



## Points de repère du rédacteur

► Peu importe le contexte de la pratique, les médecins de famille ont la possibilité d'aider les patients itinérants en leur dispensant des soins complets, axés sur les patients et qui tiennent compte des traumatismes. En offrant leur aide aux patients marginalisés en collaboration avec les organisations communautaires locales, les médecins de famille peuvent relier ces patients avec les services de soutien pouvant les aider à accéder au logement, à l'aide financière, à la gestion de cas et à d'autres interventions sociales liées à la santé.

► Les plans de prise en charge doivent être adaptés aux circonstances uniques de chacun, aider à réintégrer un logement stable et rectifier les circonstances ayant entraîné l'itinérance chez ce patient.

► La continuité des soins s'inscrit dans une approche multidisciplinaire qui facilite l'accès des patients aux membres de l'équipe pour des besoins différents. Par exemple, les médecins de famille collaborent avec des infirmières, des gestionnaires de cas, des intervenants pivots, des travailleurs de soutien au logement et des équipes spécialisées afin d'aider les patients à maintenir leur accès aux soins de santé et à continuer de recevoir de l'aide.

► Les médecins de famille peuvent utiliser leurs compétences en matière de défense de la santé à différents niveaux pour aider les patients itinérants ou logés précairement. Ils peuvent également s'associer aux patients et aux organisations communautaires pour attirer l'attention sur les plus vastes problèmes structurels, et proposer des réformes aux politiques municipales, provinciales et fédérales portant sur les causes structurelles sous-jacentes de la pauvreté, de la toxicomanie et de l'itinérance.

# Soigner les patients ayant connu l'itinérance

Anne Andermann MD DPhil CCFP FRCPC Gary Bloch MD CCFP Ritika Goel MD MPH CCFP  
Vanessa Brcic MD CCFP Ginetta Salvalaggio MD MSc CCFP(AM) FCFP  
Shanell Twan Claire E. Kendall MD PhD CCFP  
David Ponka MD CM CCFP(EM) FCFP MSc Kevin Pottie MD MCISc CCFP FCFP

## Résumé

**Objectif** Guider les médecins de famille de divers types de pratique familiale quant à la façon de dispenser des soins et du soutien aux patients logés précairement ou qui vivent l'itinérance.

**Sources d'information** L'approche intègre les recommandations tirées des lignes directrices cliniques fondées sur les données probantes, l'opinion des personnes avec une expérience vécue de l'itinérance, les principes théoriques du cadre de travail du Centre de médecine de famille et des leçons pratiques provenant de médecins de famille qui travaillent dans des contextes cliniques variés.

**Message principal** Les médecins de famille peuvent utiliser des approches simples et efficaces pour identifier les patients itinérants ou logés précairement; franchir les premières étapes pour faciliter l'accès au logement, à l'aide financière, à la gestion de cas et au traitement de la toxicomanie; et collaborer en faisant appel à des approches anti-oppressives et qui tiennent compte des traumatismes pour mieux venir en aide aux personnes qui ont des besoins sur les plans social et sanitaire. Les médecins de famille ont un solide pouvoir de plaidoyer et peuvent s'associer aux organisations communautaires locales et aux personnes ayant vécu l'itinérance pour revendiquer des réformes politiques qui tiennent compte des iniquités sociales.

**Conclusion** Les médecins de famille ont la capacité de répondre directement aux besoins sociaux et aux besoins en matière de santé physique et de santé mentale des patients itinérants ou logés précairement. En outre, ils peuvent promouvoir les programmes d'approche et d'intégration qui aident les personnes avec une expérience vécue de l'itinérance à accéder aux centres de médecine de famille et peuvent militer pour l'adoption de mesures générales visant à contrer les causes structurelles sous-jacentes de l'itinérance.

Les personnes itinérantes ou logées précairement connaissent souvent l'insécurité financière, l'exposition à la violence, la toxicomanie et une forte incidence de problèmes physiques et mentaux<sup>1</sup>. Paradoxalement, leur accès à un médecin de famille qui les connaît ou à un Centre de médecine de famille est limité<sup>2</sup>.

Bon an mal an, au moins 235 000 Canadiens sont sans abri, et chaque nuit, 35 000 personnes sont dans la rue<sup>3</sup>. En outre, on estime que beaucoup plus de personnes dorment « tantôt à un endroit, tantôt ailleurs » ou utilisent d'autres approches pour éviter les refuges ou la vie dans la rue, particulièrement les femmes, les jeunes, les personnes âgées, ou les personnes vivant en région rurale ou éloignée<sup>4,5</sup>; le nombre des personnes dans ces situations est sous-rapporté par les recensements conventionnels à un moment précis<sup>6</sup>; elles sont souvent qualifiées de provisoirement logées ou itinérantes cachées (**Encadré 1**)<sup>7-9</sup>. Selon le recensement de 2016, quelque 2,3 millions de Canadiens de 15 ans et plus (soit 8% de la population) avaient vécu l'itinérance cachée durant leur vie<sup>10</sup>.

## Encadré 1. Comprendre le continuum de l'itinérance et de la précarité du logement

### Définition de l'itinérance

Selon l'Observatoire canadien sur l'itinérance, l'itinérance désigne « la situation d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de s'en procurer un »<sup>7</sup>. Il y a plusieurs types d'itinérance s'inscrivant dans un continuum de précarité du logement.

### Types d'itinérance

Les types d'itinérance sont les suivants:

- **Personnes sans abri:** Les personnes absolument sans-abri qui vivent dans la rue ou dans des lieux qui ne sont pas conçus pour le logement des êtres humains (p. ex. voitures, baraques de fortune)
- **Personnes utilisant les refuges d'urgence:** Les personnes qui restent dans les refuges d'urgence de nuit pour les sans-abri; les refuges pour les femmes et les enfants affectés par la violence familiale; et les refuges d'urgence pour les personnes touchées par une catastrophe naturelle (p. ex. inondations, feux de forêt)
- **Personnes logées provisoirement:** Les personnes sans abri et qui n'ont pas de refuge permanent, qui accèdent à un hébergement temporaire, y compris les « itinérants cachés » ou les personnes qui dorment tantôt à un endroit, tantôt ailleurs chez des amis ou la famille; les personnes institutionnalisées qui passent à l'itinérance après leur libération en l'absence de planification adéquate; les immigrants et les réfugiés récemment arrivés au Canada dans des centres d'accueil temporaires; etc.
- **Personnes à risque d'itinérance ou logées précairement\*:** Les individus ou les familles qui ont un besoin impérieux de logement courant pouvant entraîner un risque imminent d'itinérance en cas de crise ou d'aggravation d'un facteur de risque sous-jacent (p. ex. perte d'emploi, avis d'éviction, exacerbation d'une maladie mentale, séparation conjugale, intensification de la violence)

### Logement adéquat, abordable et de taille convenable

La Société canadienne d'hypothèques et de logement définit un domicile à besoin impérieux en matière de logement ainsi: « si l'habitation n'est pas conforme à au moins une des normes d'acceptabilité (qualité, taille et abordabilité) et si 30 % ou plus du revenu avant impôt de la personne serait insuffisant pour payer le loyer des logements acceptables dans la communauté ».

- **Logement adéquat** ne nécessite pas de réparations majeures pour le chauffage inadéquat, l'eau insalubre, la plomberie ou l'électricité déficientes; nécessite des réparations structurelles et la décontamination de moisissure; etc.
- **Logement de taille convenable** a assez de chambres à coucher pour la taille et la composition du ménage, d'après la Norme nationale d'occupation<sup>9</sup>
- **Logement abordable** le ménage y consacre moins de 30 % de son revenu avant impôt.

\*Le terme *populations vulnérables* est de plus en plus remplacé par *populations mal desservies*, pour souligner la résilience des personnes avec expérience vécue, et le besoin de changements structurels et sociétaux visant à rectifier les problèmes principalement structurels et sociétaux.

Outre les itinérants, il existe un segment de la population encore plus important qui vit dans des conditions de logement précaire et est à risque d'itinérance (**Encadré 1**)<sup>7-9</sup>. Certains sous-groupes de la population qui sont surreprésentés dans les groupes logés précairement ou sans abri sont les réfugiés et les autres nouveaux arrivants au Canada; les personnes handicapées; les membres des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, intersexes, asexuelles et bispirituelles (LGBTQIA2); les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie; et les personnes sortant d'un milieu institutionnalisé, tel que les foyers nourriciers ou le système correctionnel. Les Autochtones sont particulièrement surreprésentés, puisqu'ils ont été affectés par la colonisation, le racisme structurel rampant et l'ambiguïté juridictionnelle quant à l'accès aux services<sup>11-13</sup>.

Relativement peu de médecins de famille travaillent dans des cliniques spécialisées associées aux refuges, dans des modèles d'approche communautaire ou dans des cliniques de première ligne ciblant les populations mal desservies<sup>14,15</sup>. Il existe encore moins de modèles « d'intégration » pour aider les personnes itinérantes à accéder aux cliniques avec équipe de soins complets desservant le grand public<sup>16</sup>. Les personnes logées précairement ou sans abri se fient donc trop à la « médecine à portes tournantes » qu'ils trouvent dans les salles d'urgence et les cliniques sans rendez-vous, ce qui augmente encore plus le taux de morbidité et de mortalité prématurée<sup>17</sup>.

En notre qualité de médecin de famille, nous avons pour mandat en matière de responsabilité sociale de dispenser des soins aux patients marginalisés<sup>18</sup>. Ainsi, sans égard au contexte de la pratique, les médecins de famille des villes, des villages et des régions rurales du pays doivent mieux savoir comment dispenser des soins à cette population mal desservie.

Cet article vise à guider les médecins de famille issus de contextes de pratique variés à dispenser des soins aux patients logés précairement ou sans abri.

## Description de cas

**I<sup>er</sup> cas.** M<sup>me</sup> X. est une femme de 60 ans d'origine écossaise canadienne. Elle est une libraire à la retraite qui souffre de lombalgie chronique et d'anxiété. Elle s'est blessée au dos lors d'une chute il y a 20 ans, ce qui l'empêche de garder un emploi et qui a entraîné des années de précarité liée au logement. Elle a déménagé 10 fois depuis 10 ans. Le fait de vivre seule dans des endroits dangereux l'a exposée plusieurs fois à la violence, ce qui s'est répercuté sur sa santé mentale. Elle n'a pas de médecin de famille, et elle a donc de la difficulté à renouveler ses ordonnances, dont des opioïdes et des benzodiazépines. Elle en a assez de fréquenter les cliniques sans rendez-vous et les salles d'urgence où elle doit chaque fois répéter son histoire.

**2<sup>e</sup> cas.** M. P. est un étudiant de 24 ans. Après avoir passé 12 ans dans un camp de personnes déplacées au Nigeria, il est arrivé au Canada à l'âge de 16 ans à titre de réfugié non accompagné. Après quelques années passées à dormir sur le divan ou dans la chambre d'amis chez des amis ou des membres de sa famille, il a commencé à apprendre un métier et à partager un logement dans une maison de chambres. La semaine dernière, il a été réveillé par des morceaux de plâtre et de briques qui tombaient sur son lit lorsque le propriétaire a commencé des rénovations à l'improviste, lançant ses choses sur le trottoir. Il a maintenant une ecchymose sur un genou, qui est enflé, il boite et il n'a nulle part où dormir. Avant d'aller dans un refuge, il demande conseil à son médecin de famille.

### Sources d'information

Les Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance<sup>19</sup> récemment publiées traitent des interventions fondées sur les données probantes que tous les médecins peuvent utiliser lorsqu'ils travaillent avec des personnes itinérantes ou logées précairement. Elles consistent à faciliter l'accès au logement, à l'aide financière, à la gestion de cas et aux programmes de désintoxication. Cet article d'accompagnement s'appuie sur les publications plus vastes en matière d'itinérance<sup>20</sup> dans le but de contextualiser les recommandations des lignes directrices et d'aider les médecins de famille à penser aux aspects pratiques de leur application. Les données scientifiques synthétisées sont complétées par une section de conseils pratiques (**Encadré 2**), qui compile les leçons apprises par des praticiens ayant travaillé dans une gamme de contextes de première ligne au Canada (p. ex. cliniques de médecine familiale générale ciblant les populations à faible revenu ou autrement marginalisées socialement, cliniques de santé des réfugiés, centres de services aux femmes sans rendez-vous, services de toxicomanie, cliniques communautaires d'approche), et une section sur les perspectives des patients (**Encadré 3**) pour veiller à ce que les valeurs et les préférences des personnes avec expérience vécue soient au centre des soins. Des groupes de travail distincts ayant participé au processus d'élaboration des lignes directrices se sont penchés sur les recommandations axées sur les femmes et les jeunes sans-abri<sup>21,22</sup>. Un projet indépendant élabore également des lignes directrices pour les Autochtones qui vivent l'itinérance; ses résultats ne sont pas encore publiés et n'ont donc pas été pris en compte durant la rédaction du présent article<sup>23</sup>.

### Message principal

Peu importe leur milieu de pratique, les médecins de famille ont la possibilité d'identifier les patients logés précairement ou itinérants, de les interroger sur leurs besoins

### Encadré 2. Conseils pratiques des médecins de famille sur les lignes de front des soins

Ci-dessous se trouvent les leçons que les praticiens qui travaillent en première ligne au Canada ont apprises:

- Les personnes logées précairement ou itinérantes ne constituent pas un groupe homogène. Les expériences, attentes et besoins varient en fonction des personnes qui ont vécu différentes expériences de vie et les médecins de famille doivent tenir compte du contexte de la situation unique de chacun pour mieux ajuster leur approche.
- Pour maintenir le contact avec les personnes dont la situation de logement est instable, il faut régulièrement actualiser les coordonnées du patient dans le dossier médical électronique, y compris le numéro de téléphone de la pharmacie du patient, des proches, des amis et des partenaires paramédicaux tels que les travailleurs sociaux, gestionnaires de cas ou autres contacts pertinents. Cela empêchera de perdre le patient au suivi s'il change d'adresse ou si son téléphone est désactivé.
- Dans les cas d'annulations de dernière minute, ou d'un patient qui ne se présente pas à son rendez-vous, il importe d'éviter de pénaliser le patient et de rétablir le contact. À la rencontre suivante, demander au patient ce qui se passe dans sa vie qui l'empêche de se présenter à ses rendez-vous, et explorer l'idée de faire tomber ces obstacles.
- Un complément important aux recommandations en travail social, lorsqu'elles sont impossibles à obtenir ou que l'attente est trop longue, est de faire le pont avec une ou deux ressources d'aide communautaire. Les approches utiles pour connecter les patients à l'aide locale qui conviennent à leurs besoins sont, par exemple, utiliser une brochure de ressources à jour, recommander le patient à un service d'aiguillage communautaire sans rendez-vous, appeler la ligne téléphonique sans frais 211 pour obtenir de l'information sur les services communautaires, et composer le 311 pour s'informer des services municipaux.
- Ne pas oublier de documenter les besoins sociaux des patients dans le dossier médical, y compris le plan de prise en charge pour répondre à ces besoins, pour faciliter le suivi et la surveillance continue des progrès lors des visites futures à la clinique

prioritaires sur les plans social et sanitaire, et de collaborer afin de créer un plan de prise en charge partagée.

Compte tenu de la vaste définition de l'itinérance (**Encadré 1**)<sup>7-9</sup>, de nombreux médecins de famille ont fort probablement parmi leur clientèle des patients logés précairement à divers degrés et pour diverses raisons (p. ex. exposition à la violence, pauvreté).

Il importe d'identifier d'abord les patients qui sont sans abri ou à risque d'itinérance. Pour aider les patients à raconter leur histoire dans leurs propres mots, interrogez-les sur leur contexte social à l'aide de questions ouvertes, comme « Quelles sont vos conditions de vie? » « Y a-t-il des moments où vous vous sentez en danger? » ou « Avez-vous de la difficulté à joindre les deux bouts à

la fin du mois? <sup>24</sup> » En présence de signes alarmants, le dépistage de cas est justifié<sup>25</sup>. Une anamnèse sociale détaillée couvre de nombreux sujets (p. ex. statut d'immigrant, emploi, identification de genre, antécédents de toxicomanie)<sup>26</sup>. Il existe plusieurs outils de pratique

clinique pouvant contribuer à l'anamnèse sociale, comme l'outil d'anamnèse sociale IF-IT-HELPS<sup>27,28</sup>.

Les médecins de famille peuvent alors adopter une approche anti-oppressive et qui tient compte des traumatismes pour aider les personnes et leur famille à accéder à des interventions fondées sur les données probantes (**Encadré 4**)<sup>19</sup>. Les médecins de famille peuvent également militer auprès des systèmes pour rectifier les défis structurels sous-jacents et les déséquilibres du pouvoir comme le racisme systémique, le sexisme, les systèmes économiques qui perpétuent l'inégalité financière, la transphobie et la discrimination fondée sur la capacité physique, et pour prévenir la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion sociale, souvent sous-jacentes à l'itinérance<sup>29</sup>.

Alors que l'expérience des médecins de famille auprès des personnes sans abri ou à risque d'itinérance varie, et en raison de l'accès différent aux ressources appuyant ce type de soins, tous les médecins de famille peuvent utiliser les 4 stratégies ci-dessous pour améliorer la qualité des soins aux personnes et aux familles sans abri ou à risque d'itinérance (**Encadré 5**)<sup>19,30-32</sup>.

**Dispenser des soins accessibles.** Les médecins de famille peuvent rendre leur clinique sécuritaire et accueillante, à l'aide d'affiches dans la salle d'attente célébrant la diversité, la sécurité culturelle et l'accès aux services d'interprétation, de même qu'à l'aide de personnel et de pairs aidants qui communiquent avec compassion, et qui aident à l'aiguillage et à la navigation<sup>33</sup>. Mais encore beaucoup de personnes nécessitant des soins ne se présentent pas à la clinique ni ne prennent leur premier rendez-vous par téléphone. Il est possible qu'ils n'aient pas accès à un téléphone fiable, une adresse courriel, une carte d'assurance-maladie ou la capacité de prendre une journée de maladie au travail, qu'ils ne connaissent pas les langues nationales parlées au Canada et ne comprennent pas la culture

### Encadré 3. Garder les perspectives du patient au cœur des soins

Voici les perspectives du patient permettant de veiller à ce que les valeurs et les préférences des personnes avec expérience vécue demeurent au centre des soins :

- Durant une interaction avec les personnes logées précairement ou itinérantes, reconnaître la possibilité que certaines personnes aient peu de connaissances en santé et qu'elles ne souhaitent pas toutes intégrer une équipe de soins de première ligne. Respecter les choix, utiliser un vocabulaire simple et éviter les déséquilibres de pouvoir associées au jargon.
- La confiance demande du temps. La première visite est cruciale, mais la continuité des soins est très utile lorsqu'elle est possible, puisque les 3 ou 4 visites suivantes sont d'importants tremplins pour nouer une relation de confiance avec l'équipe de première ligne. Ce processus demande encore plus de temps si les patients ont déjà vécu des expériences négatives dans le système de santé. Reconnaître qu'il peut être traumatisant pour les patients de raconter leur histoire et de revivre l'expérience. Faire preuve de vigilance pour éviter les déclencheurs émotionnels; le fait d'assurer un accès non obstrué à la porte de la salle d'examen donne au patient le sentiment qu'il peut sortir rapidement s'il est bouleversé.
- En matière de recommandations aux ressources communautaires, il faut être réaliste. Éviter de trop promettre et de sous-réaliser afin de prévenir la répétition du traumatisme. Les patients ne s'attendent pas à ce que les médecins connaissent toutes les ressources locales, mais il serait utile de savoir comment communiquer avec un ou deux spécialistes des ressources dans les organisations communautaires établies qui peuvent connecter les patients à d'autres ressources. La difficulté est que ces ressources n'existent pas toujours dans toutes les communautés, surtout dans les régions rurales et éloignées.
- Les pairs aidants peuvent s'avérer des partenaires importants dans les équipes de soins de première ligne pour aider les nouveaux patients à gagner confiance; ils peuvent aussi aider les patients à naviguer dans les ressources.
- Les conversations plus générales avec les patients sur le logement, l'emploi, les besoins juridiques, etc. rehaussent l'interaction médecin-patient et entraînent de meilleurs résultats
- L'amélioration des soins aux personnes itinérantes ou à risque d'itinérance exigera probablement la participation de médecins ambassadeurs et l'aide du leadership pour favoriser ces approches dans les équipes cliniques

### Encadré 4. Nouvelles recommandations factuelles sur l'itinérance

Ci-dessous se trouvent les principales interventions recommandées par les nouvelles lignes directrices fondées sur les données probantes du JAMC sur l'itinérance<sup>19</sup>:

- Recommandation à un logement subventionné permanent (p. ex. Housing First)
- Aide pour accéder à l'aide financière (p. ex. prestations d'invalidité, crédits d'impôt)
- Recommandation aux programmes communautaires de santé mentale (p. ex. traitement communautaire dynamique)
- Accès au traitement par agoniste des récepteurs opioïdes pour les patients aux prises avec un trouble de consommation d'opioïdes
- Aide à la navigation du système à l'aide d'un gestionnaire de cas là où c'est possible

### Encadré 5. Stratégies d'amélioration des soins des personnes et des familles itinérantes ou à risque d'itinérance

#### Dispenser des soins accessibles

- Signaler un environnement accueillant (p. ex. affiches de bienvenue aux personnes de diverses origines)
- Être conscient des obstacles aux soins (p. ex. heures d'ouverture, transport, services de garde)
- Utiliser les techniques d'engagement et d'approche pour prendre contact (p. ex. s'associer aux groupes communautaires)
- Créer des espaces culturellement sécuritaires (p. ex. trouver un courtier culturel dans la communauté locale)
- Simplifier le processus pour prendre un rendez-vous et parler à l'équipe de soins (p. ex. ligne téléphonique directe)
- Éliminer les frais accessoires (pour copier les dossiers médicaux, les formulaires, les visites manquées, etc.)

#### Dispenser des soins complets, axés sur les patients

- Pratiquer des soins anti-oppressifs et qui tiennent compte des traumatismes pour nouer une relation de confiance<sup>30</sup>
- Établir l'objet de la visite du patient dès le départ, à l'aide de questions ouvertes
- En présence de signes alarmants (p. ex. violence, pauvreté, exclusion sociale), procéder au dépistage de cas à l'aide d'une anamnèse sociale détaillée (p. ex. logement, emploi, revenu, soutien social)
- Demeurer sensible aux déclencheurs émotionnels et utiliser les techniques de désescalation verbale au besoin (p. ex. respect de l'espace personnel, être non menaçant, utiliser l'écoute active, offrir des choix)<sup>31</sup>
- Créer un plan de prise en charge en collaboration avec le patient en lui offrant des options fondées sur les données probantes (Encadré 4)<sup>19</sup> et des recommandations aux ressources communautaires de soutien adaptées aux causes de l'itinérance

#### Assurer la continuité des soins

- Maintenir le suivi continu des soins (par les navigateurs, les travailleurs d'approche, etc.)
- Actualiser les coordonnées dans le dossier médical électronique pour faciliter le suivi
- Utiliser les rappels automatisés et autres systèmes de rappel des prestataires de soins pour signaler l'inactivité d'un dossier
- Présenter les modèles d'accès accéléré (p. ex. accès le jour même aux soins de première ligne)
- Veiller à un horaire souple (p. ex. soins d'urgence, heures d'ouverture prolongées)
- Encourager l'aide de bénévoles (p. ex. pairs aidants, Health Leads<sup>32</sup>)

#### Dispenser des soins socialement responsables

- Aider les patients à accéder aux traitements et aux soins (p. ex. recommandations, tests, médicaments)
- Collaborer avec les établissements de santé, les gestionnaires des systèmes de santé, les partenaires communautaires et les personnes avec expérience vécue pour combler les écarts du système et offrir plus d'options de soins
- Militer en faveur des changements structurels pour prévenir l'itinérance et le logement précaire
- S'associer aux groupes et aux coalitions communautaires locaux qui œuvrent déjà dans ce domaine
- Catalyser les forces politiques locales et les appuyer pour qu'elles se fassent entendre
- Encourager le changement des normes sociales par l'entremise de l'éducation, de la recherche et de la sensibilisation

médicale locale, ou encore qu'ils ignorent comment naviguer dans le système de santé souvent fracturé. D'autres ont déjà vécu des expériences négatives dans le système de santé, ce qui les fait hésiter à y retourner<sup>34</sup>. Il pourrait être nécessaire de faire appel à des partenaires communautaires locaux pour faire tomber les premiers obstacles à l'engagement et à l'approche des communautés ciblées et ainsi venir en aide aux personnes qui doivent accéder aux services d'intégration aux soins de première ligne<sup>35</sup>.

Une fois que les patients sont suivis régulièrement en première ligne, les médecins de famille peuvent juger s'ils ont les moyens financiers de faire exécuter leurs ordonnances ou s'ils font face à des obstacles pour se présenter aux rendez-vous de suivi, et de quelle autre aide logistique ils pourraient avoir besoin (accès à l'aide financière, transport, services de garde, etc.). Un processus simplifié de prise de rendez-vous, y compris un numéro de téléphone direct pour parler à un membre de l'équipe, des heures de soins d'urgence pour lesquels un rendez-vous n'est pas nécessaire, un service de rendez-vous accéléré avec son propre médecin et

des heures prolongées de clinique le soir ou la fin de semaine facilitent l'accès des patients aux services. De même, le fait de renoncer aux frais accessoires pour « services non assurés », tels que les formulaires ou les rendez-vous manqués, peuvent éliminer les obstacles à l'accès aux services.

#### *Dispenser des soins complets axés sur les patients.*

Les soins anti-oppressifs et tenant compte des traumatismes créent un espace sécuritaire pour la divulgation et pour une relation de confiance entre le médecin et le patient, ce qui est un point de départ essentiel<sup>30,36</sup>. La violence est une cause fréquente d'itinérance (p. ex. pour les femmes et les jeunes qui fuient une relation familiale toxique; les réfugiés qui fuient la violence politique; les groupes spécifiques tels que les peuples autochtones, la communauté noire, les autres groupes racialisés, la communauté LGBTQIA2 ou les personnes handicapées qui vivent le racisme, la stigmatisation et la discrimination structurels)<sup>37-39</sup>. Les patients pourraient hésiter à divulguer de l'information confidentielle aux médecins de famille pour de nombreuses raisons (p. ex. pas

d'occasion, honte, stigmatisation, peur d'être déporté, peur que la protection de la jeunesse prenne les enfants, peur de représailles ou d'intensification de la violence par l'abuseur)<sup>40,41</sup>. L'exposition chronique au stress toxique, y compris les expériences indésirables durant l'enfance et les autres expériences traumatiques, peut créer des stratégies d'adaptation inappropriées telles que l'usage abusif de drogues ou les comportements sexuels à risque<sup>42</sup>. Les médecins de famille peuvent normaliser l'expérience des patients en leur assurant que leur réaction à ces difficiles circonstances de la vie est courante, et en les aidant à regagner un sentiment de sécurité et de contrôle, tout en reconnaissant et en utilisant les points forts du patient<sup>43</sup>.

Pour déterminer un plan de prise en charge, le fait d'offrir des choix au patient lui donne le pouvoir de prendre des décisions, et réduit la hiérarchie de pouvoir et le sentiment d'impuissance<sup>44</sup>. Les recommandations fondées sur les données probantes visant à améliorer les résultats sociaux et sanitaires chez les patients logés précairement ou itinérants apparaissent à l'**Encadré 4** et sont décrites plus en détail dans Les Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance<sup>19</sup> publiées récemment. Les médecins de famille peuvent utiliser des outils de pratique clinique pour aider les patients à accéder aux ressources d'aide communautaire, notamment la trousse CLEAR<sup>45</sup>, laquelle est traduite en plus d'une dizaine de langues, ou l'outil clinique Poverty<sup>46</sup> (en anglais), qui est adapté à chaque province, sauf le Québec<sup>47</sup>. L'outil Exploring Your Life Intentions (en anglais) est un autre exemple d'outil de pratique clinique que les patients peuvent remplir avant leur visite à la clinique ou dans la salle d'attente pour clarifier leurs besoins immédiats en matière de santé et leurs objectifs de vie, les motiver à aborder ces questions et aider à suivre les progrès lors des rendez-vous de suivi<sup>48</sup>.

Les personnes vivant dans la rue et qui utilisent les refuges ont des besoins sociaux et sanitaires différents des personnes qui vivent l'itinérance cachée, et il existe des directives cliniques précises visant à améliorer les soins aux personnes itinérantes sans accès aux refuges ou dans les refuges d'urgence<sup>49</sup>. Aussi, les personnes qui vivent en milieu urbain ont des besoins différents des personnes vivant en région rurale et éloignée, et accèdent différemment aux ressources<sup>50</sup>. Les réfugiés ou les nouveaux arrivants au Canada ont parfois aussi des besoins distincts de ceux des peuples autochtones ou des membres de la communauté LGBTQIA2, et dans certains cas, l'histoire d'une personne recoupe différentes formes de marginalisation et d'exclusion sociale<sup>51</sup>.

Les données probantes élargies traitant de l'itinérance pointent vers d'autres interventions pouvant compléter celles qui apparaissent à l'**Encadré 4** pour mieux adapter les soins aux populations précises<sup>19</sup>. Par exemple, les jeunes itinérants profiteraient d'une

thérapie familiale pour réparer la dynamique défavorable, de l'entrevue motivationnelle pour réduire la dépendance des comportements d'adaptation inappropriés, et de techniques de pleine conscience pour mieux gérer les situations stressantes<sup>21</sup>. Pour les mères sans abri, l'accès prioritaire aux subventions de logement permanent réduit les séparations mères-enfants et les placements en foyer nourricier, ce qui permet aux femmes de maintenir l'intégrité de leur unité familiale<sup>22</sup>. De la même manière, les programmes Housing First pour les femmes, les interventions en temps critique durant les crises et les communautés thérapeutiques sont associés à un taux inférieur de détresse psychologique, à une meilleure estime de soi et à une meilleure qualité de vie chez les femmes et leur famille<sup>22</sup>.

Il importe donc d'adapter les plans de prise en charge aux circonstances uniques de chaque personne, d'aider à réintégrer un logement stable et à rectifier les raisons de l'itinérance. Selon les médecins de famille qui travaillent dans les quartiers au revenu le plus faible du Royaume-Uni, « les consultations ont plus de chance de réussir si elles sont systématiques, si elles établissent dès le départ les motifs du patient, si elles repèrent les indices (signes alarmants psychosociaux) et se terminent par une entente claire sur ce qui a été décidé<sup>52</sup> ».

**Assurer la continuité des soins.** La continuité des soins s'inscrit dans une approche multidisciplinaire qui facilite l'accès des patients aux membres de l'équipe pour divers besoins. Par exemple, les médecins de famille collaborent avec les infirmières, les gestionnaires de cas, les pairs aidants, les travailleurs du logement ou des équipes spécialisées (p. ex. équipe d'approche communautaire, équipe d'intervention en cas de crise) afin d'aider les patients à maintenir leur accès aux soins de santé et à continuer de recevoir de l'aide.

Que le médecin travaille seul ou au sein d'une équipe d'envergure, les pairs aidants ou même les intervenants pivots bénévoles (p. ex. intervenants pivots de l'agence américaine Health Leads<sup>32</sup>) aident à cultiver la confiance, orientent l'intégration initiale à la pratique familiale et veillent à ce que les patients puissent naviguer dans les services sociaux et de santé<sup>53</sup>.

Les rappels automatisés et autres systèmes de rappel des prestataires de soins rappellent aux médecins de famille de communiquer avec les patients marginalisés et mal desservis ayant été perdus au suivi s'il n'y a eu aucun contact pendant plusieurs mois<sup>54</sup>. Ces systèmes sont particulièrement efficaces lorsque le patient a déjà aidé le médecin à remplir la section des coordonnées du patient dans le dossier médical électronique pour inclure une gamme d'options de personnes à contacter (numéros de téléphone des membres de la famille, d'un gestionnaire de cas, de la pharmacie).

Les pertes au suivi surviennent lorsque les patients trouvent que les exigences administratives pour prendre

un prochain rendez-vous sont trop compliquées (p. ex. répondeurs téléphoniques compliqués pour parler à la bonne personne, mise en attente ou boîte vocale, rendez-vous déplacés sans préavis adéquat). Ainsi, une ligne téléphonique directe pour parler à un membre de l'équipe, les modèles d'accès accéléré pour des rendez-vous le jour même et les heures prolongées permettant les visites d'urgence le soir et les fins de semaine sont utiles pour assurer la continuité des soins, qui est essentielle, puisque les situations complexes requièrent un soutien continu et rarement des solutions rapides<sup>55</sup>.

**Dispenser des soins socialement responsables.** Les médecins de famille peuvent utiliser leurs compétences en matière de promotion de la santé à différents niveaux pour aider les patients itinérants ou logés précairement. Il peut s'agir d'aider les patients à accéder aux soins spécialisés et aux services d'aide de la localité, ou de combler les écarts des services sociaux et sanitaires présentement offerts<sup>56</sup>. Les médecins de famille peuvent également s'associer aux patients et aux organisations communautaires pour attirer l'attention sur les plus vastes problèmes structurels, et proposer des réformes aux politiques municipales, provinciales et fédérales portant sur les causes structurelles sous-jacentes de la pauvreté, de la toxicomanie et de l'itinérance. Par exemple, ils peuvent encourager la redistribution de la richesse (p. ex. taxation progressive<sup>57</sup>, revenu de base<sup>58</sup>), le renforcement des filets sociaux (p. ex. aide sociale, prestations d'invalidité<sup>59</sup>), et la prévention de la discrimination et de l'exposition à la violence<sup>60</sup>.

Les données indiquent qu'un investissement important dans les filets sociaux est associé à de meilleurs résultats de santé de la population<sup>61</sup>. Cependant, les médecins de famille ignorent parfois par où commencer pour appuyer les initiatives de plaidoyer en matière d'enjeux sociaux<sup>62</sup>. Tout d'abord, il est utile d'identifier les partenaires communautaires de la localité qui font déjà du travail de plaidoyer, et de se joindre aux initiatives communautaires et aux autres réseaux et coalitions militants existants pour consolider le partenariat et permettre aux médecins de famille de se transformer en alliés importants. De cette manière, les médecins de famille aident à catalyser et à appuyer les forces politiques locales afin qu'elles se fassent entendre (p. ex. « Rien à notre sujet sans nous »)<sup>63</sup>. Les médecins de famille peuvent également faire ce travail par l'entremise de l'éducation et de la recherche dans le but d'éclairer les mentalités et les normes sociales au sein du système de santé et de la société.

## Résolution des cas

**1<sup>er</sup> cas.** Le stress de M<sup>me</sup> X s'est considérablement atténué depuis qu'elle a collaboré avec son équipe de première ligne à l'élaboration d'un plan thérapeutique pour sa douleur chronique. Elle a été incapable

d'accéder à de l'aide psychologique abordable pour ses traumatismes passés; toutefois, après une attente de 10 mois, elle a reçu une thérapie cognitivo-comportementale financée par le gouvernement pour réduire l'anxiété, ainsi que des séances de physiothérapie pour gérer sa douleur. Elle a également suivi un cours communautaire d'autodéfense pour rétablir son sentiment de sécurité et de confiance. Les rencontres continues avec son équipe de première ligne l'ont aidée à se sentir appuyée. Son médecin de famille l'a recommandée à une organisation communautaire locale qui l'aidera à faire une demande de prestations d'invalidité et à trouver un logement de bonne qualité à loyer modique. Elle dispose maintenant d'un revenu mensuel suffisant pour se payer un petit appartement propre et sécuritaire.

**2<sup>e</sup> cas.** Sans l'aide d'une équipe multidisciplinaire de première ligne, le médecin a composé le 211 pour connaître les ressources locales auxquelles M. P. pourrait accéder. Une association étudiante l'a aidé à se trouver un logement temporaire, et le bureau de bien-être des étudiants de son école s'est également impliqué. En quelques mois, il vivait dans un appartement avec d'autres étudiants, avait décroché un emploi à temps partiel pour compléter sa bourse d'études et était retourné à l'école à temps partiel. Avec l'aide de la clinique d'aide juridique, M. P. a éventuellement été indemnisé pour avoir été évincé injustement par son propriétaire.

## Conclusion

Peu importe le contexte de la pratique, les médecins de famille ont la possibilité d'aider les patients itinérants en leur dispensant des soins complets, axés sur les patients et qui tiennent compte des traumatismes. En offrant leur aide aux patients marginalisés en collaboration avec les organisations communautaires locales, les médecins de famille peuvent relier ces patients avec des services de soutien pouvant les aider à accéder au logement, à l'aide financière, à la gestion de cas et à d'autres interventions sociales liées à la santé. En outre, des données récentes indiquent que le prestataire de soins est plus satisfait lorsque les besoins des patients sont identifiés et réglés<sup>64</sup>.

Les pratiques de première ligne ne disposent pas toutes d'équipes dotées des ressources d'aide nécessaires pour gérer les besoins sociaux et de santé complexes. Lorsque ces ressources ne sont pas accessibles, les médecins de famille jouent quand même un rôle crucial en militant en faveur du modèle des Centres de médecine de famille et en effectuant des interventions fondées sur les données probantes qui sont plus facilement accessibles, comme le logement permanent avec services de soutien (p. ex. Housing First), lequel améliore les résultats chez les per-

sonnes itinérantes. Les médecins de famille sont aussi les catalyseurs de changements structurels, tels que la réduction de la pauvreté, de la violence et de l'exclusion sociale pour prévenir la précarité du logement. En faisant preuve de leadership à plusieurs niveaux, les médecins de famille ont la possibilité de mieux appuyer les patients logés précairement ou itinérants de leur communauté. 🌱

La **D<sup>re</sup> Andermann** est professeure agrégée au Département de médecine de famille, directrice de la clinique d'approche communautaire au Centre de médecine familiale du Centre hospitalier de St. Mary et présidente du thème de responsabilité sociale, santé des populations et défense de la santé durant les études médicales prédoctorales à la Faculté de médecine de l'Université McGill, à Montréal (Québec); membre du Groupe de travail sur la responsabilité sociale du Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga, en Ontario; et membre du Conseil consultatif national sur la pauvreté du Gouvernement du Canada. Le **D<sup>r</sup> Bloch** est médecin de famille au Département de médecine familiale et communautaire de l'Hôpital St Michael's à Toronto (Ontario), et médecin de famille et cofondateur des Inner City Health Associates. La **D<sup>re</sup> Goel** est présidente du Groupe de travail sur la responsabilité sociale du Collège des médecins de famille du Canada, chef de santé des populations à Inner City Health Associates de l'Hôpital St Michael's et chef du corps enseignant de responsabilité sociale au Département de médecine de famille et communautaire de l'Université de Toronto. La **D<sup>re</sup> Brcic** est professeure adjointe de clinique au département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver. La **D<sup>re</sup> Salvalaggio** est professeure agrégée au département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta à Edmonton et directrice scientifique adjointe du programme Inner City Health and Wellness à Edmonton. **M<sup>me</sup> Twan** est travailleuse d'approche et superviseuse de l'équipe centrale du programme de réduction des méfaits Streetworks à Edmonton, et elle est une personne avec expérience vécue. La **D<sup>re</sup> Kendall** est professeure agrégée au département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa en Ontario, scientifique clinicienne à l'Institut de recherche Bruyère, investigatrice affiliée au programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, clinicienne chercheuse à l'Institut du savoir Montfort et scientifique affiliée au Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St Michael's. Le **D<sup>r</sup> Ponka** est professeur agrégé au C.T. Lamont Primary Health Care Research Centre à l'Institut de recherche Bruyère de l'Université d'Ottawa et directeur du Centre Besrou des systèmes mondiaux de médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada. Le **D<sup>r</sup> Pottie** est professeur agrégé au C.T. Lamont Primary Health Care Research Centre à l'Institut de recherche Bruyère et membre du Campbell and Cochrane Equity Methods Group, du comité d'examen des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

**Remerciements**

Nous tenons à remercier **Rob Turnbull** et **Arielle Berze**, de la Streetohome Foundation à Vancouver (C.-B.), et **Bernard Besancenot** et **Jean-Sébastien Patrice**, de la Cafétéria communautaire MultiCaf à Montréal (Québec), pour leur aide et leurs suggestions du point de vue de l'expérience vécue.

**Contributeurs**

Les **D<sup>rs</sup> Andermann, Bloch, Kendall, Goel, Salvalaggio, Brcic, Ponka** et **Pottie** et **M<sup>me</sup> Twan** ont participé à la conception de l'article, ont tracé les grandes lignes du contenu et ont fait des modifications substantielles. La **D<sup>re</sup> Andermann** a rédigé le premier jet de l'article et a procédé aux révisions successives. **M<sup>me</sup> Twan** et la **D<sup>re</sup> Salvalaggio** ont réalisé une analyse en profondeur d'une version antérieure pour veiller à la pertinence et à la cohérence du point de vue du patient. Tous les auteurs ont révisé et approuvé le manuscrit final.

**Intérêts concurrents**

Aucun déclaré

**Correspondance**

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

**Références**

1. Maness DL, Khan M. Care of the homeless: an overview. *Am Fam Physician* 2014;89(8):634-40.
2. Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada. Pratique de médecine familiale –Le Centre de médecine de 2019*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Accessible à : [https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH\\_VISION2019\\_FRE\\_WEB\\_2.pdf](https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_2.pdf). Réf. du 2 juillet. 2020.
3. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. *The state of homelessness in Canada 2016*. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016. Accessible à : [https://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16\\_final\\_20Oct2016.pdf](https://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf). Réf. du 2 juillet. 2020.
4. Waegemakers Schiff J, Schiff R, Turner A. Rural homelessness in western Canada: lessons learned from diverse communities. *Soc Inclusion* 2016;4(4):73-85. Accessible à : <https://www.cogitatiopress.com/socialinclusion/article/view/633/633>. Réf. du 2 juillet. 2020.
5. Waegemakers Schiff J, Schiff R, Turner A, Bernard K. Rural homelessness in Canada: directions for planning and research. *J Rural Community Dev* 2015;10(4):85-106.
6. Donaldson J, Turner A, Gaetz S. *Point-in-time count toolkit*. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017. Accessible à : <https://www.homelesshub.ca/toolkit/point-time-count-toolkit>. Réf. du 2 juillet. 2020.
7. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Paulty B, Pearce B, et al. *Canadian definition of homelessness*. Toronto, ON: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2012. Available from: [www.homelesshub.ca/homelessdefinition](http://www.homelesshub.ca/homelessdefinition). Réf. du 2 juillet. 2020.

8. Société canadienne d'hypothèques et de logement [site web]. *Déterminer les besoins impérieux en matière de logement: Reconnaître les ménages ayant un logement inabordable et inférieur aux normes*. Ottawa, ON: Société canadienne d'hypothèques et de logement; 2019. Accessible à : <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/data-and-research/core-housing-need/identifying-core-housing-need>. Réf. du 2 juillet. 2020.
9. Société canadienne d'hypothèques et de logement [site web]. *Logement de taille convenable*. Ottawa, ON: Société canadienne d'hypothèques et de logement. Accessible à : [https://cmhc.beyond2020.com/HICODDefinitions\\_FR.html](https://cmhc.beyond2020.com/HICODDefinitions_FR.html). Réf. du 8 juillet. 2020.
10. Rodrigue S. *L'itinérance cachée au Canada*. Statistique Canada Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.pdf?st=26k9Wqif>. Réf. du 2 juillet. 2020.
11. Kauppi C, Pallard H, Faries E. Poverty, homelessness and migration in northeastern Ontario, Canada. *OIDA Int J Sustain Dev* 2015;8(4):11-22. Accessible à : [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2612092](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2612092). Réf. du 2 juillet. 2020.
12. Lavoie JG. Policy silences: why Canada needs a national First Nations, Inuit and Métis health policy. *Int J Circumpolar Health* 2013;72:22690.
13. Johnson S. Jordan's Principle and Indigenous children with disabilities in Canada: jurisdiction, advocacy, and research. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2015;14(3-4):233-44. Publ. en ligne du 7 juillet. 2015.
14. REACH Community Health Centre. *Community health in community hands. Annual Report 2019*. Vancouver, BC: REACH Community Health Centre; 2019. Accessible à : <https://static1.squarespace.com/static/5bfcd2b4266c0754c4416a30/t/5d927de3e2fd0118592930b1/1569881596039/2019+Reach+Annual+Report.pdf>. Réf. du 2 juillet. 2020.
15. Parkdale Queen West Community Health Centre. *Growth and stability in a time of system change. Annual report 2019*. Toronto, ON: Parkdale Queen West Community Health Centre; 2019. Accessible à : <https://pqwchc.org/wp-content/uploads/Parkdale-Queen-West-CHC-Integrated-Annual-Report-20182019.pdf>. Réf. du 2 juillet. 2020.
16. Andermann A, Besancenot B. *Teaching social accountability through community outreach. A clinical innovation in family medicine postgraduate training to better care for underserved populations*. Affiche présentée à: Towards Unity for Health 2018; 2018 Jun 18; Montréal, QC. Accessible à : [https://multicaf.org/wp-content/uploads/2018/08/A1278\\_Andermann-FINAL-June-29-2018.pdf](https://multicaf.org/wp-content/uploads/2018/08/A1278_Andermann-FINAL-June-29-2018.pdf). Réf. du 2 juillet. 2020.
17. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ* 2009;339:b4036.
18. Collège des médecins de famille du Canada. *Innovation in primary care: caring for unattached and marginalized patients*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2018. Accessible à : [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploaded-Files/Health\\_Policy/IPC\\_Unattached\\_Marginalized.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploaded-Files/Health_Policy/IPC_Unattached_Marginalized.pdf). Réf. du 2 juillet. 2020.
19. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G et coll. Clinical guideline for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ* 2020;192(10):E240-54.
20. Campbell Collaboration, Centre for Homelessness Impact. *Homelessness Effectiveness Map*. London, Engl: Centre for Homelessness Impact; 2019. Accessible à : <https://centreforhomelessnessimpact.github.io/egm/>. Réf. du 2 juillet. 2020.
21. Wang JZ, Mott S, Magwood O, Mathew C, Mclellan A, Kpade V et coll. The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Public Health* 2019;19(1):1528.
22. Interventions for homeless and vulnerably housed women: a scoping review. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. Sous presse.
23. Thistle J, Smylie J. *Pekiwinewin* (coming home): advancing good relations with Indigenous people experiencing homelessness. *CMAJ* 2020;192(10):E257-9.
24. Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: a pilot study. *Int J Family Med* 2011;2011:812182. Publ. en ligne du 26 mai 2011. Errata dans : *Int J Family Med* 2015;2015:418125. Publ. en ligne du 21 sept. 2015.
25. Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev* 2018;39:19. Publ. en ligne du 22 juin 2018.
26. Behforouz HL, Drain PK, Rhatigan JJ. Rethinking the social history. *N Engl J Med* 2014;371(14):1277-9.
27. Goel R, Buchman S, Meili R, Woollard R. Social accountability at the micro level. One patient at a time. *Can Fam Physician* 2016;62:287-90 (Eng), 299-302 (Fr).
28. Goel R. *A social history tool using the IF-IT-HELPS mnemonic*. Toronto, ON: Centre for Effective Practice. Accessible à : <https://cep.health/download-file/1542915867.061284-96/>. Réf. du 8 juillet. 2020.
29. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A et coll. Common trust and personal safety issues: a systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS One* 2019;14(12):e0226306.
30. Purkey E, Patel R, Phillips SP. Trauma-informed care. Better care for everyone. *Can Fam Physician* 2018;64:170-2 (Eng), 173-5 (Fr).
31. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP et coll. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13(1):17-25.
32. Schickedanz A, Sharp A, Hu YR, Shah NR, Adams JL, Francis D et coll. Impact of social needs navigation on utilization among high utilizers in a large integrated health system: a quasi-experimental study. *J Gen Intern Med* 2019;34(11):2382-9.
33. Finding Answers. *FAIR toolkit: strategies, levels, modes*. Chicago, IL: Robert Wood Johnson Foundation, University of Chicago; 2011. Accessible à : [www.solvingdisparities.org/sites/default/files/finding\\_answers\\_flashcards2\\_0.pdf](http://www.solvingdisparities.org/sites/default/files/finding_answers_flashcards2_0.pdf). Réf. du 2 juillet. 2020.



34. Allan B, Smylie J. *First Peoples, second class treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON: Wellesley Institute; 2015. Accessible à : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
35. Andermann A. *Hidden homelessness and community outreach: opportunities for social accountability in practice*. Présenté à: Grand Rounds, McGill University Health Centre; Montreal, QC; 2018 Sep 25. Accessible à : [https://www.mcgill.ca/deptmedicine/files/deptmedicine/mgr\\_andermann.pdf](https://www.mcgill.ca/deptmedicine/files/deptmedicine/mgr_andermann.pdf). Réf. du 2 juill. 2020.
36. Brcic V, Christie D. *This changed my practice: trauma as a determinant of health*. Vancouver, BC: UBC Continuing Professional Development; 2018. Accessible à : <https://thischangedmypractice.com/trauma-as-a-determinant-of-health/>. Réf. du 2 juill. 2020.
37. Bufkin JL, Bray J. Domestic violence, criminal justice responses and homelessness: finding the connection and addressing the problem. *J Soc Distress Homeless* 1998;7(4):227-40. Publ. en ligne du 7 juill. 2016.
38. Krause KD, Kapadia F, Ompad DC, D'Avanzo PA, Duncan DT, Halkitis PN. Early life psychosocial stressors and housing instability among young sexual minority men: the P18 cohort study. *J Urban Health* 2016;93(3):511-25.
39. Berman H, Mulcahy GA, Forchuk C, Edmunds KA, Haldenby A, Lopez R. Uprooted and displaced: a critical narrative study of homeless, Aboriginal, and newcomer girls in Canada. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(7):418-30.
40. Carson KW, Babad S, Brown EJ, Brumbaugh CC, Castillo BK, Nikulina V. Why women are not talking about it: reasons for nondisclosure of sexual victimization and associated symptoms of posttraumatic stress disorder and depression. *Violence Against Women* 2020;26(3-4):271-95. Publ. en ligne du 14 mars 2019.
41. Morrison SE, Bruce C, Wilson S. Children's disclosure of sexual abuse: a systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators. *J Child Sex Abuse* 2018;27(2):176-94. Publ. en ligne du 28 févr. 2018.
42. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB et coll. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009;37(5):389-96.
43. Varcoe C, van Rooode T, Wilson Strosher H. *Trauma- and violence-informed care (TVIC): an orientation tool for service providers in the homelessness sector*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2019. Accessible à : <https://equiphealthcare.ca/equip/wp-content/uploads/2019/04/TVIC-Orientation-Tool-Final-EN.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
44. Menschner C, Maul A. *Key ingredients for successful trauma-informed care implementation*. Hamilton, NJ: Center for Health Care Strategies, Robert Wood Johnson Foundation; 2016. Accessible à : [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs\\_campaigns/childrens\\_mental\\_health/atc-whitepaper-040616.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/childrens_mental_health/atc-whitepaper-040616.pdf). Réf. du 2 juill. 2020.
45. Andermann A; CLEAR Collaboration. *The CLEAR toolkit*. Montreal, QC: McGill University; 2014. Accessible à : [www.mcgill.ca/clear/download](http://www.mcgill.ca/clear/download). Réf. du 2 juill. 2020.
46. Bloch G. *Poverty: a clinical tool for primary care providers*. Toronto, ON: Centre for Effective Practice; 2016. Accessible à : <https://cep.health/poverty>. Réf. du 2 juill. 2020.
47. Andermann A; CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ* 2016;188(17-18):E474-83. Publ. en ligne du 8 août 2016.
48. Streetohome Foundation. *Exploring your life intentions*. Vancouver, BC: Streetohome Foundation. Accessible à : <http://www.streetohome.org/wp-content/uploads/2019/12/DIST-Exploring-Your-Life-Intentions-13DEC2019.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
49. Bonin E, Brehove T, Carlson C, Downing M, Hoeft J, Kalinowski A et coll. *Adapting your practice. General recommendations for the care of homeless patients*. Nashville, TN: Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council; 2010. Accessible à : <https://nhhc.org/wp-content/uploads/2019/08/GenRecsHomeless2010-1.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
50. Bruce D. Homelessness in rural and small town Canada. Dans: Milbourne P, Cloke P, éditeurs. *International perspectives on rural homelessness*. Abingdon, Engl: Routledge; 2006.
51. Abramovich A, Lam JSH, Chowdhury M. A transgender refugee woman experiencing posttraumatic stress disorder symptoms and homelessness. *CMAJ* 2020;192(1):E9-11.
52. Watt G. Patient encounters in very deprived areas. *Br J Gen Pract* 2011;61(583):146.
53. Smith KG, Paudyal V, MacLure K, Forbes-McKay K, Buchanan C, Wilson L et coll. Relocating patients from a specialist homeless healthcare centre to general practices: a multi-perspective study. *Br J Gen Pract* 2018;68(667):e105-13. Publ. en ligne du 15 janv. 2018.
54. Gottlieb LM, Tirozzi KJ, Manchanda R, Burns AR, Sandel MT. Moving electronic medical records upstream: incorporating social determinants of health. *Am J Prev Med* 2015;48(2):215-8. Publ. en ligne du 10 sept. 2014.
55. Sarango M, de Groot A, Hirschi M, Umeh CA, Rajabian S. The role of patient navigators in building a medical home for multiply diagnosed HIV-positive homeless populations. *J Public Health Manag Pract* 2017;23(3):276-82.
56. Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Practising social accountability. From theory to action. *Can Fam Physician* 2016;62:15-8 (Eng), 24-7 (Fr).
57. Macdonald D. *Out of the shadows. Shining a light on Canada's unequal distribution of federal tax expenditures*. Ottawa, ON: Centre canadien de politiques alternatives; 2016. Accessible à : <https://www.policyalternatives.ca/loopholes>. Réf. du 2 juill. 2020.
58. Himelfarb A, Hennessy T. Basic income. Rethinking social policy. Ottawa, ON: Centre canadien de politiques alternatives; 2016. Accessible à : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/basic-income>. Réf. du 2 juill. 2020.
59. McCain H, Chu O. *Sharing our realities. Life on disability assistance in British Columbia*. BC Poverty Reduction Coalition; 2017. Accessible à : <http://bcpovertyreduction.ca/wp-content/uploads/2017/04/SOR-Final-for-Web.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
60. Groupe de travail sur la santé autochtone du CMFC, Indigenous Physicians Association of Canada. *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2016.
61. Barnish M, Tørnes M, Nelson-Horne B. How much evidence is there that political factors are related to population health outcomes? An internationally comparative systematic review. *BMJ Open* 2018;8(10):e020886.
62. Meili R, Buchman S, Goel R, Woollard R. Social accountability at the macro level. Framing the big picture. *Can Fam Physician* 2016;62:785-8 (Eng), e568-71 (Fr).
63. Canadian HIV/AIDS Legal Network, Vancouver Area Network of Drug Users, CACTUS Montréal, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. *«Rien à notre sujet sans nous.» L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales: un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Toronto, ON: Réseau juridique canadien VIH/sida; 2005. Accessible à : <file:///C:/Users/%C3%89l%20Parent/Downloads/Greater%20Involvement%20-%20Bklt%20-%20Drug%20Policy%20-%20FRA.pdf>. Réf. du 2 juill. 2020.
64. Kung A, Cheung T, Knox M, Willard-Grace R, Halpern J, Olayiwola JN et coll. Capacity to address social needs affects primary care clinician burnout. *Ann Fam Med* 2019;17(6):487-94.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e204-12

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the August 2020 issue on page 563.