT-CCSE offre l'ensemble de ses services (ceux donnés par le pair aidant, l'infirmière, les médecins, les dentistes, les étudiants de différentes disciplines) gratuitement, avec ou sans carte d'assurance maladie.

Ben, quand t'arrives là, pis que t'as même pas besoin de ta carte d'assurance maladie, ils vont, ils vont te, ils vont t'aider pareil. C'est euh!. Dans les hôpitaux, aussitôt que t'as pas ta carte, tu vas, tu vas te casser un poignet, pis ils vont dire : « Oh, ben, y a rien là ». Ils te prennent pus. Reviens avec ta carte ou bien tu paies tout de suite. Tandis qu'en bas, l'autre, ils, ils vont te soigner tout de suite. C'est pas pareil (Georges).

Mais ça coûte 250 piastres qui faut que tu paies de tes poches, au médecin. Pis le Bien-Être va te rembourser après. Mais criss, t'es sur le Bien-Être social! Hey boy, 250 piastres, il est dur à prendre en hostie! Tout est. Tandis qu'il n'a rien chargé le docteur de SPOT à [cette personne-là]. Ça, ça en est des avantages là (Maude).

- Pour réduire les obstacles organisationnels, la clinique SPOT-CCSE n'exige ni la carte d'assurance maladie ni la carte d'identité. De plus, elle n'exige pas la prise en rendez-vous en avance pour pouvoir se présenter. Elle offre des services et des consultations sans rendez-vous à chacun de ses cinq points de services. Elle propose quatre plages horaires de jour et un le soir au cours de la semaine.
- Pour réduire les obstacles de nature relationnelle, la clinique SPOT-CCSE propose ses points de services au sein de groupes communautaires qui desservent déjà des personnes marginalisées ou désaffiliées. De plus, la clinique compte un pair aidant dans son équipe qui est pratiquement toujours présent à chacun des points de services.

Par ailleurs, les acteurs de la clinique SPOT-CCSE ont décidé de devenir **un organisme à but non lucratif** en janvier 2014, car cette formule leur apparaissait la meilleure pour assurer l'autonomie et la neutralité nécessaires pour réaliser leur mission, remplir leurs objectifs et respecter la philosophie de soins et de services. Cette formule a permis aussi à plusieurs organismes communautaires d'être officiellement membres et à d'autres d'être partenaires. La clinique SPOT-CCSE fait partie du Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ) qui regroupe plus de 34 organismes communautaires membres. Si la clinique SPOT-CCSE est un organisme autonome, elle a développé des liens et établi des partenariats divers avec le milieu universitaire, les organismes communautaires et le Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Ces sources de financement sont aussi diversifiées (CIUSSS de la Capitale-Nationale, milieu universitaire, fondations privées).

Au cœur de sa mission, la clinique SPOT-CCSE a également positionné **la formation d'une relève professionnelle diversifiée**. Ceci représente une innovation pour un organisme sans but lucratif, mais reflète certainement les origines de la clinique qui au tout début était une initiative du Département de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'Université Laval. Ainsi, on retrouve à la clinique SPOT-CCSE des étudiants en stage provenant de diverses disciplines (médecine, pharmacie, infirmière, nutrition, physiothérapie, psychologie). Pour SPOT-CCSE, former une relève sensibilisée aux besoins et aux

expériences des personnes marginalisées et ayant développé les compétences nécessaires pour offrir des soins à cette population, est perçu comme une stratégie de changement social. L'un des objectifs est également de former des futurs professionnels de la santé qui orienteront dans le futur leur pratique professionnelle vers les populations visées par SPOT-CCSE.

De plus, **des activités de recherche et d'évaluation** sont également menées à la clinique SPOT-CCSE qui dispose d'une coordonnatrice et d'un comité pour ce volet. Encore une fois, ces activités de recherche et d'évaluation semblent refléter également les origines universitaires de la clinique SPOT-CCSE ainsi que l'implication actuelle de plusieurs facultés et départements universitaires (les facultés de médecine, sciences infirmières, pharmacie, sciences sociales et médecine dentaire ainsi que l'École de nutrition).

Enfin, le **modèle de gestion participative** retenu par la clinique SPOT-CCSE à partir duquel l'ensemble des acteurs concernés sont invités à participer aux orientations stratégiques de la clinique et aux décisions représente également une innovation dans la façon de faire afin de définir des soins et des services de santé de première ligne aux personnes marginalisées.

Autres types d'innovations

Les propos des participants et nos observations n'ont pas permis de documenter de façon directe trois types d'innovations issues de la typologie de l'innovation au sein des organisations du secteur public de Landry et al. (2007) : les innovations conceptuelles ou rhétoriques, les innovations marketing et les innovations dans les systèmes d'interaction. Il est possible que la question de recherche qui ciblait principalement les expériences et l'appréciation des personnes utilisatrices de la clinique et les observations qui se sont limitées aux aires d'accueil sans inclure le bureau de consultation ou d'autres activités de SPOT-CCSE (ex. séances du conseil d'administration ou des autres comités, participation de SPOT-CCSE à certaines activités dans la communauté ou aux activités d'autres organismes) n'aient pas permis de documenter directement ces innovations. Toutefois, cela ne signifie pas que ces types d'innovations ne sont pas présents à SPOT-CCSE. En effet, les échanges avec les membres du comité consultatif ont permis de prendre connaissance de certaines de ces innovations.

En ce qui concerne **les innovations conceptuelles et rhétoriques** (développement ou adoption de nouveaux langages et concepts), certaines notions centrales au développement et à l'implantation de SPOT-CCSE ont été mentionnées telles que le « continuum de soins ». Bien que ce concept n'ait pas été créé par SPOT-CCSE et soit utilisé par d'autres organisations, il semble que la définition accordée diffère de ce qui est convenu dans le monde médical. En effet, le « continuum de soins » tel que compris par SPOT-CCSE va au-delà des soins et services offerts et comprend l'accueil (à l'arrivée et en quittant SPOT-CCSE) et les diverses implications dans la communauté.

Les membres du comité consultatif ont également fait mention **d'innovation marketing** (moyens de communication et de promotion de services). Il s'agit notamment de la roulotte de soins qui est parfois un moyen de sonder l'intérêt pour SPOT-CCSE dans certains secteurs et aussi une façon de manifester concrètement que cette offre de soins existe, du site Facebook qui semble être un moyen de communication plutôt rare pour une clinique médicale, de la participation de SPOT-CCSE à certains événements comme la Nuit des sans-abris, l'activité de diffusion de la recherche et le théâtre forum. Certaines de ces stratégies de communication ont été pensées de manière à rejoindre les « faibles lecteurs ». SPOT-CCSE participe

également à différentes activités de diffusion pour se faire connaître (ex. activités de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, colloque en itinérance) et participe aux assemblées générales des autres organismes.

De nombreuses **innovations dans les systèmes d'interactions** (nouvelles façons d'interagir avec les autres organisations) ont également été mentionnées. Il s'agit principalement des relations étroites que SPOT-CCSE entretient avec le réseau de la santé (ex. CIUSSS), le milieu universitaire et le milieu communautaire. SPOT-CCSE est un organisme au sein duquel d'autres organisations peuvent être membres dans une structure démocratique. Il existe une certaine mutualisation de ressources entre partenaires organisationnels pour offrir les services. Par exemple, les points de services offrent des locaux et mobilisent les intervenants, le réseau de la santé mobilise le personnel médical et offre une infrastructure de soutien alors que le milieu universitaire mobilise les superviseurs et les stagiaires. De plus, SPOT-CCSE est présent dans différents lieux de concertation et fait en sorte que les citoyens soient présents et qu'on entende leur voix.

D'autres études prenant en compte non seulement la perspective des personnes utilisatrices et utilisant une méthodologie incluant notamment des entretiens avec les personnes ayant créé SPOT-CCSE et étant impliqués dans sa mise en œuvre, ses nombreux partenaires du milieu communautaire, universitaire et de la santé et des observations des activités de SPOT-CCSE telles que les réunions du Comité d'administration et comités (ex. comité recherche, comité des personnes utilisatrices) et de son implication dans la communauté (ex. participation aux événements organisés par d'autres organismes) permettraient non seulement d'aller plus loin dans l'identification de telles innovations, mais également de documenter les retombées pour les personnes impliquées.

7. FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Les cliniques de soins et services de santé de première ligne qui visent à améliorer l'accès et la qualité des soins et services de santé aux personnes marginalisées sont plutôt rares au Canada et au Québec. Située dans la ville de Québec, la clinique SPOT-CCSE a été mise sur pied pour desservir les personnes marginalisées, désaffiliées, non rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux. Elle offre ses services depuis 2014 et réussit à rejoindre des personnes marginalisées.

Cette recherche a permis d'identifier les innovations mises en œuvre par la clinique SPOT-CCSE afin de mieux comprendre ce qu'elle met en place pour rejoindre les personnes désaffiliées, ce qu'elle fait de différent pour rejoindre les personnes non rejointes par le réseau de la santé et des services sociaux. Utilisant la typologie des innovations de Landry et al., (2007), cette recherche a permis de cerner les différentes innovations mises en œuvre par SPOT-CCSE. Ces innovations sont nombreuses et touchent différentes dimensions au regard de l'offre de nouveaux services, dans la façon de livrer les services, dans la façon de produire les services, au niveau organisationnel et au niveau stratégique. Ces innovations permettent d'éclairer d'autres acteurs qui souhaiteraient améliorer l'accès et la qualité des services de santé aux personnes marginalisées, du réseau communautaire, mais aussi du réseau de la santé et des services sociaux, car tel que rapporté dans le second volet de cette recherche qui fait l'objet d'un rapport de recherche distinct et dans lequel différents modèles de soins de proximité ont été analysés, certaines des innovations mises en œuvre par SPOT-CCSE qui est un organisme sans but lucratif se retrouvent aussi dans des expériences innovantes relevant d'une collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires.

Cette recherche a également permis de recueillir l'expérience de plusieurs personnes utilisatrices de SPOT-CCSE sur différents aspects et permet notamment de mieux saisir pourquoi elles consultent la clinique SPOT-CCSE.

La démarche participative de la recherche est indéniablement une force à relever. S'inscrivant dans une approche collaborative avec les acteurs concernés, cherchant à valoriser les différents savoirs experts, d'interventions et expérientiels et axée sur une approche visant l'*empowerment* des personnes utilisatrices de la clinique et membres du comité consultatif, cette recherche a profité des différents apports de chacun des membres du comité consultatif. Ce comité a eu une influence importante et précieuse sur la méthodologie adoptée, a permis une analyse contextualisée des données et plusieurs membres ont participé pleinement à la diffusion des résultats. Cette recherche démontre qu'il est possible et pertinent de mener une démarche participative en incluant des personnes marginalisées.

Cette recherche compte des limites et celles-ci doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

D'abord, nous ne pouvons écarter certains biais dans la sélection des participants. Les personnes utilisatrices rencontrées étaient généralement très satisfaites des soins et services reçus à SPOT-CCSE et rapportaient avoir eu une expérience très positive. La plupart d'entre elles (9 personnes parmi les 12 personnes rencontrées) avaient utilisé la clinique plus d'une fois, ce qui laisse supposer qu'elles étaient probablement satisfaites de leurs visites précédentes. Il est possible que certaines personnes moins satisfaites n'aient pas été rejointes par cette étude. D'ailleurs, certains membres du comité consultatif soulignent qu'il arrive parfois que certaines personnes quittent SPOT-CCSE sans être satisfaites, entre autres parce qu'elles n'ont pas

reçu les soins ou services souhaités. Les études futures devraient utiliser des stratégies de recrutement permettant de rejoindre ces personnes afin de documenter et mieux comprendre ces expériences négatives.

Dans la même lignée, il est possible que les personnes rencontrées aient partagé des propos qu'elles considéraient acceptables par SPOT-CCSE et qu'elles aient hésité à partager des avis plus négatifs. Cependant, les personnes qui réalisaient les entrevues n'étaient pas des personnes œuvrant directement au sein de SPOT-CCSE (chercheurs, professionnelle de recherche, personnes utilisatrices de la clinique), et cela a été partagé aux participants. De plus, les participants étaient assurés de la confidentialité de leur participation et de leurs propos. Ces mesures ont pu contribuer à atténuer ce biais.

Finalement, il faut également considérer que les observations se sont limitées aux aires d'accueil de la clinique. Il n'a donc pas été possible d'observer les activités dans le bureau de consultation et de documenter les pratiques et les interactions entre les personnes, les médecins, l'infirmière, le pair aidant ou autres professionnels et les personnes venues pour une consultation lors des soins. Les pratiques des différents professionnels impliqués à SPOT-CCSE n'ont pu être documentées.

8. PISTES POUR LES RECHERCHES FUTURES

Cette étude a permis de documenter les expériences de personnes utilisatrices de la clinique SPOT-CCSE à un moment précis du parcours de soins des personnes rencontrées. Des études utilisant un devis longitudinal permettraient d'approfondir ces connaissances en documentant comment les expériences et les retombées du recours à SPOT-CCSE évoluent dans le temps, selon ce qui est offert à SPOT-CCSE et ce qui est vécu par les personnes.

Cette étude s'est intéressée à l'expérience des soins et services reçus à SPOT-CCSE. Cependant, les activités de SPOT-CCSE dépassent largement le simple cadre de la prestation de soins et services de santé. SPOT-CCSE propose aux personnes qui viennent consulter la possibilité de s'impliquer dans différents comités permanents ou ponctuels, tels que le Comité des personnes utilisant les soins et les services de SPOT-CCSE (CPU3S) et le Comité recherche et évaluation ainsi que celle de participer à différentes activités collectives au sein de la communauté dans lesquelles la clinique SPOT-CCSE est impliquée. Ces propositions donnent la possibilité aux personnes qui le souhaitent de s'inscrire dans des dynamiques de groupe et de mener diverses activités collectives et, pour certaines personnes, de sortir de l'isolement. Des recherches futures pourraient permettre de documenter quelles sont les expériences et les retombées liées à cette participation que ce soit pour les personnes utilisatrices elles-mêmes ou encore pour les professionnels de la santé, les pairs aidants et les différentes personnes œuvrant au sein de SPOT-CCSE ou dans d'autres organismes. Il est possible qu'au sein de ces pratiques et manières de faire soient identifiées des innovations essentielles pour améliorer la prestation des soins et des services de santé de première ligne pour les personnes marginalisées.

Puisque la présence des pairs aidants est ressortie comme un élément significatif par les personnes utilisatrices de la clinique et apparaît novateur dans une équipe de soins de santé de première ligne, il serait pertinent de mieux documenter le rôle, les retombées et les enjeux de collaboration interprofessionnelle liés à la présence de pairs aidants au sein d'équipes de soins et de services de santé de première ligne visant à favoriser l'accès et la qualité des soins et des services de santé aux personnes marginalisées.

Annexe 1 — Annonce de l'étude

Vous souhaitez partager votre expérience et votre appréciation des soins et des services reçus à SPOT-CCSE ?

Nous vous invitons à participer à la recherche « **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** » financée par Réseau-1.

Objectifs de la recherche

- Comprendre comment le recours à la clinique SPOT-CCSE s'inscrit dans le parcours de soins des personnes et décrire leur expérience à la clinique.
- Identifier les pratiques innovantes mises en œuvre à SPOT-CCSE.

Critères de sélection

Pour participer à la recherche, il faut :

- 1) avoir utilisé les services de SPOT-CCSE au moins une fois;
- 2) être âgé de 18 ans ou plus;
- 3) être apte à communiquer verbalement en français;
- 4) être ouvert à participer à une recherche.

Participation attendue

Les personnes admissibles et intéressées par cette recherche seront invitées à participer à un entretien individuel d'environ 1 h 30 et un entretien collectif d'environ 3 h. En plus des personnes ayant utilisé les soins et services de la clinique, des personnes travaillant au sein de la clinique (ex. : infirmière, pair-aidant, coordonnatrice) seront aussi invitées à participer. Ces activités se dérouleront entre le 1^{er} juillet 2016 et le 1^{er} décembre 2017. Les frais de transport seront remboursés.

Pour signifier votre intérêt ou avoir plus d'information

Vous pouvez contacter :

- Shelley-Rose Hyppolite, shelly-rose.hyppolite@ssss.gouv.qc.ca, 418-666-7000, p. 331
- Sophie Lauzier, sophie.lauzier@pha.ulaval.ca, 418-682-7547.

Les chercheurs sont : Shelley-Rose Hyppolite, Sophie Lauzier, Sophie Dupéré, Maxime Amar, (Université Laval) et Arnaud Duhoux (Université de Montréal).

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval :
N° d'approbation 2016-164 A-3/ 14-03-2017.

Annexe 2 – Canevas pour les entrevues avec les personnes utilisatrices de SPOT-CCSE

1) Présentation et SPOT-CCSE dans le parcours de soins

- Quel est votre âge ?
- Combien de fois avez-vous utilisé les soins et services de la clinique SPOT-CCSE ?
- Depuis quand utilisez-vous les soins de la clinique SPOT-CCSE ?
- À quel endroit avez-vous utilisé les soins et les services de la clinique SPOT-CCSE ?
- Comment avez-vous entendu parler de la clinique SPOT-CCSE ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour consulter à la clinique SPOT-CCSE ?

2) Expérience des soins et services à SPOT-CCSE

- Parlez-nous des circonstances qui vous ont amené à utiliser les soins et services de la clinique SPOT-CCSE ?
- Décrivez-nous comment se déroulent les soins et les services à la clinique SPOT-CCSE à partir de vos propres expériences.
- Quelles étaient vos attentes lors de votre première visite et qu'est-ce qui vous a surpris ?
- En général, comment vous sentez-vous après avoir reçu des soins et des services à la clinique SPOT-CCSE ?
- D'après vous, quel impact ont eu les soins et services reçus à la clinique SPOT-CCSE sur vous en général ? Sur votre état de santé ?

3) Expérience des soins et services dans les autres milieux

- Quels autres milieux de soins avez-vous déjà consultés ?
- Décrivez-nous, en quelques mots, comment se déroulent les soins et les services dans ces autres milieux.
- Parlez-nous de ce que vous appréciez ou non dans ces milieux ?
- Quels sont les liens entre ces milieux et la clinique SPOT-CCSE ?
- En général, comment vous sentez-vous après avoir reçu des soins et des services dans ces milieux ?

4) Innovations à la clinique SPOT-CCSE

Par rapport à d'autres milieux de soins où vous avez consulté, décrivez-nous ce qu'il y a de différent dans les façons de faire, les soins et les services à la clinique SPOT-CCSE que vous ne retrouvez pas ailleurs.

5) Appréciation des soins et services à la clinique SPOT-CCSE

- Quelle est votre appréciation des soins et services à la clinique SPOT-CCSE ?
 - Les aspects que vous aimez le plus ?
 - Qu'est-ce qui fait que vous avez eu envie de revenir ?
 - Les aspects que vous aimez le moins ?
- Que changeriez-vous à la clinique SPOT-CCSE ?
- Quelles sont vos suggestions pour que le système de santé publique ressemble plus à SPOT-CCSE ?

6) Comment décririez-vous la clinique SPOT-CCSE en quelques mots ?

Annexe 3 - Grille d'observation

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

CODE : _____ (1) (en lien avec code ID sur document séparé)

DATE : _____ (2)

IMPORTANT : Aucune information nominative ou permettant d'identifier le (la) répondant(e) ne doit être inscrite sur ce questionnaire.

Grille d'observation dans les différents points de services de SPOT-CCSE

Préalables :

1. Présentation de l'observateur
2. Présentation du formulaire de consentement aux intervenants et aux personnes utilisatrices/réponse aux questions/signature du formulaire

Informations sur l'observation du milieu de soins :

Date, heure : _____

Observateur : _____

Point de service : _____

Lieu dans le point de service : _____

Acteurs en présence :

Quelles activités ?	Qui (stipuler qui est leader ?)	Où Comment	Observations	Résolutions (solutions, suites, fin de l'activité)
1. Description de l'évaluation				
<p>Porter une attention particulière à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la problématique incluant le parcours de vie et autres problématiques; • Approche globale - éviter de compartimenter les problèmes de santé entre différents professionnels; • Adaptation des soins et des services aux besoins exprimés; • Approche de réduction des méfaits; • Activités de promotion, de prévention et curatives. 				

Quelles activités ?	Qui (stipuler qui est leader ?)	Où Comment	Observations	Résolutions (solutions, suites, fin de l'activité)
<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte des déterminants sociaux de la santé; 				
<p>2. Description des soins et des services offerts</p>				
<p>Porter une attention particulière à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la problématique incluant le parcours de vie et autres problématiques; Adaptation des soins et des services aux besoins exprimés; Approche de réduction des méfaits; 				

Quelles activités ?	Qui (stipuler qui est leader ?)	Où Comment	Observations	Résolutions (solutions, suites, fin de l'activité)
<ul style="list-style-type: none"> • Approche globale et sans compartimer les problèmes de santé entre différents professionnels; • Prise en compte des déterminants sociaux de la santé. • Activités de promotion, de prévention et curatives. 				
3. Suivi proposé <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration du plan de suivi ou de rétablissement 				
<i>Porter une attention particulière à :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Offre d'un suivi qui aborde toutes les problématiques sociales et de santé selon le rétablissement propre à chaque personne 				
<ul style="list-style-type: none"> • Discussion de rencontrer d'autres professionnels 				

Quelles activités ?	Qui (stipuler qui est leader ?)	Où Comment	Observations	Résolutions (solutions, suites, fin de l'activité)
<p>4. Suivi proposé (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaffiliation de la personne aux structures de soins conventionnelles 				
<ul style="list-style-type: none"> Contribution de l'utilisateur à SPOT-CCSE 				

Quelles activités ?	Qui (stipuler qui est leader ?)	Où Comment	Observations	Résolutions (solutions, suites, fin de l'activité)
5. Aspects relationnels <ul style="list-style-type: none"> • Écoute 				
<ul style="list-style-type: none"> • Proximité relationnelle 				
<ul style="list-style-type: none"> • Temps consacré à la consultation 				
<ul style="list-style-type: none"> • Centré sur la personne 				
<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité 				

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-yl*, 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.

Brown, L.D, et Tandon, R. (1983). Ideology and Political Economy in Inquiry: Action Research and Participatory Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 19, n° 3, p. 277-294.

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, BG, 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.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*, SAGE.

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

Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL) (s.d.). Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains, [page consultée le 13 avril 2016], <https://www.cerul.ulaval.ca/cms/site/cerul/accueil;jsessionid=4A9A6048D28CC6EBE6EC9A03082128D7>

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). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé.

Contandriopoulos, D., Duhoux, A., Roy, B., Amar M., Bonin, J.-P., Borgès Da Silva R., Brault, I., Dallaire, C., Dubois, C.-A., Girard, F., Jean, E., Larue, C., Lessard, L., Mathieu, L., Pépin, J., Perroux, M., et Cockenpot, A. *An Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec*. Projet en cours.

Contandriopoulos D., Duhoux, A., Perroux, M., Lachapelle, K., Laroche, D., et Lardeux, A. (2017). *Clinique communautaire de santé et d'enseignement SPOT : Descriptif de milieu*, vol. 2, Projet de recherche ESPI, Montréal, [en ligne], www.pocosa.ca/wp-content/uploads/2017/04/DescriptionSPOTmars2017v2.pdf

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.

Cornwall, A et Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 12, p. 1667-1676.

Creswell, J.-W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 3rd edition.

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

Curtis, J., et MacMinn, W.-J. (2008). Health care utilization in Canada : twenty-five years of evidence, *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, vol. 34, n° 1, p. 65-87.

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Lévesque, J.-F., Lecours, C., et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, vol. 2, Institut de la statistique du Québec, [en ligne], www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/santé/services/generale/medecin-famille.pdf

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.

Dubouloz, C.-J., Savard, J., et Burnett, D. (2010). *La Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaires : Un modèle théorique de formation clinique interprofessionnelle*, Université d'Ottawa.

Dubouloz, C.-J., Savard, J., Burnett, et D., Guitard, P. (2009). An interprofessional university clinic in primary health care in rehabilitation : a collaborative learning model for physical therapy students in a clinical placement, *Journal of Physical Therapy Education*, vol. 24, n° 1, p. 19-24.

Dugani, S., Lam, N., McGuire, R., Moss, D., et Siddiqui, N. (2010). *IMAGINE : Successes & Struggles in Interprofessionalism*, Présentation lors de la 6^e conférence annuelle de l'Association des étudiants des sciences de la santé du Canada, Hamilton, Ontario, 14 mars 2010.

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.

Emst & Young (2014). *Relier les patients et les professionnels de la santé – Étude pancanadienne sur la télésurveillance des patients*, Ottawa, Inforoute Santé du Canada.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), et Baker G.-R. (2015). Patient engagement : catalyzing improvement and innovation in Canadian healthcare. Ottawa : Santé Canada cité dans Groupe consultatif sur l'innovation en matière de santé (GCIS) (2015). *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada*. Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation sur les soins de santé, Ottawa, Santé Canada.

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. (2001b). *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.

Groupe consultatif sur l'innovation en matière de santé (GCIS) (2015). *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada*, Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation sur les soins de santé, Ottawa, Santé Canada.

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.

Human, G., Stock, C., et Student Run Clinic (2010). *Evaluation of an innovative interprofessional student run clinic*, présentation avec Drynan, D., Baingridge, L., et Ball, V., Royal Columbian Hospital, New Westminster, C.-B., Collège des disciplines de la santé, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B., [en ligne], http://www.fraserhealth.ca/media/ResearchWeek2011-DAY1-2_GeeanStock.pdf

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.

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.

Kuile, S., Rousseau, C., Munoz, M., Nadeau, L., et Ouimet, M.-J. (2007). The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, vol. 3, n° 1, p. 15-26.

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.

Laperrière, Anne. (1998). *L'observation directe*. Dans Benoît Gauthier (dir.) (1998), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Les Presses de l'Université du Québec, p. 241-262.

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.

Lemire, N., Souffez, K., et Laurandea, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la recherche, formation et développement, Québec.

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).
- Matte, I., et Cobbett, E. (2008). *Le projet de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles : le projet de santé d'un quartier*, 3^e mise à jour, août.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (2003). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaétan Morin, éditeur, Boucherville, Québec.
- Maze, C. D. M. (2005). Registered Nurses' personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, n° 5, p. 546-554.
- 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.
- McBride, P.-E., Underbakke, G., Plane, M.-P., Massoth, K., Brown, R.-L., Solberg, L.-I., Ellis, L., Schrott, H.-G., Smith, K., Swanson, T., Spencer, E., Pfeifer, G., et Knox, A. (2000). Improving prevention systems in primary care practices: the health education and research trial (HEART), *The Journal of Family Practice*, vol. 49, no 2, p.115-125.
- McTaggart, R. (1991). Principles for participatory action research, *Adult Education Quarterly*, vol. 41, no 3, p. 168-187.
- Médecins du monde Canada (2016). *Projet Montréal*, [page consultée le 23 mars 2016], <http://www.medecinsdumonde.ca/index.php/nos-interventions/projet-montreal/>
- Meili, R., Fuller, D., et Lydiate, J. (2011). Teaching social accountability by making the links: Qualitative evaluation of student experiences in a service-learning project, *Medical Teacher*, vol. 33, n° 8, p. 659-666.
- Miles, M.-B, et Huberman, A.-M. (1994). Qualitative data analysis, Thousand Oaks, Sage Publications, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n° 3, p. 433-458.
- Millar, W.-J., et Locker, D. (1999). Dental insurance and use of dental services, *Health Reports*, vol. 11, n° 1, p. 55-67.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Cadre de référence pour la désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Énoncé des orientations ministérielles et critères*, gouvernement du Québec, Québec.
- 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., 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>
- 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.
- Pammett, R., Landry, E., Weidmann, A.-E., et Jorgenson, D. (2015). Interprofessional student-run primary health care clinics : educational experiences for pharmacy students, *Canadian Pharmacists Journal*, vol. 148, n° 3, p. 125-128.
- 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.
- Potvin, L. (2007). Managing uncertainty through participation, in *Health and Modernity. The role of theory in health promotion* McQueen, D.M., Kickbush, I., Potvin, L., Peilikan, J.M., Balbo, L., Abel, T. p. 103-128. New York: Springer.
- Proctor, P., Lake, D., Jewell, L., Racine, L., D'Eon, M., et Reeder, B. (2010). Influencing student beliefs about poverty and health through interprofessional community-based educational experiences, *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 1, n° 2, p. 145-158.
- Provost, M.-H., Moreault, L., et Cardinal, L. (2016). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- RAIIQ - Regroupement de l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (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 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.
- Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- 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/>

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.

Simpson, Krista (4 janvier 2012), *Free and accessible health care, no ID required*, Torontoist, [page consultée le 25 février 2016], <http://torontoist.com/2012/01/free-and-accessible-health-care-no-id-required/>

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.

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.

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 (SPOT-CCSE) (2014). *Fiche synthèse*, Québec.

SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement (SPOT-CCSE) (2015). *Rapport d'activités du 10 février au 31 mars 2015*, Québec.

SPOT Clinique communautaire de santé et d'enseignement. *Rapport d'activités, 1^{er} avril 2016-31 mars 2017*.

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.

University of British Columbia (2016). *CHIUS : Department of family practice*.

Wang, S., Moss, J.-R., et Hiller, J.-E. (2005). Applicability and transferability of intervention in evidence-based public health, *Health Promotion International*, vol. 21, n° 1, p. 76-83.

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 interprofesisonal student-run health clinic*, [page consultée le 25 février 2016], <https://wishclinic.ca/>

Wright, N. M. J., et Tompkins, C. N. E. (2005). *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

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.

Young, P.-C., Glade, G.-B., Stoddard, G.-J., et Norlin, C. (2006). Evaluation of a learning collaborative to improve the delivery of preventive services by pediatric practices, *Pediatrics*, vol. 117, n° 5, p. 1469-1476

