

Action sociale en soins primaires à Markham, Ontario

James Taylor MDCM

Historiquement, les médecins de famille canadiens travaillaient dans leur propre clinique, à offrir d'excellents soins primaires aux patients qui y venaient. Plus récemment, la prestation des soins de santé s'est écartée des modèles plus traditionnels de soins paternalistes, centrés sur le médecin, pour adopter un mode de soins centrés sur le patient. Simultanément, des efforts constants sont déployés pour maximiser l'efficacité de notre système de santé dont les ressources sont limitées. Notre approche, qui pourrait faire partie intégrante de la prestation future des soins de santé, est l'action sociale en soins primaires.

Santé pour tous est une nouvelle unité d'enseignement en médecine familiale à Markham, en Ontario, affiliée à l'University of Toronto, en Ontario. En plus de fournir et d'enseigner d'excellents soins primaires, la nouvelle équipe s'est engagée envers l'équité mondiale et la justice sociale. Quand l'équipe sera établie et en activité avec une cohorte complète de résidents, l'unité desservira 10 000 patients, et l'initiative a pour but de rechercher proactivement des patients qui éprouveraient autrement des difficultés à naviguer dans le système de santé. En septembre 2010, dans le contexte de ma bourse d'études en santé mondiale et en populations vulnérables à l'University of Toronto, j'ai entrepris d'aider Santé pour tous à identifier les populations mal desservies à Markham et les obstacles à l'accès aux soins primaires.

Durant une période d'un mois, j'ai rencontré des représentants de groupes communautaires à Markham, des administrateurs principaux à l'hôpital Stouffville de Markham et des cadres supérieurs de la municipalité de Markham, ainsi que des experts de la santé publique et des promoteurs des soins primaires à Toronto. Étant donné que 75 % de la population dans certains quartiers de Markham sont des immigrants (et jusqu'à 65 % ne parlent ni français ni anglais à la maison), je m'attendais à ce que ce soit ces gens qui auraient de la difficulté à accéder aux soins primaires et qu'en définitive, ils accueilleraient favorablement une présentation sur la façon d'accéder aux services de soins primaires¹. La réalité était tout autre.

Segments mal desservis

En 2001, les National Centers of Excellence in Women's Health (centres nationaux d'excellence en santé de la femme) ont identifié les axes d'oppression chez les femmes dans l'accès aux soins primaires aux

États-Unis: l'âge, l'orientation sexuelle, la situation socioéconomique, le sexe, la race et l'ethnicité². Après mes visites dans la communauté et mes entrevues avec des experts, j'ai aussi ajouté à ma liste les personnes ayant une incapacité et les populations stigmatisées.

Contrairement à mon idée préconçue que les gens n'avaient pas de médecin de famille, l'impression que j'ai eue dans mes discussions avec les experts médicaux et les dirigeants communautaires était que la plupart des gens en Ontario qui veulent un médecin de famille en ont un. De fait, 90 % des Ontariens ont dit avoir un médecin de famille habituel, 95 % des personnes atteintes de maladies chroniques en avaient un aussi et rares sont ceux qui ont signalé des obstacles sérieux à l'accès aux soins primaires³.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'obstacles à l'accès. *L'effet de l'immigrant en santé* est un phénomène bien documenté selon lequel, en moyenne, les nouveaux immigrants arrivent au pays en meilleure santé que les habitants du Canada et, avec le temps, leur état de santé décline jusqu'à rejoindre celui de la population née au Canada⁴. En réalité, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001, les minorités visibles avaient davantage recours aux omnipraticiens, mais faisaient considérablement moins l'objet de tests de dépistage du cancer tels que les tests de l'antigène prostatique spécifique, la mammographie et les tests Papanicolaou⁵. Le seul groupe que j'ai rencontré qui n'avait pas accès de manière égale à un médecin de famille était celui des sans-abri et des itinérants: par exemple, 75 % des clients d'une clinique de dépistage de Markham avaient un médecin de famille en comparaison de 95 % dans la population en général⁶. Parmi les autres groupes mal desservis identifiés figuraient la communauté des lesbiennes, gais, bisexuels et non-conformistes sexuels, les patients ayant un diagnostic palliatif qui avaient reçu leur congé de soins spécialisés à Toronto et les jeunes adolescentes enceintes qui ne vivaient pas chez leurs parents. Si le projet s'était prolongé, de nombreux autres groupes mal desservis à Markham auraient sans doute pu être identifiés.

Divers obstacles à l'accès ont été cernés, que j'ai regroupés sous les catégories suivantes, qui ne s'excluent pas mutuellement: langue, culture, information, coût et transport.

La barrière de la langue se manifeste par l'incapacité du patient d'expliquer en anglais ses problèmes de santé et d'interpréter les directives du médecin, et par l'incapacité du médecin à comprendre ce qui inquiète le patient⁷. L'un des obstacles considérables dont j'ai

This article is also in English on page 147.

été témoin à maintes reprises durant ma formation à Montréal, au Québec, dans le Nord ontarien et à Toronto se situe dans l'insuffisance de services d'interprètes acceptables. On s'attend généralement à ce que les patients expliquent leurs problèmes de santé par l'intermédiaire d'un membre de la famille, souvent les petits-enfants. Si les centres de santé adaptés aux immigrants ou aux réfugiés ont évolué en Ontario et ont des employés spécialisés en relations ethnoculturelles et des services d'interprètes, il y a encore place à l'amélioration à ce chapitre⁸.

Il peut y avoir des obstacles sur le plan de l'information quand on navigue dans le système de santé, de même que lorsqu'on veut renseigner des patients sur des questions liées à la santé et sur le fait de reconnaître le besoin de soins. Par exemple, les hôpitaux en Chine offrent des soins de santé primaires à leurs citoyens. Les nouveaux immigrants présumant souvent que c'est aussi le cas au Canada et n'ont aucune notion de ce qu'est un médecin de famille ou des services qu'il dispense. En plus des barrières de langues et des obstacles informationnels de nature culturelle, l'analphabétisme et la déficience cognitive sont des obstacles grandissants à la diffusion de renseignements sur la santé dans notre société. Chez les adultes de plus de 16 ans, 42 % des Canadiens et des Ontariens et 48 % des Torontois ont des niveaux d'alphabétisation inférieurs à ce qui est nécessaire pour se débrouiller dans une société moderne⁹.

Même si le Canada est largement admiré pour l'universalité de son système de santé, les coûts demeurent une barrière importante à l'accès aux soins primaires. De nombreux professionnels de la santé ne connaissent pas le Programme fédéral de santé intérimaire pour les nouveaux réfugiés. Ces derniers doivent, par conséquent, défrayer des coûts substantiels qui sont pourtant couverts par ce programme⁴. À Toronto, 18 % des sans-abri n'ont jamais eu d'assurance-santé et 31 % n'ont pas de carte d'assurance-santé¹⁰. Même avec le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, de nombreuses personnes ne peuvent pas se payer des médicaments, de l'équipement, des lunettes et des soins dentaires. Certains de ces patients sont étiquetés comme infidèles aux ordonnances, ce qui complique davantage leurs problèmes d'accès. L'accès géographique aux médecins de famille peut aussi être difficile, et le transport public coûteux et problématique, en particulier pour les patients âgés et handicapés. Bien sûr, la discussion des coûts ne saurait être complète sans parler des déterminants sociaux de la santé et du manque de connaissance des médecins quant au revenu, au logement et à la situation personnelle des patients.

Si les données probantes font valoir - et les dirigeants communautaires de Markham en conviennent - que les immigrants ont accès aux médecins de

famille, des obstacles ethnoculturels peuvent influencer leur acceptation de soins préventifs, du dépistage et des traitements. Les nouveaux immigrants ont tendance à s'intégrer de manière fonctionnelle, mais ils ne consultent le médecin que lorsqu'ils souffrent. Il faut des générations pour changer les comportements quand il s'agit de l'examen médical périodique, des soins prénatals, de l'alimentation, de l'activité physique, du tabagisme et de la gestion du stress. De plus, le vécu de la maladie diffère considérablement d'une culture à l'autre et les patients peuvent décrire leurs symptômes en fonction des concepts taoïstes du *yin* et du *yang* ou croire que la cause de leur maladie est attribuable à de mauvais esprits ou à un mauvais sort. Il est essentiel que les professionnels de la santé soient sensibilisés à ces différences culturelles pour pouvoir soigner ces patients adéquatement¹¹.

Surmonter les obstacles

Si on a identifié une multitude d'obstacles à l'accès aux soins à Markham; en même temps, il est aussi très évident que l'unité d'enseignement en médecine familiale a beaucoup de potentiel pour les surmonter. Les semences de partenariats communautaires ont été plantées, comme en témoigne l'abondante participation à une séance de réflexion organisée par Santé pour tous, à laquelle assistaient de nombreux dirigeants communautaires, patients, et administrateurs d'hôpitaux et municipaux qui avaient été interviewés dans le cadre de ce projet. Le souhait de voir s'établir des services communautaires exprimé par bon nombre de ces groupes a été corroboré dans les constatations d'une étude sur l'équipe infirmière de promotion de la santé communautaire en 2003, où on a observé une réduction substantielle des obstacles à l'accès grâce à une assistance pour les transports, l'accompagnement vers des services de santé sécuritaire, l'interprétation et la traduction de renseignements sur la santé, la représentation des intérêts, l'information au sujet des ressources locales et l'éducation sur la santé et les soins personnels¹².

Parmi les exemples de réussites dans l'action sociale en soins primaires, on peut mentionner le projet de l'unité d'enseignement de la médecine familiale du St Michael's Hospital à Toronto, dans lequel les résidents en médecine familiale passent 6 semaines à la Seaton House à offrir des soins aux populations marginalisées dans le milieu des refuges pour sans-abri. Cette expérience inculque des notions de justice sociale aux résidents en médecine familiale et concorde bien avec le rôle du promoteur de la santé de CanMEDS - Médecine familiale.

Un autre projet réussi s'est déroulé à Markham, où un groupe communautaire a offert des services dans divers milieux, y compris des temples sikhs, des mosquées et des églises. En partenariat avec l'hôpital Stouffville

de Markham, on a mis en œuvre un programme de dépistage du diabète et d'éducation qui a connu un succès retentissant de l'avis des professionnels de la santé et des patients. Malheureusement, l'absence de ressources a empêché le programme de se poursuivre, ce qui a causé beaucoup de frustration chez les membres du groupe communautaire. Il faudrait envisager l'adoption d'un tel modèle pour faire le lien entre les programmes généraux et les populations difficiles à rejoindre dans de futures initiatives en soins primaires, tout en gardant à l'esprit la nécessité que de tels efforts soient viables.

La nouvelle unité d'enseignement en médecine familiale Santé pour tous à Markham a amorcé un processus proactif pour identifier les obstacles à l'accès aux soins primaires dans la communauté et pour rejoindre les groupes communautaires, la municipalité de Markham et d'autres professionnels de la santé dans le but d'établir des partenariats et de cerner les possibilités de fournir des soins aux populations mal desservies et de créer des liens avec elles. Si cette approche comporte de nombreux défis - dont l'identification de nouvelles ressources et la réallocation éventuelle de ressources existantes ne sont pas les moindres - Santé pour tous est bien placée pour exercer un rôle de leadership, en partenariat avec la communauté, dans l'instauration d'une action sociale en soins primaires à Markham. 

Dr Taylor était boursier en santé mondiale et en populations vulnérables au Département de médecine familiale et communautaire de l'University of Toronto en 2010 et en 2011. Il pratique maintenant à Sioux Lookout, en Ontario.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr James Taylor, 40 Howland Ave, Toronto, ON M5R 3B3; courriel jtaylor22@yahoo.com

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Municipalité de York [site web]. *York region community profiles*. Newmarket, ON: Municipalité de York; 2009. Accessible à: www.york.ca/Departments/Community+Services+and+Housing/communityprofiles.htm. Accédé le 9 décembre 2011.
2. Weitz TA, Freund KM, Wright L. Identifying and caring for underserved populations: experience of the national centers of excellence in women's health. *J Womens Health Genet Based Med* 2001;10(10):937-52.
3. Glazier RH, Moineddin R, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG, et collab. *The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions. ICES investigative report*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2008.
4. Miedema B, Hamilton R, Easley J. Climbing the walls: structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician* 2008;54:335-6 (ang), 338-9 (fr).
5. Quan H, Fong A, De Coster C, Wang J, Musto R, Noseworthy TW, et collab. Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ* 2006;174(6):787-91.
6. Mooi C. *Homelessness and health: social determinants of health in York Region*. Newmarket, ON: York Region Alliance to End Homelessness; 2010.
7. Asanin J, Wilson K. "I spent nine years looking for a doctor": exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1271-83. Cyberpub du 14 janvier 2008.
8. Barozzino T. Immigrant health and the children and youth of Canada: are we doing enough? *Healthc Q* 2010;14(Spec No. 1):52-9.
9. Statistique Canada, Organisation de coopération et de développement économiques. *Learning a living: first results of the Adult Literacy and Life Skills Survey*. Paris, Fr: Ministère de l'Industrie, Organisation de coopération et de développement économiques; 2005.
10. Hwang SW, Ueng JJ, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et collab. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *Am J Public Health* 2010;100(8):1454-61. Cyberpub. du 17 juin 2010.
11. Wang L, Rosenberg M, Lo L. Ethnicity and utilization of family physicians: a case study of Mainland Chinese immigrants in Toronto, Canada. *Soc Sci Med* 2008;67(9):1410-22. Cyberpub. du 9 août 2008.
12. McElmurry BJ, Park CG, Buseh AG. The nurse-community health advocate team for urban immigrant primary health care. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(3):275-81.
