

Revue rapide

Prestation de soins de santé primaires en milieu non traditionnel aux personnes en situation d'itinérance

Rapport préparé pour Excellence
en santé Canada

M. Saragosa, M. Morales-Vazquez,
M. Roerig, S. Carbone et S. Allin

Avril 2022

La réalisation de ce travail a été possible grâce au soutien d'Excellence en santé Canada (ESC), un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Les opinions exprimées sont celles des autrices et ne reflètent pas forcément celles d'ESC ou de Santé Canada. Cette publication est fournie « en l'état » à titre informatif et éducatif seulement. L'Université de Toronto et ESC se dégagent de toute responsabilité concernant les déclarations et garanties quant à son utilisation.



**Excellence
en santé**
Canada



Citation suggérée

Saragosa, M., Morales-Vazquez, M., Roerig, M., Carbone, S., & Allin, S. « Prestation de soins de santé primaires en milieu non traditionnel aux personnes en situation d'itinérance », Toronto : North American Observatory on Health Systems and Policies, *Revue rapide* (n° 34), 2022.

Remerciements

Les autrices tiennent à remercier les experts du Canada, des États-Unis et d'Irlande qu'elles ont consultés, dont Andrew Barnes, Stephen Hwang, Claire Kendall, Tara Kiran, Meghan McLaren, Wendy Muckle, Sarah Parker, Rikke Siersbark, Ginetta Salvalaggio et Hannah Shadowen. Merci également à Patrick Farrell de son aide à la révision.

À propos du North American Observatory on Health Systems and Policies

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec ses partenaires à la diffusion d'innovations, au renforcement des capacités et à la promotion des changements dans les politiques pour que chaque personne au Canada reçoive des soins et services de santé sécuritaires et de qualité. En collaborant avec les patients, les proches aidants et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé. Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Le North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO) est un partenariat collaboratif de scientifiques, d'organismes de recherche, de gouvernements et d'organismes de santé qui fait la promotion de la prise de décisions politiques éclairée par des données probantes dans les systèmes de santé.

© North American Observatory on Health Systems and Policies 2022

Coordonnées

North American Observatory on Health Systems and Policies
155, rue College, bureau 425
Toronto (Ontario) M5T 3M6



www.uoft.me/NAObservatory



naobservatory@utoronto.ca



[@nao_health](https://twitter.com/nao_health)

Table des matières

Sommaire	1
Introduction et mise en contexte	2
Méthodologie	3
Examen rapide de la portée	3
Entrevues auprès d'informateurs clés.....	4
Limites	4
Aperçu analytique des modèles de soins	5
Voie d'accès, site et moment de la prestation	5
Population cible.....	6
Composition de l'équipe	7
Prestation de services	8
Modèles de financement	8
Accès aux soins primaires.....	9
Principaux résultats	12
Références.....	17
Annexe A. Détail de la méthodologie.....	22
Annexe B. Synthèse de l'analyse documentaire	26

Sommaire

Les personnes en situation d'itinérance (PSI) forment une population hétérogène, mais restent liées par les défis de la stigmatisation et de l'exclusion, ainsi que par plusieurs difficultés d'accès aux soins de santé primaires. Leurs taux supérieurs de besoins non comblés et de recours aux services d'urgence s'expliquent en partie par les obstacles qui entravent leur accès à des soins de santé et à des services sociaux essentiels. Le Canada et d'autres pays ont entre autres cherché à mieux répondre aux besoins des PSI en offrant des soins primaires en dehors du système de santé conventionnel, c'est-à-dire dans des milieux « non traditionnels ». La présente revue rapide vise à décrire des initiatives de soins primaires en milieu non traditionnel prometteuses ou émergentes qui facilitent l'accès aux soins des PSI, afin de s'en inspirer.

Nous avons analysé des sources universitaires et la littérature grise pour détailler des modèles de soins de santé primaires prodigués aux PSI dans des milieux non traditionnels. Cette analyse documentaire a été complétée par des entrevues avec des chercheurs et des praticiens ayant une expertise et de l'expérience dans le domaine. Notre démarche se limitait aux milieux de soins non traditionnels comme les refuges et les centres de services aux personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive, dont les établissements de traitement, les centres de désintoxication et les programmes de contrôle de l'alcoolisme. Nous avons décrit les modèles recensés selon : 1) la voie d'accès, le site et le moment de la prestation de services; 2) la population cible; 3) la composition de l'équipe; 4) les services fournis; 5) le financement; et 6) l'incidence sur les multiples dimensions de l'accès aux soins de santé primaires. Nous n'avons trouvé aucune évaluation robuste de l'incidence des programmes sur l'accès ou les résultats de santé, mais avons vu des signes d'expériences positives chez les patients, de contacts fréquents et d'une réduction potentielle des visites aux services d'urgence.

À la lumière de l'analyse documentaire et des entrevues avec les conseillers experts, nous présentons six grands axes pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans les milieux non traditionnels :

1. Encourager des relations interpersonnelles positives entre les PSI et les prestataires de soins de santé.
2. Inclure les travailleurs formés en soutien entre pairs et les membres de l'équipe interprofessionnelle pour répondre aux besoins complexes des PSI.
3. Établir un environnement accueillant et inclusif pour favoriser l'accès aux soins de santé primaires et la connectivité sociale.
4. Faciliter la navigation dans le système et l'établissement de liens vers les soins de santé conventionnels pour réduire les barrières.
5. Permettre la collecte et le partage des données sur la santé pour améliorer la continuité des soins et aider à l'évaluation des programmes de soins de santé primaires.
6. Adopter des modèles de financement durables et flexibles.

Vu l'hétérogénéité de la population des PSI et la grande diversité des interventions de soins primaires recensées par la revue, ces axes devront être adaptés aux sous-groupes populationnels servis ainsi qu'aux réalités locales et sociales.

Introduction et mise en contexte

Les personnes en situation d'itinérance (PSI) représentent une population vulnérable. À leurs problèmes personnels et financiers s'ajoutent souvent la stigmatisation et l'exclusion découlant d'un logement inadéquat ou absent (1). Chaque année, le Canada compte plus de 235 000 personnes en situation d'itinérance, et de 25 000 à 35 000 chaque nuit (3).

Le sans-abrisme touche un groupe hétérogène composé d'hommes, de femmes, de jeunes et de familles avec des enfants, appartenant à différentes communautés racisées et ethniques (4, 5). Certains sous-groupes sont surreprésentés dans cette population à Toronto. Les Autochtones, qui comptent pour 2,5 % de la population torontoise, totalisent 15 % des personnes sans-abri dans la ville (4). Les familles nouvellement arrivées au pays présentent également un risque accru (6).

La voie vers le sans-abrisme n'est pas linéaire : elle se dessine avec l'interaction complexe de facteurs individuels et familiaux (traumatisme durant l'enfance, faible niveau de scolarisation, manque d'aptitudes professionnelles, maladie mentale, abus de substances) et de facteurs sociaux (logement inabordable, pauvreté, racisme, discrimination, marché du travail, réduction des prestations) (5, 7). Dernièrement, la crise mondiale de la COVID-19 a nettement alourdi le fardeau des familles et des particuliers. Les pertes économiques généralisées et l'insécurité liée au logement ont placé plus de gens dans une position précaire (8). Même avant la pandémie, les taux élevés de mauvaise santé mentale (9), d'usage problématique de substances (10) et de maladies chroniques (11) chez les PSI étaient bien connus. Les PSI tendent à décéder beaucoup plus jeunes que le reste de la population, avec une espérance de vie moyenne de 47 ans plutôt que de 77 ans (12).

Cet écart marqué s'explique par de nombreuses raisons. Les décès prématurés sont davantage liés aux problèmes de santé aigus ou chroniques qu'à la maladie mentale ou à l'abus de substances. Cela dit, la « triple comorbidité », soit la présence simultanée d'une maladie mentale, d'un abus de substances et d'au moins une maladie chronique, semble faire bondir le risque de décès précoce (13).

Plusieurs obstacles entravent toutefois l'accès des PSI aux soins de santé primaires. On note des taux élevés de besoins non comblés ainsi qu'une grande dépendance aux soins actifs, notamment aux services d'urgence et en milieu hospitalier (14). Cette tendance se maintient d'un pays à l'autre, qu'ils soient dotés ou non d'un régime d'assurance maladie universel (15). Lors d'une étude antérieure, moins d'une PSI sondée sur deux avait un médecin de famille, un facteur déterminant de l'accès aux services de santé et de l'état de santé (16). Les PSI peinent souvent à accéder à des prestataires ou à des services de soins de santé primaires en raison d'obstacles tels que l'instabilité de logement ou d'emploi, les troubles de santé mentale, l'usage de substances, la discrimination et la méfiance (17, 18).

L'une des approches adoptées pour mieux répondre à leurs besoins médicaux a été de fournir des soins primaires en dehors du système de santé conventionnel, c'est-à-dire dans des milieux « non traditionnels » (19). La présente revue rapide vise à décrire des initiatives de soins primaires en milieu non traditionnel prometteuses ou émergentes qui facilitent l'accès aux soins des PSI, afin de s'en inspirer.

Méthodologie

Examen rapide de la portée

Nous avons fait une revue rapide des sources universitaires et de la littérature grise pour détailler les modèles de soins de santé primaires prodigués aux PSI dans des milieux non traditionnels. Ces milieux comprenaient des refuges et des centres de services aux personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive, comme des établissements de traitement, des centres de désintoxication et des programmes de contrôle de l'alcoolisme.

Parmi les sources universitaires, nous avons cherché, dans deux bases de données bibliographiques, des études publiées en anglais de 2016 à 2021 et contenant des mots-clés liés aux soins primaires. Nous avons exclu les protocoles d'étude et les demandes de subvention pour nous concentrer sur les publications de résultats préliminaires ou finaux des modèles et sur les études ayant l'hébergement comme sujet principal. Nous avons aussi restreint notre sélection aux études menées dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et axées sur les soins de santé primaires plutôt que sur une maladie précise (COVID-19, VIH/sida, hépatite C, diabète, etc.). Les mêmes critères d'inclusion ont servi à l'analyse de la littérature grise, qui nous a permis d'ajouter des études comptant une description détaillée ou aussi complète que possible des catégories d'intérêt ainsi que des modèles absents des sources universitaires. Les recherches ont été menées sur Google et sur les sites Web d'organisations notoires, dont l'Observatoire canadien sur l'itinérance et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, puis auprès de membres du réseau du NAO ayant une expertise pertinente.

Commençant par les sources universitaires, nous avons extrait des articles inclus : 1) la voie d'accès, le site et le moment de la prestation de services; 2) la population cible; 3) la composition de l'équipe; 4) les services fournis; 5) le financement; et 6) l'accès aux soins. Les tableaux de l'annexe B font la synthèse des articles universitaires et de la littérature grise retenus. Nous avons appliqué les concepts d'*accessibilité* définis par Levesque et ses collaborateurs (2013) pour décrire la mesure dans laquelle les programmes ont favorisé l'accès des PSI aux soins de santé primaires. Les définitions des cinq dimensions de l'accessibilité (facilité d'approche, acceptabilité, disponibilité et adaptabilité, abordabilité et pertinence; voir [tableau 1](#)) ont été utilisées de façon déductive durant l'analyse (20).

Tableau 1. Les cinq dimensions de l'accessibilité (Levesque et coll., 2013)

Facilité d'approche	Les personnes ayant des besoins en santé savent que des services existent et qu'ils ont une incidence sur leur santé et leur bien-être.
Acceptabilité	Des facteurs culturels et sociaux influencent la mesure dans laquelle les gens acceptent différents aspects d'un service et les jugent adéquats pour les bénéficiaires.
Disponibilité et adaptabilité	Il est possible d'accéder à des services de santé (installations ou travailleurs) en personne et dans des délais raisonnables. La disponibilité se définit par l'existence concrète de ressources en santé ayant la capacité d'assurer des services convenables.
Abordabilité	Les gens sont en mesure de consacrer temps, argent et ressources (ou de compromettre leur sécurité) pour obtenir des services appropriés.
Pertinence	On assure l'adéquation des services par rapport aux besoins du patient, des délais, des efforts déployés pour évaluer les problèmes de santé et établir le bon plan de traitement ainsi que des qualités techniques et interpersonnelles du service fourni.

Une présentation détaillée de la méthodologie, comprenant la syntaxe de recherche et l'évaluation des publications, se trouve à l'annexe A.

Entrevues auprès d'informateurs clés

Pour valider les principaux constats, nous avons mené des entrevues auprès d'informateurs clés au sujet de l'accès des PSI aux soins de santé primaires. Des experts (cliniciens, chercheurs et défenseurs de politiques) ont été invités à participer à des entrevues informelles dirigées par une chercheuse principale (SA) aux côtés d'autres membres de l'équipe en janvier et en février 2022. Des questions repères ont été formulées à l'avance, d'abord pour valider les résultats obtenus et mettre en évidence les programmes prometteurs dans la région et le domaine de la personne interviewée, ensuite pour générer des facteurs essentiels à l'amélioration de l'accès aux soins des PSI.

Limites

La recherche de sources universitaires s'est limitée aux publications parues en anglais pour la période de 2016 à 2021. Comme nous n'avons pas fait d'évaluation critique, la qualité des études incluses pourrait influencer la force et la solidité des résultats de la revue. L'analyse des sources universitaires et de la littérature grise excluait les études et les modèles de soins sans description des résultats du programme concernant l'accès aux soins de santé primaires; des programmes novateurs ont pu être exclus par manque de données sur leurs activités et leurs résultats. Malgré cela, l'approche globale pour définir et inclure divers groupes de PSI et services de soins de santé primaires présentés nous a permis d'examiner un vaste éventail de programmes d'intérêt.

Aperçu analytique des modèles de soins

Au total, nous avons extrait les données de 31 articles universitaires sur des programmes et modèles de services issus de cinq pays, soit les États-Unis (n = 16), le Royaume-Uni (n = 6), l’Australie (n = 5), le Canada (n = 3) et le Brésil (n = 1). Un tableau récapitulatif de la revue de ces articles se trouve à l’annexe B.

Les études présentaient un large éventail de modèles de soins de santé primaires, dont les voies d’accès aux services, la composition de l’équipe de prestataires, les types de services fournis, les populations cibles et les modèles de financement variaient. Par exemple, certains de ces modèles décrivaient des cliniques de soins primaires au sein du système de refuges ou d’autres services fréquentés par des PSI à la recherche d’un lieu où passer la nuit, prendre un repas, se procurer des vêtements, faire sa lessive ou se laver (21-28). D’autres modèles proposaient des services de travail d’approche dans la rue, qui ont pour philosophie d’aller à la rencontre des gens (1, 29-35) ou qui font appel à la télésanté (36, 37). Certains intégraient les soins de santé primaires à d’autres services, comme le traitement de l’usage d’opioïdes, le logement supervisé ou l’aide psychosociale. The teams of providers were, in some cases, interprofessional that included physicians, nurses, social workers, care coordinators, outreach and peer workers, and others working together to meet the needs of PEH (38–49).

Les sections qui suivent présentent les principales caractéristiques des modèles de prestation de soins de santé primaires en milieu non traditionnel aux PSI tirés des articles universitaires, c’est-à-dire 1) la voie d’accès, le site et le moment de la prestation, 2) la population cible, 3) la composition de l’équipe, 4) les services fournis, 5) les modèles de financement et 6) l’accès aux soins primaires. Un résumé des interventions se trouve à l’annexe B.

Voie d’accès, site et moment de la prestation

Voie d’accès

La principale voie d’accès (moyen par lequel les PSI accèdent au service de soins primaires) est le **sans rendez-vous** ou l’approche par les prestataires de services cliniques ou sociaux. La prise de rendez-vous et l’aiguillage ne sont pas aussi courants. Les articles n’indiquaient que rarement qu’il était nécessaire de prendre **rendez-vous**, sauf pour quatre programmes (36, 38, 43, 49). L’usage restreint de tels systèmes vise à réduire les difficultés d’accès chez les PSI, qui ont souvent d’autres « priorités de survie » (50); plusieurs articles soulignaient toutefois l’assistance du personnel qui prenait les rendez-vous, accompagnait la PSI ou s’occupait du transport (23, 25, 35, 42). Dans un cas, l’attribution de rendez-vous au service regroupé (soins de santé primaires et halte-accueil de jour avec repas) suivait le modèle « premier arrivé, premier servi » (21). L’accès par **aiguillage** survenait plutôt après une hospitalisation. Les personnes sans abri identifiées à l’hôpital étaient dirigées vers des programmes de santé et de services sociaux après leur congé (29, 35, 42).

Le **travail d’approche** dynamique était l’autre grande voie d’accès aux soins primaires. Dans un des modèles, une infirmière en santé communautaire servait de personne-ressource aux PSI (28). Plusieurs modèles faisaient appel au travail d’approche dynamique pour tâter le terrain auprès de patients potentiels dans la communauté (rue, parc, pont, bibliothèque, comptoir alimentaire, centre de répit) (26-35, 38, 41, 42, 44-46, 51). En milieu communautaire, les cliniciens font souvent équipe avec des travailleurs de proximité qui savent reconnaître les PSI et interagir avec elles (31, 44). Dans le cas du programme Begin the Turn, créé en réponse à la crise de surdoses dans le nord de Philadelphie, le véc

expérientiel des spécialistes du travail d'approche qui ont déjà fait l'usage de substances et s'en sont sortis leur accorde une crédibilité qui facilitent la relation avec les patients (44). La prise de contact dans un refuge ou une halte-accueil est une stratégie dite « opportune » ou « tout inclus » (21, 28, 45).

Site

Le lieu de prestation est habituellement un refuge ou un centre d'hébergement (22, 23, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 42, 43, 47), ou encore un service local fréquenté par les PSI comme un centre de répit, une halte-accueil, une banque alimentaire, une bibliothèque ou une soupe populaire (21, 25-28, 33-36, 38, 39, 45, 51). Les programmes de médecine de rue ciblent les besoins particuliers des PSI qui dorment dans la rue ou « à la dure ». C'est pourquoi les soins sont fournis lors de « tournées » dans les rues, sous les ponts ou au lieu de vie du patient, où qu'il soit (28-30). Plusieurs programmes exercent leurs activités dans une unité mobile et ont des points d'intervention fixes choisis avec soin (24, 26, 27, 31, 32, 38, 44). Par exemple, un programme de traitement de l'usage d'opioïdes peut s'établir près de lieux associés à plusieurs surdoses mortelles (44), et une halte-accueil se trouve près d'un site fréquenté par des travailleurs ou travailleuses du sexe (24). Aux États-Unis, la Veterans Health Administration (VHA) propose des services de soins primaires intégrés dans des lieux plus conventionnels, comme des centres médicaux et des cliniques communautaires (41, 48). Au Canada, un centre de santé communautaire urbain héberge un programme de santé et de bien-être des Autochtones (40).

Moment de la prestation

Les sources décrivaient moins souvent le moment de la prestation, soit l'horaire, la fréquence et la durée du service. Deux articles détaillaient un horaire de 11 h à 14 h (24) et de 19 h à 23 h (31). Lorsqu'indiquée, la fréquence variait : un jour par semaine (24, 28), deux ou trois jours ou nuits par semaine (31, 44), ou quatre jours par semaine maximum (49). Deux articles indiquaient des services limités à quatre ou à six mois en raison d'un mandat ciblé de courte durée et du manque de ressources (42, 45). Un seul article présentait le taux de suivi, calculé à partir de la fréquence des visites choisie par l'équipe et le patient (35). Un service dirigé par des pharmaciens tenait une clinique sans rendez-vous de deux heures (34). Enfin, quand ils quittaient les soins actifs, les patients devaient en principe être vus dans la communauté au cours de la semaine suivante (29).

Population cible

La plupart des interventions à l'étude visaient les PSI accédant au système de refuges ou s'effectuaient directement dans les refuges. Certaines ciblaient toutefois les personnes vivant dans la rue ou dans les parcs, souvent dites « difficiles à atteindre ». Même si la majorité des interventions s'adressaient aux PSI en général, d'autres en soins de santé primaires aidaient des sous-populations bien précises : anciens combattants, réfugiés et demandeurs d'asile, hommes, femmes, personnes consommatrices de drogues, travailleuses du sexe ou Autochtones en situation d'itinérance (voir tableau 2).

Tableau 2. Répartition de la population cible

Sous-population	Programme
Personnes en situation d'itinérance	Télésanté (36, 37), Freo Street Doctor (26, 27), Boston Health Care for the Homeless (38), unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet (32), centre d'action communautaire (33), programme Health Care for the Homeless (39), infirmière en santé communautaire (28), PHOENix (34, 35, 51), accès coordonné aux soins chez les sans-abri (42), modèle multidisciplinaire Street to Home (45), programme ICAP (47), services communautaires d'omnipraticque mobile (21)
Personnes qui dorment dans la rue, qui n'accèdent pas au système de refuges ni aux services fournis dans les refuges	Soins de santé primaires de Safetynet (31), médecine de rue (29, 30), centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (43)
Anciens combattants	Tablettes de télésanté (37), équipe H-PACT (37, 41, 48)
Hommes	Centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (43), clinique de soins de santé primaires dirigée par une infirmière (23)
Femmes	She. Health. Empowered. (22,24)
Personnes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive	Centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (43), Begin the Turn (44), centre de bien-être Stephen Klein (49)
Autochtones	Programme de bien-être Niiwin Wendaanimak Four Winds (40)
Réfugiés et demandeurs d'asile	Unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet (32)
Travailleuses du sexe	She. Health. Empowered. (31)

Abréviations : ICAP (*Inner City Access Program*)

Composition de l'équipe

Disciplines

Divers prestataires ont contribué à fournir des soins de santé primaires et d'autres services dans les programmes décrits. En général, ils ont un bagage professionnel en médecine, en soins infirmiers ou en services paramédicaux. On parle avant tout de médecins de famille ou d'omnipraticiens, mais certains programmes faisaient appel à des médecins spécialistes, dont des psychiatres (22, 42, 47) et des infectiologues (24). La situation est similaire chez le personnel infirmier avec la présence d'infirmières praticiennes (22, 50) et d'infirmières spécialisées en santé mentale (45) ou communautaire (28). Les équipes comptent parfois des gestionnaires de cas (42, 44), des coordonnateurs de traitement et du personnel administratif (32, 41, 49). Weinstein et ses collaborateurs (2020) ont d'ailleurs décrit l'apport d'une coordonnatrice de pharmacothérapie dans la planification, le suivi des patients, la vérification des assurances et la gestion de cas (49). Des étudiants et des stagiaires de plusieurs disciplines (médecine, soins infirmiers, dentisterie, pharmacie, travail social, santé publique, etc.) participent également à certains programmes. Trois programmes sont même pilotés par des étudiants (25, 33, 43; voir tableau 5B en annexe).

Structure de l'équipe

La structure de l'équipe varie sensiblement d'un programme à l'autre. La majorité des programmes sont exécutés par des équipes interprofessionnelles, qui réunissent de deux à six disciplines. Certaines interventions sont menées par un pharmacien et un travailleur de proximité (34, 35, 51), une infirmière et une travailleuse sociale (46) ou un médecin et une infirmière (31). Une multidisciplinarité accrue

s'observe dans les initiatives d'approche dans la rue et les unités mobiles, avec l'inclusion d'intervenants communautaires (24, 26, 29, 30, 45). Les services regroupant plus de trois disciplines tendent à comprendre le traitement de l'usage d'opioïdes (44, 49), la collaboration intersectorielle (ex. : soins primaires et hébergement) (41, 42, 47, 48) et les initiatives étudiantes (33). Plusieurs articles mettaient en relief la participation d'un pair aidant ou d'un travailleur en santé communautaire ayant un vécu expérientiel comme stratégie utile pour soutenir la relation avec la PSI et la continuité des soins (29, 42, 44). Quand les PSI autochtones sont nombreuses, l'équipe compte un mentor et des chargés de cas autochtones qui informent le personnel et les patients sur les pratiques culturelles (45).

Prestation de services

Les services de soins de santé primaires sont complets et variés. L'offre des programmes en inclut une vaste gamme, notamment des consultations médicales, des services de santé mentale, la gestion des maladies chroniques, les soins des plaies, la vaccination systématique, la remise de médicaments, voire des traitements antirétroviraux et le suivi des personnes atteintes du VIH/sida (29, 30, 46). S'y ajoutent radiographies, tests de laboratoire et analyses sanguines, entre autres dans les cliniques mobiles (29-32, 46). Dans le cas de PHOENIX, une innovation dirigée par des pharmaciens en Écosse, l'offre s'étend à plusieurs branches, dont la santé cardiovasculaire et respiratoire, l'alimentation, la santé mentale, l'alcoolisme, la santé sexuelle, les soins des pieds, la santé des femmes et la révision de la médication (34,35). Le programme commence son intervention par l'évaluation de plusieurs volets de la santé. L'information recueillie sert à établir avec le patient un plan de traitement des problèmes de santé prioritaires (51).

Certains programmes offrent des soins de santé primaires ainsi que des interventions de réduction des méfaits et de traitement de l'usage de substances, y compris des médicaments pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes (44, 49), la planification familiale, le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement (24, 43), des services de santé mentale (43), l'échange d'aiguilles (31) et la prise en charge de besoins aigus ou chroniques, en faisant le lien avec les soins primaires (44).

D'autres modèles proposent des services de gestion de cas et des soins de santé primaires dans des unités de soins, des services d'hébergement et des programmes sociaux donnant accès à un comptoir alimentaire, une buanderie et des douches sur place (48). Dans les cliniques dirigées par des infirmières, celles-ci s'occupent de l'évaluation générale et des soins médicaux et psychologiques, administrent des médicaments, dont elles facilitent la prescription et la délivrance, en plus d'assurer la gestion de cas chez les hommes ayant des besoins complexes et les aiguillages vers d'autres professionnels de la santé ou des services spécialisés (23, 28). Aux États-Unis, les équipes H-PACT de soins adaptés aux sans-abri fournissent des soins de santé primaires et des services sociaux complets – gestion de cas en travail social et services d'hébergement compris (41, 48). Les soins primaires et la gestion de cas passent parfois par le travail d'approche dans la rue pour l'aiguillage, le counseling, la mise en relation avec des services sociaux et de santé dans la communauté, l'aide avec l'assurance maladie et la coordination des demandes d'hébergement et de prestations (29, 33, 42, 44).

Modèles de financement

Les articles universitaires ne précisaient que rarement les sources de financement des modèles de soins. Lorsque c'était le cas, il s'agissait avant tout de fonds publics et, dans une moindre mesure, d'organismes non gouvernementaux ou de bienfaisance et de fonds de subventions. Il n'était pas

courant de trouver une description détaillée incluant la période de financement, l'admissibilité aux ressources et la reddition de comptes.

Les fonds publics proviennent de régimes d'assurance santé et sociale comme Medicare aux États-Unis, le Health Service Executive en Irlande (24, 32, 40, 43) et le ministère de la Santé de l'Ontario au Canada (40, 47). Certains organismes non gouvernementaux à la tête des modèles de soins utilisent leurs propres capitaux pour fournir les services, des fonds tirés en majorité de dons ou de sources inconnues (29). Aux États-Unis, le programme de médecine de rue est financé par un établissement d'enseignement et reçoit l'appui en nature d'un centre médical (29). En Australie, plusieurs programmes acceptent quant à eux du financement municipal et des dons philanthropiques (26-28, 45). Dans le cas de Freo Street Doctor, lancé en Australie en 2005, la fin du financement d'État a mené à un plan de pérennisation multidimensionnel pour assurer le maintien des activités (27, 52). D'autres modèles bénéficiaires de subventions ont aidé à réduire le coût des programmes. Le programme CATCH, qui donne accès à des soins adaptés aux sans-abri, a eu droit au soutien des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), alors que le programme ICAP et un programme américain de pharmacothérapie pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO) ont reçu des subventions globales pour payer une partie de leurs dépenses et améliorer la prestation des services (47, 49). Les articles universitaires en disaient moins long sur le maintien ou l'accroissement du financement grâce à des fonds de soutien.

Accès aux soins primaires

Une majorité des articles analysés – études quasi expérimentales et études cliniques à répartition aléatoire comprises – ne faisaient pas d'évaluations robustes des programmes et services. Les auteurs rapportaient plutôt des résultats descriptifs, comme les avantages perçus, l'utilisation des services de santé ou les économies estimées. Ce constat signale de grandes lacunes dans les publications au chapitre de l'efficacité des programmes, des limites des données actuelles (autodéclarations, enquêtes et essais) et des indicateurs d'accès (plusieurs n'étant pas bien définis ou adaptés pour la population ciblée). En vue de mieux comprendre l'incidence des interventions à l'étude sur l'accès aux soins de santé primaires, nous avons appliqué une méthode d'analyse déductive. C'est le cadre d'accès aux services de santé axé sur le patient de Levesque et ses collaborateurs (2013) qui a servi au classement des résultats selon les cinq dimensions de l'accessibilité, soit la facilité d'approche, l'acceptabilité, la disponibilité et l'adaptabilité, l'abordabilité, et la pertinence (20), dimensions qui sont résumées dans le tableau 3.

Les résultats d'accès suggèrent que les interventions peuvent mener à des contacts fréquents avec les PSI et à des aiguillages vers d'autres prestataires et services, réduire les visites aux services d'urgence et sembler acceptables pour les utilisateurs des services. Il est toutefois impossible de tirer des conclusions sur l'évolution de l'état de santé des utilisateurs ou la possibilité de généraliser les résultats au-delà des échantillons.

Tableau 3. Incidence des interventions sur l'accès aux soins de santé primaires

Dimension de l'accessibilité	Incidence sur l'accès	Exemples
Facilité d'approche	Personnes servies	En 18 mois, l'unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet a réalisé des bilans de santé chez plus de 700 réfugiés syriens en Irlande et a évalué plus de 70 PSI et 250 demandeurs d'asile (32).
	Aiguillages	Une clinique de soins primaires dirigée par une infirmière dans un refuge a doublé ses aiguillages vers d'autres services de santé en sept ans (23).
	Visites aux SU évitées	Les consultations vidéo à partir d'une halte-accueil ont réduit les visites potentielles aux SU de 29,1 % et permis à des patients d'accéder à des soins qu'ils n'auraient pas demandés autrement (38,2 %) (36).
	Heures de prestation de soins	Une cohorte d'étudiants au premier cycle en soins infirmiers, en travail social et en médecine a effectué 30 heures de travail d'approche (33).
	Participation, fidélisation et rétention des patients	On a noté une certaine rétention pour un service de proximité en dépendance aux opioïdes : 61,2 % des 147 patients étaient toujours suivis après un mois, 36,6 % après trois mois et 27,6 % après cinq mois (44).
Acceptabilité	Meilleure acceptation des services	La stabilité de l'équipe de prestation, les réunions d'équipe et un meilleur accès aux services médicaux, aux services de rétablissement et aux équipements ont permis d'accroître l'acceptabilité (47).
		Il était important pour les PSI accédant à un service mobile de soins de santé primaires que le personnel soit empathique, ne porte pas de jugement et veuille les aider à améliorer leur santé et leur situation (26).
Disponibilité et adaptabilité	Services de santé jugés commodes en raison de leur emplacement	La nature informelle et flexible des services de proximité aide à réduire les obstacles à l'accès aux soins primaires traditionnels, comme la perception de jugements émis par le personnel ou d'autres patients (51).
		Les patients d'un modèle d'omnipratique sur le terrain ont parlé de sa « commodité » parce que tous les services étaient regroupés (21).
Abordabilité	Capacité d'obtenir des services de soins de santé primaires	Des personnes ont pu obtenir de l'aide sans rendez-vous pour traiter un trouble lié à l'usage d'opioïdes grâce à un service offert quatre jours par semaine (49).
		Une clinique sans rendez-vous propose des évaluations de santé durant deux heures dans des centres d'hébergement, des centres de jour ou des soupes populaires, par exemple, facilitant ainsi l'accès aux services (34).
Pertinence	Services adaptés aux besoins des patients	D'habitude, les services de santé non traditionnels sont abordables pour les PSI. Par contre, ce n'est pas toujours vrai dans le système classique, qui fournit des soins de qualité supérieure et des soins spécialisés, surtout si la personne ne bénéficie pas du programme d'assurance maladie de base au pays parce qu'elle est sans-papier ou qu'elle fait partie d'une population migrante, par exemple. L'accès aux services engendre également des coûts indirects, comme les frais de transport des patients. Il est à noter que les auteurs des études n'avaient pas l'habitude de commenter l'abordabilité au niveau individuel ni d'entrer dans les détails sur l'état d'assurance (sauf pour les études sur les anciens combattants aux États-Unis).
		En Australie, l'équipe du modèle multidisciplinaire aide les PSI à surmonter les obstacles systémiques en organisant les soins de santé autour des situations et des besoins particuliers de cette population. Elle intervient auprès des PSI <i>in situ</i> , et ses membres font un suivi proactif des patients pour permettre des soins continus (45).
		Les PSI ont exprimé leur désir de voir les prestataires et le personnel valoriser leurs expériences et leurs opinions, et de mieux comprendre l'information sur leur santé et leurs soins. Leurs besoins de santé ne sont pas les mêmes que ceux de la population en général. L'adoption d'une

approche holistique pour régler les problèmes est essentielle à la prise de décisions collaborative (28).

Certains sites ne peuvent fournir qu'une partie des services dispensés par les cabinets de soins primaires classiques, notamment parce qu'ils ont du mal à assurer la continuité avec des équipes rotatives et à faire des analyses de laboratoire sur place. Ces limites en font des lieux plus appropriés pour prendre en charge des besoins médicaux aigus ou fournir des services de soutien social et émotionnel (25).

Abréviations : PSI (personne en situation d'itinérance); SU (services d'urgence).

Principaux résultats

Cette section résume six éléments essentiels à la prestation de services de soins de santé primaires aux PSI en milieu non traditionnel, selon les sources universitaires, la littérature grise et les informateurs interviewés (voir [annexe B](#) pour la synthèse des sources analysées). Comme la majorité des interventions ont été faites auprès de la population en situation d'itinérance en général dans différents contextes, la pertinence des points à considérer pourrait varier selon la sous-population et le milieu (jeunes, groupes de réfugiés, régions rurales). Le contexte environnemental et social influencera donc grandement la mise en œuvre des programmes et services locaux. Par exemple, les outils technologiques (soins virtuels, tablettes) peuvent faciliter l'accès aux services difficiles à obtenir en personne, mais des utilisateurs risquent d'avoir du mal à les utiliser, notamment en raison de troubles physiques ou cognitifs ou par manque de motivation, d'argent ou de disponibilité.

1. Encourager des relations interpersonnelles positives entre les PSI et les prestataires de soins de santé

Les relations positives avec les prestataires de soins et de services aident à faciliter l'accès et la participation continue aux soins de santé primaires chez les PSI. La relation thérapeutique et le lien de confiance se cultivent à même la stabilité du personnel et le dévouement de ceux qui apportent une aide pratique et inclusive. La discrimination répandue des PSI dans le système de santé a miné les relations et interactions de ces dernières avec les services de soins primaires (16). Or, quand leurs besoins et leurs objectifs personnels sont reconnus, les PSI sont plus enclines à accéder et à participer aux soins. Des stratégies adoptées par des prestataires et des services ont porté fruit et aidé les patients à se sentir écoutés et respectés. En voici des exemples : adopter une approche informelle et exempte de jugement, prévoir assez de temps pour rencontrer les patients, et démontrer un intérêt au-delà de la santé. Plusieurs articles universitaires décrivaient l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes pour entretenir la confiance et la communication avec les patients, y compris dans le cadre de programmes de traitement de l'usage d'opioïdes aux États-Unis (centre de bien-être Stephen Klein et Begin the Turn), du programme Niiwin Wendaanima au Canada et du programme Homeless Healthcare en Australie (40, 44, 49, 53). Un seul programme a détaillé sa « politique de réduction des méfaits », précisant qu'elle était axée sur l'enseignement de la non-ingérence et complétée par la réduction des méfaits et la sécurité culturelle (40).

Nos conseillers experts ont confirmé que les approches relationnelles aident à améliorer la mobilisation et l'accès aux soins primaires. Ils ont recommandé de renforcer la confiance et la stabilité du personnel, d'adopter des approches de soins et de réduction des méfaits sans jugement qui tiennent compte des traumatismes, et de miser sur les résultats qui comptent pour le patient. Ils ont également souligné l'importance d'une formation adéquate chez les travailleurs de première ligne pour bien soigner et soutenir les PSI. Des formations spécialisées sont proposées par des services de soins primaires tels que le programme Boston Health Care for the Homeless (États-Unis) et Ottawa Inner City Health (Canada) (54, 55). Les futurs médecins et les médecins résidents ont ainsi accès à des activités de formation pratiques sur les besoins de santé complexes des PSI. On a toutefois rappelé que l'implication des apprenants doit être contrebalancée par une équipe de prestataires stable pour solidifier l'alliance thérapeutique.

2. Inclure les travailleurs formés en soutien entre pairs et les membres de l'équipe interprofessionnelle pour répondre aux besoins complexes des PSI

Selon les sources universitaires, les personnes ayant un vécu expérientiel (pairs, intervenants communautaires ou spécialistes du travail d'approche) aident patients et programmes de bien des façons. Ces membres du personnel peuvent engager des discussions informelles proactives avec les PSI, expliquer les avantages des services et faciliter l'établissement de relations. Plusieurs experts ont confirmé qu'ils apportent une valeur immense aux équipes mobiles de soins de santé primaires grâce à leurs « connaissances d'initiés » ou à leur expérience similaire qui incite à la confiance. Le programme Neunerhaus en Autriche forme, à son campus de pairs, des personnes touchées par une itinérance passée ou présente pour qu'elles offrent aux PSI une aide éclairée par leurs expériences et leur expertise (56). Le programme Boston Healthcare for the Homeless fait quant à lui participer des patients à sa gouvernance et à l'élaboration des services pour s'assurer de bien répondre aux besoins complexes des PSI (54, 55).

Toutes les sources de données signalent des occasions de diversifier les effectifs et de voir d'autres membres du personnel comme des partenaires essentiels à la prestation de soins de santé primaires, dont les infirmières praticiennes, les gestionnaires de cas, les cliniciens en santé mentale et les pairs-conseillers. De plus, quand la disponibilité des omnipraticiens et des services de soins primaires traditionnels est limitée, d'autres prestataires peuvent venir combler une partie des besoins des PSI (pharmaciens, infirmières praticiennes, etc.). Les gestionnaires de cas et les intervenants pivots dans le système peuvent également contribuer à améliorer l'accès aux soins et les interactions continues avec le système de santé et de services sociaux. Un conseiller expert a parlé de travaux au Royaume-Uni où un « agent de liaison » aide à repérer les « personnes en situation d'itinérance invisible » et à les mettre en relation avec le système. Au Canada, Ottawa Inner City Health est principalement géré par des « infirmières coordonnatrices ». Celles-ci aident les PSI à s'y retrouver dans le système, en plus de prodiguer des soins de santé primaires dans les refuges et de tenir une clinique dirigée par une infirmière praticienne épaulée par un interniste au besoin (55). Selon nos informateurs, le programme ne serait rien sans ces infirmières, qui mettent à profit leur vaste éventail de compétences.

3. Établir un environnement accueillant et inclusif pour favoriser l'accès aux soins de santé primaires et la connectivité sociale

L'environnement physique et social des milieux de soins et de travail d'approche influence la relation des PSI avec les services de proximité en soins de santé primaires. La possibilité de rencontrer les PSI de façon « détendue » (sans rendez-vous, horaire flexible au-delà du 9 h à 17 h), la tenue d'activités utiles (collecte d'aliments, lessive), l'offre de soutien au personnel et aux bénévoles, et la promotion d'une ambiance accueillante sont autant d'outils pour réduire les obstacles professionnels et la stigmatisation. Les cliniques peuvent fournir une forme d'aide sociale alimentée par les interactions avec autrui selon des normes communes, dans la confiance et la réciprocité. Les espaces encourageant la socialisation et le partage d'informations contribuent à améliorer la santé physique et mentale, y compris la connectivité sociale et le sentiment d'appartenance. L'importance de la sécurité culturelle et de la compétence culturelle a été notée dans plus d'un programme. Ainsi, le programme Niiwin

Wendaanimak de Toronto, au Canada, a des volets consacrés aux cultures autochtones (40), le modèle multidisciplinaire Street to Home en Australie compte un mentor et des chargés de cas autochtones (45), et le programme de la Helping Up Mission aux États-Unis décrit des soins adaptés à la culture (43).

D'autres modèles ajoutant des services d'interprétation et d'orientation culturelles, à distance ou en personne, aident à briser les barrières linguistiques et culturelles pour améliorer l'expérience des PSI qui accèdent aux services de soins de santé primaires. Les équipes des programmes Neunerhaus et Marienambulanz, en Autriche, considèrent ces services d'orientation comme particulièrement importants dans les milieux fréquentés par des PSI aux bagages complexes, migrants et réfugiés compris (56, 57). Lors des entrevues, nos conseillers experts ont confirmé cette idée, citant Ottawa Inner City Health en exemple pour l'intégration des services aux Autochtones (qui représentent de 30 % à 40 % de la clientèle selon les estimations). L'organisme inclut à ses services un guérisseur traditionnel et propose d'autres pratiques culturelles autochtones, dont l'accès à des aliments prélevés dans la nature et des aliments traditionnels envoyés par avion depuis les communautés nordiques, ainsi que des cérémonies de purification par la fumée. Les partenariats avec des leaders autochtones favorisent les bonnes relations avec les Autochtones en situation d'itinérance.

Un expert a fait remarquer que la forte concentration de services aux sans-abri et dans la rue peut aussi nuire à l'accès des PSI vu les risques potentiels pour la sécurité personnelle. Un autre a mentionné qu'un centre de soins urbain a embauché des agents de sécurité pour apaiser les craintes des patients et du personnel. Les préoccupations au sujet de la sécurité se trouvaient aussi dans les articles universitaires : les PSI disaient se sentir en danger, menacées ou intimidées dans les centres de soins de santé primaires traditionnels. Ces milieux classiques n'ont pas le personnel de soutien nécessaire pour superviser les lieux (21).

4. Faciliter la navigation dans le système et l'établissement de liens vers les soins de santé généraux pour réduire les barrières

Le regroupement des services est crucial pour assurer l'accès des PSI aux services de santé. Chez cette population, les questions de logement et d'instabilité financière ont souvent préséance sur les problèmes de santé, ce qui contribue à l'absence de soins. Le regroupement avec des programmes d'alimentation et de lessive ou des services d'hébergement et de santé mentale donne de meilleures chances d'interaction avec les soins primaires. Par exemple, l'organisation Neunerhaus en Autriche utilise son café annexé pour prendre contact avec les PSI et établir des liens avec les soins de santé primaires et les services sociaux (56). Un autre moyen de favoriser l'accès aux soins est de tenir les cliniques en faisant une rotation de différents lieux fréquentés par les PSI. Cela donne aux patients une option « tout-en-un » bien commode (45).

L'orientation, les aiguillages rapides et les mises en relation avec les soins traditionnels sont toutes des occasions en or pour le système de santé d'améliorer l'accès aux soins primaires. Les données suggèrent que patients, prestataires et membres du personnel ont tous du mal à s'y retrouver dans le système. Il est possible de désigner des employés dont la tâche sera de donner des repères et de coordonner les services, mais aussi de défendre les intérêts des PSI. Un informateur expert a décrit la façon dont le personnel clinique peut accompagner les patients à leurs rendez-vous, notamment aux tests diagnostiques, pour veiller à ce qu'ils reçoivent les services requis. Ce type d'accompagnement s'inscrit

d'ailleurs dans le modèle multidisciplinaire Street to Home en Australie (45). Les procédés d'aiguillage agiles (« connexions rapides ») vers les services pertinents donnent vite des résultats concrets pour les PSI. Ces aiguillages accélérés sont une source d'espoir et de motivation à maintenir le contact. Un exemple de programme d'assistance à la navigation du système de santé serait Boston Health Care for the Homeless, qui facilite l'accès aux avantages et aux prestations auxquels a droit le patient et qui sert d'intermédiaire entre les patients et leur société d'assurance (54).

Les conseillers experts ont reconnu qu'en vue d'améliorer l'accès, les services de soins de santé primaires doivent aller « là où sont les PSI » plutôt que de s'installer dans des lieux que ces personnes n'ont pas l'habitude de fréquenter. Ils ont aussi souligné que les prestataires de soins de santé ont souvent une capacité de travail d'approche dans la communauté limitée par leur modèle de prestation (en cabinet, par exemple). Les experts ont réitéré l'importance d'une collaboration entre différents secteurs (hébergement, soutien du revenu, soins de santé primaires, etc.) pour améliorer la situation des PSI, et d'une intégration au sein même de ces derniers. Il faut notamment intégrer les modèles de soins de santé primaires mobiles isolés aux services traditionnels pour améliorer la continuité des soins (relation et information). Une fois que la situation d'un patient s'améliore, on devrait viser une transition vers les services conventionnels. Cela dit, étant donné la méfiance développée envers les prestataires et le système de santé en soi, les PSI trouvent souvent cette transition difficile et préfèrent s'en tenir aux services de proximité.

Une conseillère experte a parlé des centres de santé communautaires (CSC), un modèle utilisé dans les centres urbains. Décrits comme un « réseau en étoile », les CSC servent de milieu clinique traditionnel (cœur de l'étoile) auquel sont affiliés de nombreux prestataires interprofessionnels qui travaillent dans la communauté ou dans la rue (pointes). Les CSC de certaines régions disposent de ressources importantes et gèrent de façon autonome leur budget et leurs effectifs, ce qui laisse place à des pratiques novatrices pour répondre aux besoins des populations locales, y compris les PSI. Financé en partie par le secteur des CSC, Ottawa Inner City Health est un autre exemple de réseau en étoile, lui qui allie travail d'approche communautaire, clinique de soins primaires et services intégrés dans un hôpital local. L'organisme a adapté ses services selon l'évolution des besoins de la population sans-abri. Il a entre autres mis sur pied une clinique d'ORL dédiée au dépistage du cancer en réponse aux taux élevés chez les PSI.

5. Permettre la collecte et le partage des données sur la santé pour améliorer la continuité des soins et aider à l'évaluation des programmes de soins de santé primaires

Il est difficile de suivre les résultats d'un service ponctuel qui n'a qu'un minimum d'outils ou de systèmes de documentation. Une meilleure collecte de données faciliterait l'évaluation des résultats; or, la plupart des études analysées sont descriptives, et leurs mesures, déficientes.

Des experts ont noté que la définition et le suivi d'indicateurs appropriés étaient aussi compliqués par les intérêts divergents des hôpitaux, des gouvernements et des organisations à la barre des programmes. Par exemple, un organisme pourrait vouloir recueillir des données qui dépassent le cadre clinique pour en savoir plus sur les retombées des services fournis, y compris les aspects relationnels des modèles de soins. Parmi les limites recensées, il faut aussi mentionner les ressources humaines et financières restreintes. La continuité informationnelle se définit comme le degré de communication entre les services, les professionnels et les utilisateurs (58). Chez les PSI, elle est compliquée par les

problèmes de transfert ou d'intégration des dossiers de santé entre les milieux de soins, surtout quand les patients gardent l'anonymat. Une piste de solution amenée par plusieurs experts était les canaux de communication informels entre les prestataires de soins de santé et de services sociaux. Cliniciens et chercheurs ont par exemple décrit une « communauté de pratique » qui partage des renseignements sur les patients aux besoins lourds et complexes.

Les réseaux informels s'appuyant sur de solides relations interpersonnelles entre les prestataires des cliniques et des services aident à soutenir les PSI en l'absence de mécanismes structurés. Quelques informateurs ont toutefois émis des réserves concernant le partage d'informations, sachant que les PSI aiment être discrètes dans leur accès aux services, ce qui est d'autant plus vrai chez des groupes comme les jeunes de la rue. Cette discrétion passe parfois par des soins reçus anonymement ou par l'absence d'affichage pour les services de soins de santé primaires destinés aux PSI. En la préservant, il semblait possible d'éviter les préjugés ou le jugement des autres utilisateurs.

6. Adopter des modèles de financement durables et flexibles

Les études universitaires analysées ne détaillaient pas les modèles de financement ni les défis associés à la pérennisation des programmes. Des informateurs experts ont fait allusion à des modèles durables de financement des services aux sans-abri par le prestataire. À l'heure actuelle, les pratiques sont gênées par le financement ponctuel (comme les subventions de recherche), non renouvelable et circonscrit dans le temps, tiré des fonds publics ou de dons philanthropiques. Malgré tout, des programmes ont été en mesure de fournir des services à long terme. Ottawa Inner City Health propose des soins de santé primaires aux PSI depuis 1998 grâce à diverses sources de financement, dont des fonds publics obtenus par le biais des CSC. D'autres programmes comme Boston Healthcare for the Homeless (États-Unis) et Cool Aid (Canada) sont nés de dons et de subventions modestes, puis ont obtenu des fonds supplémentaires de sources variées pour maintenir et étendre leurs services petit à petit (59, 60).

Des experts ont fait valoir la nécessité de modèles de rémunération des médecins « à la séance » plutôt qu'à l'acte pour traiter des populations complexes, comme les PSI, qui requièrent souvent des consultations prolongées, risquent d'avoir des problèmes de santé ou des comorbidités multiples, et pourraient se présenter sans rendez-vous. De fait, la rémunération des travailleurs salariés dans les CSC, y compris des médecins, était un facteur favorable à la prestation de soins primaires de qualité aux PSI.

Les modèles de soins n'engagent pas de frais directs pour les patients, mais l'accès peut tout de même présenter des obstacles financiers. Pour les aplanir, certains modèles ont adopté des stratégies visant à réduire les coûts indirects, entre autres en remettant aux patients des billets d'autobus pour se rendre au milieu de soins. Plusieurs informateurs clés ont également reconnu que les difficultés financières risquaient de nuire directement à l'accès aux médicaments sur ordonnance et aux services spécialisés après l'aiguillage.

Références

1. Johnstone, M. et coll. « Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership », *Front Psychol*, 2015, vol. 6, p. 739.
2. Organisation de coopération et de développement économiques. Division des politiques sociales. *HC3.1. Homeless Population*, consulté le 8 janvier 2022 sur Internet : <https://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf>.
3. Strobel, S. et coll. *Caractérisation des personnes en situation d'itinérance et des tendances de l'itinérance d'après les données sur les visites à l'urgence au niveau de la population de l'Ontario, au Canada*, Statistique Canada, 2021, consulté le 8 janvier 2022 sur Internet : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021001/article/00002-fra.htm>.
4. Ville de Toronto. Shelter, Support and Housing Administration. *Homelessness Solutions Service Plan*, 2021, 43 p., consulté le 25 janvier 2022 sur Internet : <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2021/11/9885-Attachment-2-Homelessness-Solutions-Service-Plan.pdf>.
5. Frankish, C. J., S. W. Hwang et D. Quantz. « Homelessness and Health in Canada: Research Lessons and Priorities », *Revue canadienne de santé publique*, 2005, vol. 96, suppl. 2, p. S23-S29. doi : 10.1007/BF03403700.
6. Forchuk, C. et coll. « Family Matters in Ontario: Understanding and Addressing Homelessness Among Newcomer Families in Canada », *Can J Nurs Res*, 8 mars 2021. doi : 10.1177/0844562121998206.
7. Fazel, S., J. R. Geddes et M. Kushel. « The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations », *The Lancet*, 2014, vol. 384, n° 9953, p. 1529-1540. doi : 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
8. Tsai, J. et M. Wilson. « COVID-19: a potential public health problem for homeless populations », *The Lancet Public Health*, 2020, vol. 5, n° 4, p. e186-E187. doi : 10.1016/S2468-2667(20)30053-0.
9. Chambers, C. et coll. « Factors Associated with Poor Mental Health Status Among Homeless Women With and Without Dependent Children », *Community Ment Health J*, 2014, vol. 50, n° 5, p. 553-559.
10. Zhang, L. et coll. « Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada », *J Dual Diagn*, 2018, vol. 14, n° 1, p. 21-31.
11. Hwang, S. W. « Homelessness and health », *CMAJ*, 2001, vol. 164, n° 2, p. 229-233, consulté le 4 octobre 2021 sur Internet : <https://www.cmaj.ca/content/164/2/229>.
12. Perry, J. et T. K. J. Craig. « Homelessness and mental health », *Trends in Urology & Men's Health*, 2015, vol. 6, n° 2, p. 19-21.
13. O'Connell, J. J. *Premature Mortality in Homeless Populations: A Review of the Literature*, Nashville : National Health Care for the Homeless Council, Inc., 2005, 19 p. Sur Internet : <http://sbdww.org/wp-content/uploads/2011/04/PrematureMortalityFinal.pdf>.
14. Kushel, M. B. et coll. « Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results from a Community-Based Study », *Am J Public Health*, 2002, vol. 92, n° 5, p. 778-784.
15. Hwang, S. W. et coll. « A Comprehensive Assessment of Health Care Utilization Among Homeless Adults Under a System of Universal Health Insurance », *Am J Public Health*, 2013, vol. 103, suppl. 2,

- p. S294-S301, consulté le 16 janvier 2022 sur Internet :
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2013.301369>.
16. Khandor, E. et coll. « Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey », *Open Med*, 2011, vol. 5, n° 2, p. E94-E103.
 17. Campbell, D. J. T. et coll. « Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations », *BMC Fam Pract*, 2015, vol. 16, n° 1, p. 139.
 18. O'Carroll, A. et D. Wainwright. « Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization », *Int J Equity in Health*, 2019, vol. 18, n° 1, p. 113.
 19. Davies, A. et L. J. Wood. « Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care », *Med J Aust*, 2018, vol. 209, n° 5, p. 230-234.
 20. Levesque, J-F., M. F. Harris et G. Russell. « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », *Int J Equity in Health*, 2013, vol. 12, n° 1, p. 18. doi : 10.1186/1475-9276-12-18.
 21. Hirst, V. et F. Cuthill. « Benefits of GP care in outreach settings for people experiencing homelessness: a qualitative study », *Br J Gen Pract*, 2021, vol. 71, n° 709, p. e596-e603. doi : 10.3399/BJGP.2020.0749.
 22. Mantler, T., K. T. Jackson et E. J. Walsh. « Integration of primary health-care services in women's shelters: A scoping review », *Trauma Violence Abuse*, 2020, vol. 21, n° 3, p. 610-623. doi : 10.1177/1524838018781105.
 23. Roche, M. A. et coll. « Nurse-led primary health care for homeless men: A multimethods descriptive study », *Int Nurs Rev*, 2018, vol. 65, n° 3, p. 392-399. doi : 10.1111/inr.12419.
 24. Stewart, J. et coll. « A co-located continuity clinic model to address healthcare needs of women living unhoused with opioid use disorder, who engage in transactional sex in north Seattle », *Sex Transm Dis*, 2020, vol. 47, n° 1, p. e5. doi : 10.1097/OLQ.0000000000001064.
 25. Wang, R. et coll. « Filling Gaps and Setting Boundaries: Examining Utilization of Health and Social services at JeffHOPE Student Run Clinics », *J Prim Care Community Health*, 2021, vol. 12. doi : 10.1177/215013272111037532.
 26. Strange, C. et coll. « A general practice street health service: Patient and allied service provider perspectives », *AJGP*, 2018, vol. 47, n° 1-2, p. 44-48.
 27. Arnold-Reed, D. et coll. « Increasing multimorbidity in an Australian street health service : A 10-year retrospective cohort study », *AJGP*, vol. 47, n° 4, p. 181-189.
 28. Goeman, D., J. Howard et R. Ogrin. « Implementation and refinement of a community health nurse model of support for people experiencing homelessness in Australia : a collaborative approach », *BMJ Open*, 2019, vol. 9, n° 11, e030982. doi : 10.1136/bmjopen-2019-030982.
 29. Feldman, B. J. et coll. « From the hospital to the streets: Bringing care to the unsheltered homeless in Los Angeles », *Healthcare*, vol. 9, n° 3. doi : 10.1016/j.hjdsi.2021.100557.
 30. Stefanowicz, M., B. Feldman et J. Robinson. « House Calls Without Walls: Street Medicine Delivers Primary Care to Unsheltered Persons Experiencing Homelessness », *Ann Fam Med*, 2021, vol. 19, n° 1, p. 84-85.

31. Swabri, J. et coll. « Health status of the homeless in Dublin: does the mobile health clinic improve access to primary healthcare for its users? », *Ir J Med Sci*, 2019, vol. 188, n° 2, p. 545-554. doi : 10.1007/s11845-018-1892-0.
32. Commins, S. « In the alleys and shadows, Street Medicine heals the homeless », *Irish Medical Times*, 2018. Sur Internet : <https://www.imt.ie/features-opinion/alleys-shadows-street-medicine-heals-homeless-25-10-2018>.
33. Doran, K. et M. Doede. « An interdisciplinary street outreach program to engage vulnerable neighbors in care », *Health Nurs*, 2021, vol. 38, n° 2, p. 141-144. doi : 10.1111/phn.12829.
34. Lowrie, F. et coll. « A descriptive study of a novel pharmacist led health outreach service for those experiencing homelessness », *Int J Pharm Pract*, 2019, vol. 27, n° 4, p. 355-361. doi : 10.1111/ijpp.12520.
35. Lowrie, R. et coll. « Pharmacist led homeless outreach engagement and non-medical independent prescribing (Rx)(PHOENix) intervention for people experiencing homelessness: a non-randomised feasibility study », *Int J Equity Health*, 2021, vol. 20, n° 1, p. 1-13. doi : 10.1186/s12939-020-01337-7.
36. Adams, C. S. et coll. « A Telehealth Initiative to Overcome Health Care Barriers for People Experiencing Homelessness », *Telemedicine and e-Health*, 2021, vol. 27, n° 8, p. 851-858.
37. Garvin, L. A. et coll. « Use of Video Telehealth Tablets to Increase Access for Veterans Experiencing Homelessness », *J Gen Intern Med*, 2021, vol. 36, p. 2274-2282. doi : 10.1007/s11606-021-06900-8.
38. Behl-Chadha, B. et coll. « Comparison of patient experience between a practice for homeless patients and other practices engaged in a patient-centered medical home initiative », *J Health Care Poor Underserved*, 2017, vol. 28, n° 3, p. 1151-1164. doi : 10.1353/hpu.2017.0103.
39. Dolce, M. C. et coll. « A cooperative education model for promoting oral health and primary care integration within a health care for the homeless program », *J Health Care Poor Underserved*, 2018, vol. 29, n° 2, p. 591-600. doi : 10.1353/hpu.2018.0043.
40. Firestone, M. et coll. « “I feel safe just coming here because there are other Native brothers and sisters”: findings from a community-based evaluation of the Niiwin Wendaanimak Four Winds Wellness Program », *Revue canadienne de santé publique*, 2019, vol. 110, n° 4, p. 404-413. doi : 10.17269/s41997-019-00192-6.
41. Jones, A. L. et coll. « Differences in experiences with care between homeless and nonhomeless patients in veterans affairs facilities with tailored and nontailored primary care teams », *Med Care*, 2018, vol. 56, n° 7, p. 610-618. doi : 10.1097/MLR.0000000000000926.
42. Lamanna, D. et coll. « Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions », *Health Soc Care Community*, 2018, vol. 26, n° 1, p. 56-64. doi : 10.1111/hsc.12461.
43. Lashley, M. « An on-site health home for homeless men in addiction recovery », *Public Health Nursing*, 2019, vol. 36, n° 2, p. 184-191. doi : 10.1111/phn.12564.
44. O’Gurek, D. T. et coll. « Expanding buprenorphine treatment to people experiencing homelessness through a mobile, multidisciplinary program in an urban, underserved setting », *J Subst Abuse Treat*, 2021, vol. 127, 108342. doi : 10.1016/j.jsat.2021.108342.

45. Parsell, C., A. Clarke et M. Vorsina. « Evidence for an integrated healthcare and psychosocial multidisciplinary model to address rough sleeping », *Health Soc Care Community*, 2020, vol. 28, n° 1, p. 34-41. doi : 10.1111/hsc.12835.
46. De Paula, H. C. et coll. « Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care », *Rev Bras Enferm*, 2018, vol. 71, suppl. 6, p. 2843-2877. doi : 10.1590/0034-7167-2017-0616.
47. Pauley, T. et coll. « Evaluation of an integrated cluster care and supportive housing model for unstably housed persons using the shelter system », *Prof Case Manag*, 2016, vol. 21, n° 1, p. 34-42. doi : 10.1097/NCM.000000000000128.
48. Trivedi, A. N. et coll. « Dual use and hospital admissions among veterans enrolled in the VA's homeless patient aligned care team », *Health Serv Res*, 2018, vol. 53, p. 5219-5237. doi : 10.1111/1475-6773.13034.
49. Weinstein, L. C. et coll. « Retention of patients with multiple vulnerabilities in a federally qualified health center buprenorphine program: Pennsylvania, 2017-2018 », *Am J Public Health*, 2020, vol. 110, n° 4, p. 580-586. doi : 10.2105/AJPH.2019.305525.
50. Dickins, K. A. et coll. « Supporting Primary Care Access and Use among Homeless Persons », *Social Work in Public Health*, 2020, vol. 35, n° 6, p. 335-357. doi : 10.1080/19371918.2020.1809589.
51. Johnsen, S., F. Cuthill et J. Blenkinsopp. « Outreach-based clinical pharmacist prescribing input into the healthcare of people experiencing homelessness: a qualitative investigation », *BMC Health Serv Res*, 2021, vol. 21, n° 1, p. 1-10. doi : 10.1186/s12913-020-06013-8.
52. « The Freo Street Doctor – Past Present & Future? », *Fremantle Shipping News*, 2021, consulté le 16 février 2022 sur Internet : <https://fremantleshippingnews.com.au/2021/05/08/the-freo-street-doctor-past-present-future/>.
53. Homeless Healthcare, 2021, consulté le 1^{er} février 2022 sur Internet : <https://www.homelesshealthcare.org.au>.
54. Boston Health Care for the Homeless Program, consulté le 1^{er} février 2022 sur Internet : <https://www.bhchp.org/>.
55. Fonds du Commonwealth. « Ottawa Inner City Health », 2020, consulté le 1^{er} février 2022 sur Internet : <https://www.commonwealthfund.org/publications/international-innovation/2020/oct/ottawa-inner-city-health>.
56. Neunerhaus, 2021, consulté le 3 janvier 2022 sur Internet : <https://www.neunerhaus.at/nc/>.
57. Caritas der Diözese Graz Seckau. « Marienambulanz – Medizinische Erst- und Grundversorgung », consulté le 31 janvier 2022 sur Internet : <https://www.caritas-steiermark.at/marienambulanz>.
58. Weaver, N., M. Coffey et J. Hewitt. « Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2017, vol. 24, n° 6, p. 431-450
59. Boston Health Care for the Homeless Program. « History », consulté le 4 mars 2022 sur Internet : <https://www.bhchp.org/about/history>.
60. Victoria Cool Aid Society. « About Cool Aid », consulté le 14 février 2022 sur Internet : <https://coolaid.org/who-we-are/about-cool-aid/>.

61. Qualité des services de santé Ontario. « Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review », *Série des évaluations des technologies de la santé*, 2016, vol. 16, n° 9, p. 1-50.
62. Jago, M. et coll. « Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review », *Int J Environ Res Public Health*, 2018, vol. 15, n° 2, p. 309.
doi : 10.3390/ijerph15020309.
63. The King's Fund. *Delivering health and care for people who sleep rough: Going above and beyond*, 2020, consulté le 4 octobre 2021 sur Internet :
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-health-care-people-sleep-rough>.

Annexe A. Détail de la méthodologie

Analyse des sources universitaires

L'équipe a fait une recherche ciblée de sources universitaires dans deux bases de données bibliographiques (MEDLINE et ProQuest) pour trouver des modèles, approches ou innovations ayant amélioré l'accès des PSI aux soins de santé primaires dans les milieux (de prestation) non traditionnels. Elle a utilisé la syntaxe des bases de données (dont les *Medical Subject Headings*) ainsi que des mots-clés liés à deux concepts : 1) les soins de santé primaires; et 2) le sans-abrisme. Aux mots-clés se sont ajoutés des termes complémentaires tirés d'analyses documentaires antérieures (11, 61-63). La recherche s'est limitée aux publications parues en anglais de 2016 à 2021. Le protocole de recherche initial a été élaboré dans MEDLINE (voir tableau A1), puis adapté à d'autres syntaxes. Les données finales issues des bases électroniques ont été obtenues et exportées le 12 octobre 2021.

Tableau A1. Stratégie de recherche dans les bases de données électroniques (12 octobre 2021)

MEDLINE	SYNTAXE	RÉSULTATS
1	exp *Primary Health Care/	
2	health services accessibility/ OR "delivery of health care"/	
3	exp Family Practice/ OR exp General Practice/	
4	physicians/ OR general practitioners/	
5	exp Physicians, Family/	
6	exp Homeless Youth/ OR exp Homeless Persons/	
7	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR health services accessibility OR healthcare services accessibility OR general practic* OR family physician OR family doctor OR primary care doctor OR family pract* OR nurse pract* OR nurse* OR Family nurse pract* OR Primary nursing OR family nurse OR primary nurse OR case manag* OR delivery of healthcare OR delivery of health care OR access to health care OR access to healthcare OR ambulatory care facilities).tw,kf.	
8	(Homelessness OR homeless OR Homeless Persons OR Homeless Youth OR lack of housing OR squatter OR rough sleep OR no fixed address OR roofless OR transient OR people experiencing homelessness OR under housed OR shelter* OR street).tw,kf	
9	(community adj (health servic* OR healthcare servic* OR health nurs* OR health work* OR outreach OR health cent*)).tw,kf.	
10	(outreach adj (services OR work* OR nurs*)).tw,kf.	
11	nurse practitioners/ OR *family nurse practitioners/	
12	exp Primary Nursing/	
13	exp ambulatory care facilities/ OR exp community health centers/	
14	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 7 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	
15	6 or 8	
16	14 and 15	
17	Limit 16 to (english language AND yr="2016 -Current")	2 078
SYNTAXE DE ProQuest		RÉSULTATS
	((ab("primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "health services accessibility" OR "healthcare services accessibility" OR ("general practice" OR "general practices" OR "general practitioner" OR "general practitioners") OR "family physician" OR "family doctor" OR "primary care doctor" OR ("family practice" OR "family practiced" OR "family practices" OR "family practitioner" OR "family practitioners") OR ("nurse practitioner" OR "nurse practitioners") OR nurse* OR "Family nurse pract*" OR "Primary nursing" OR "family nurse" OR "primary nurse" OR ("case managed" OR "case management" OR "case manager" OR "case managers") OR "delivery of	618

healthcare" OR "delivery of health care" OR "access to health care" OR "access to healthcare" OR "ambulatory care facilities" OR "community health service" OR "community healthcare service" OR "community health nurs*" OR "community health work*" OR "community outreach" OR "community health cent*" OR "outreach services" OR ("outreach work" OR "outreach worker" OR "outreach workers" OR "outreach working") OR "outreach nurs*") AND ab(Homelessness OR homeless OR "Homeless Persons" OR "Homeless Youth" OR "lack of housing" OR squatter OR "rough sleep" OR "no fixed address" OR roofless OR transient OR "people experiencing homelessness" OR "under housed" OR shelter* OR street) AND la.exact("English")) NOT stype.exact("Books" OR "Encyclopedias & Reference Works" OR "Newspapers" OR "Wire Feeds" OR "Blogs, Podcasts, & Websites")) AND pd(20161013-20211013)

L'élimination des doublons et la présélection ont été effectuées avec Covidence, un logiciel Web de gestion des revues systématiques. Le tri s'est fait en deux temps : 1) examen des titres et résumés, puis 2) examen des textes intégraux. Au début de chaque phase, les évaluatrices ont sélectionné 10 articles au hasard et comparaient les résultats pour ajuster les critères de sélection. Les sources dont le titre ou le résumé laissait douter de l'admissibilité (cotées « peut-être ») passaient directement à l'examen des textes intégraux, étape où l'équipe évaluait tous les cas d'ambiguïté.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) pays membre de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2) publication portant sur les milieux de soins non traditionnels (unités mobiles des refuges, centres de santé communautaires, etc.), 3) modèle de soins en solo ou en équipe interprofessionnelle, 4) modèle de soins primaires virtuels, 5) modèle ayant amélioré l'accès aux soins de santé primaires, et 6) modèle de prestation de services aux personnes en situation d'itinérance. Voir les critères d'inclusion et d'exclusion dans le tableau A2.

Tableau A2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Inclusion	Exclusion
- Pays membre de l'OCDE	- Publication datant de plus de cinq ans
- Publication portant sur les milieux de soins non traditionnels (ex. : unités mobiles des refuges)	- Services visant d'abord l'hébergement
- Anglais (et français si les ressources le permettent)	- COVID-19 (dépistage, traitement, traçage et isolement)
- Structure ou modèle de soins en solo ou en équipe interprofessionnelle (centres de santé communautaires compris)	- Milieux de soins traditionnels (hôpitaux, SLD, cabinets d'omnipraticiens, etc.)
- Modèle de soins primaires virtuels	- Aucune mesure ou amélioration de l'accès aux soins de santé primaires
- Modèle améliorant l'accès aux soins de santé primaires	- Modèle de soins ne ciblant pas les personnes en situation d'itinérances
- Personnes en situation d'itinérance	

Analyse de la littérature grise

Souhaitant brosser un tableau plus complet des modèles de soins primaires offerts dans des milieux non traditionnels aux personnes en situation d'itinérance, nous avons étendu nos recherches au-delà des sources universitaires. Pour ce faire, nous avons repris les mêmes mots-clés dans l'outil de recherche de Google et sur les sites Web d'organisations reconnues, dont l'Observatoire canadien sur l'itinérance et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Nous avons également consulté des

membres du réseau du NAO ayant une expertise pertinente pour en savoir plus sur leurs régions. Les modèles de la littérature grise inclus présentaient une description détaillée, ou aussi complète que possible, des catégories d'intérêt (milieu, composition de l'équipe, services fournis, relation de soins, financement et résultats du programme), en plus de traiter de sujets absents des sources universitaires. Nous avons conservé les mêmes critères d'inclusion que pour l'analyse documentaire de ces dernières.

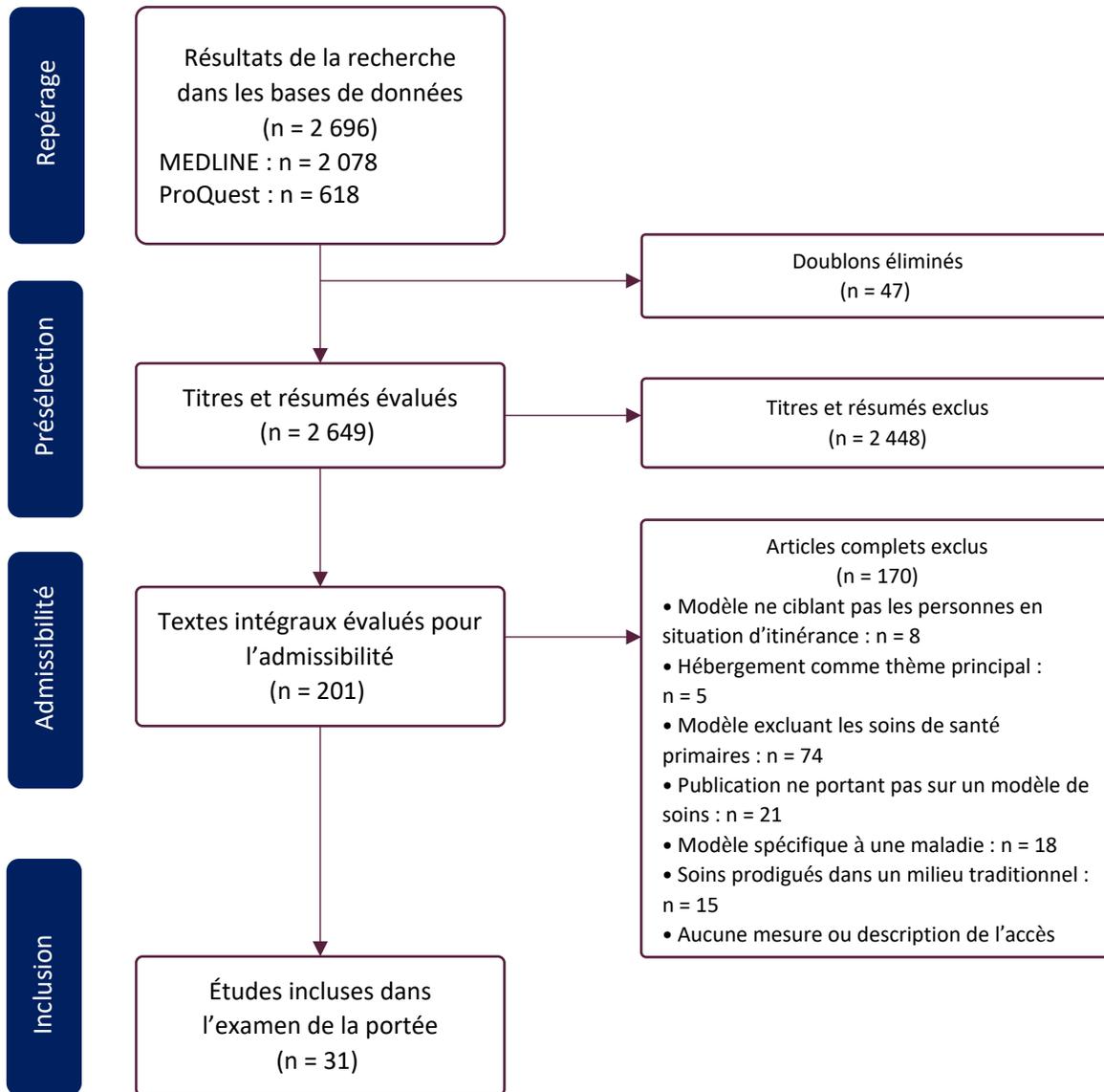
Analyse

Ont été inclus les études qualitatives ou transversales, les rapports spéciaux, les revues systématiques, les revues rétrospectives et descriptives, les études de cohortes et de dossiers, les enquêtes transversales, les évaluations des processus, les études quasi expérimentales et les examens de la portée. Pour synthétiser les résultats descriptifs, une structure déductive a servi à la collecte et à l'analyse des données. Au début de l'extraction, plusieurs évaluatrices (MMV, SC et MS) ont exporté les données sommaires dans un fichier Excel. La visée très générale a permis d'obtenir un maximum de données pertinentes pour répondre aux questions de la revue. En l'absence de données, l'équipe a ajouté au fichier Excel les résultats des recherches additionnelles en ligne. La synthèse faisait appel à une approche déductive par la création de catégories utilisées pour décrire les mécanismes et les populations cibles des services de soins de santé primaires.

Cadre théorique

Nous avons appliqué les concepts d'*accessibilité* de Levesque et ses collaborateurs (2013) dans notre analyse des publications pour décrire la mesure dans laquelle les programmes favorisaient l'accès aux soins de santé primaires chez les personnes en situation d'itinérance. Les définitions des cinq dimensions de l'accessibilité (facilité d'approche, acceptabilité, disponibilité et adaptabilité, abordabilité et pertinence) ont été utilisées de façon déductive durant le processus.

Figure A1. Ordinoigramme de PRISMA



Adapté de Moher, D. et coll. « Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the PRISMA statement », *PLoS Med*, 2009, vol. 6, n° 7, e1000097. doi : 10.1371/journal.pmed1000097.

Annexe B. Synthèse de l'analyse documentaire

Tableau B1. Résumé des articles universitaires

Programme et source	Région	Populations cibles	Lieu de prestation	Équipe soignante	Services	Sources de financement	Résultats
PHOENix (Lowrie et coll., 2019)	Écosse	PSI	Site éphémère sans rendez-vous	Pharmaciens prescripteurs indépendants et travailleur de rue	Bilan de santé complet**	Non précisées	Diagnostic de nouveaux problèmes cliniques; aiguillage vers d'autres professionnels de la santé; continuité des soins grâce aux aiguillages.
PHOENix (Johnsen et coll., 2021)	Écosse	PSI	Cliniques mobiles éphémères sans rendez-vous	Pharmaciens prescripteurs indépendants et travailleur de rue	Bilan de santé** et mesures validées	Non précisées	Efficacité à repérer les cas et à interagir avec les patients réticents à utiliser les services en place ou incapables d'y accéder physiquement.
PHOENix (Lowrie et coll., 2021)	Écosse	PSI	Refuges	Pharmaciens prescripteurs indépendants et travailleur de rue (expert en évaluation du logement, en allocations, en représentation et en prescription sociale)	Bilan de santé complet**	Non précisées	Taux de prescription de médicaments; soutien pour les allocations, l'hébergement ou la représentation.
Unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet (Commins, 2018)	Irlande	PSI, réfugiés et demandeurs d'asile	Clinique mobile	Omnipraticien, infirmière, gestionnaire de projet et chauffeur	Évaluations de santé	Health Service Executive (HSE)	On a réalisé > 700 évaluations de santé chez des réfugiés et > 700 dépistages de tuberculose (TB) et d'autres maladies transmissibles chez des PSI.
Soins de santé primaires de Safetynet (Swabri et coll., 2019)	Irlande	PSI (sous-populations chroniques ciblées)	Lieux fréquentés par les PSI : centres d'hébergement et rue	Personnel infirmier, médecins et organismes bénévoles	Services de soins de santé primaires; réduction des méfaits (échange d'aiguilles)	HSE	Le projet a réussi à traiter les symptômes physiques, mais la majorité des besoins de santé n'étaient pas comblés.
Services communautaires	R.-U.	PSI	Halte-accueil de jour et services	Omnipraticien	Services médicaux	Non précisées	L'accès aux soins médicaux s'est amélioré aux trois sites. Les

d'omnipratique mobile (Hirst et Cuthill, 2021)			d'aide alimentaire sans rendez-vous				patients jugeaient ces milieux sûrs, commodes et décontractés; ils s'y sentaient plus à l'aise et écoutés.
Centre d'action communautaire (CAC) (Doran et Doede, 2021)	É.-U.	PSI	Travail d'approche dans la rue	Personnel infirmier, médecins, étudiants en travail social, personnel du CAC, professeurs universitaires et partenaires communautaires	Soins et examens physiques de base; soins des plaies; aiguillages, gestion de cas coordonnée, éducation sanitaire, interventions comportementales	Non précisées	Réalisations : 30 heures de travail d'approche et 127 interventions, surtout de la formation, du soutien et des encouragements en santé.
Télesanté (Adams et coll., 2021)	É.-U.	PSI	Halte-accueil en milieu urbain	Médecins traitants ou résidents en médecine familiale et étudiants en médecine	Services médicaux	Programme de formation et de perfectionnement en soins de santé primaires de la Health Resources and Services Administration, entre autres	Haut taux de satisfaction en télesanté; visites aux services d'urgence (SU) évitées ou accès aux soins facilité.
Tablettes de télesanté (Garvin et coll., 2021)	É.-U.	Anciens combattants en situation d'itinérance	Télesanté	Non précisées	Soins cliniques n'exigeant pas de contact physique	National Center for Homelessness Among Veterans du département des Anciens combattants aux États-Unis	Près de la moitié des participants ont eu une consultation vidéo dans les six mois, le plus souvent en santé mentale.
Centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (Lashley, 2019)	É.-U.	Hommes en situation d'itinérance souhaitant traiter une dépendance	Programme en établissement de traitement à long terme des dépendances	Professionnels médicaux et personnel administratif	Soins de santé intégrés; soins de santé primaires; dépistage des infections transmissibles sexuellement; aiguillage	Revenus directs tirés de la facturation à Medicare, à Medicaid et aux régimes d'assurances privés	La clinique de soins primaires a reçu > 2 500 patients, ce qui a permis d'économiser 300 000 \$ en soins de santé, d'éviter des visites aux SU et d'améliorer l'observance des traitements médicamenteux.

Médecine de rue (Feldman et coll., 2021)	É.-U.	PSI ayant récemment reçu leur congé de l'hôpital	Travail d'approche dans la rue	Médecin, adjoint au médecin, infirmière autorisée et travailleur en santé communautaire ayant un vécu expérientiel	Services de soins de santé primaires	Inconnues (médicaments payés par les assurances ou l'hôpital, sans frais)	Au total, 206 PSI hospitalisées ont eu une consultation; la majorité a reçu des soins de suivi dans la semaine suivant l'obtention de leur congé. En un an ou moins, 30 % des patients étaient placés en logement de transition, et 12 %, hébergés après avoir quitté le service.
Médecine de rue (Stefanowicz et coll., 2021)	É.-U.	PSI	Travail d'approche dans la rue	Clinicien en pratique avancée OU médecin, infirmière et travailleur en santé communautaire	Soins de santé primaires; gestion des maladies chroniques, soins des plaies, vaccination systématique, thérapie antirétrovirale; tests au point d'intervention	Non précisées	Non précisées
Équipe H-PACT (soins adaptés aux patients sans-abri) (Trivedi et coll., 2018)	É.-U.	Anciens combattants en situation d'itinérance	Non précisées	Non précisées	Soins de santé primaires regroupés*	Mise en commun des ressources pour les patients Medicare	Chez les anciens combattants recevant des soins intégrés de l'équipe H-PACT, le recours combiné aux soins ambulatoires de Medicare et de la Veterans Health Administration (VHA) est étroitement lié à des hospitalisations de courte durée financées par Medicare.
Équipe H-PACT (Jones et coll., 2018)	É.-U.	Anciens combattants en situation d'itinérance	Consultations sans rendez-vous, horaires prolongés et travail d'approche communautaire	Principal prestataire de soins primaires, infirmière autorisée gestionnaire de cas, assistant clinique et commis	Services sociaux et de santé mentale intégrés aux soins de santé primaires	Non précisées	Expériences positives de la communication, des services complets, de la prise de décisions partagée et du soutien à l'auto-prise en charge.
Begin the Turn (O'Gurek et coll., 2021)	É.-U.	PSI ayant une dépendance aux opioïdes	Unité mobile (servant deux	Personnel, trois spécialistes du travail d'approche,	Traitement à base de buprénorphine; soins des plaies;	Non précisées	Excellente adhésion : 100 % des patients ont fait le traitement complet fourni par l'unité mobile;

			emplacements fixes)	médecin autorisé à prescrire de la buprénorphine, conseiller et gestionnaire de cas	soins actifs et chroniques; liaison avec les soins de santé primaires		les taux de rétention étaient élevés, soit 61 % à un mois et 27,6 % à cinq mois.
FQHC (centre de santé accrédité au fédéral) (Dickins et coll., 2020)	É.-U.	PSI fréquentant les refuges	Trois cliniques pour un FQHC; trois refuges obtenant des services médicaux du FQHC	Prestataires (infirmière praticienne et médecin), adjoint médical et infirmière autorisée	Non précisées	Extension de Medicaid prévue dans l' <i>Affordable Care Act</i>	Description des facteurs influençant l'accès aux services de soins de santé primaires et la capacité d'utilisation chez les PSI.
Centre de bien-être Stephen, un FQHC (Weinstein et coll., 2020)	É.-U.	PSI ayant une dépendance aux opioïdes	Clinique	Coordonnateur de soins et de pharmacothérapies, prestataire agréé de services d'intervention comportementale, et adjoint médical	Soins de santé primaires et traitement médicamenteux du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO)	FQHC : subventions globales pour traiter le TUO octroyées par le centre d'excellence du département des services sociaux de la Pennsylvanie.	Taux élevés de rétention à trois et à six mois (82 % et 63 %).
Boston Health Care for the Homeless (Behl-Chadha et coll., 2017)	É.-U.	PSI	Travail d'approche mobile, dans la rue et dans les refuges; centre médical axé sur le patient	Non précisées	Non précisées	FQHC	Hausse des scores de soutien à l'auto-prise en charge et de l'intégration en santé comportementale.
Cliniques JeffHOPE tenues par des étudiants (Wang et coll., 2020)	É.-U.	PSI	Quatre refuges et une halte-accueil de répit pour sans-abri	Étudiants en médecine et médecin (équipe médicale)	Comités : représentation, éducation, intervention, évaluation, pharmacie, recherche, triage et pédiatrie	Medicaid	Les comités de pharmacie et d'intervention sont les plus populaires. L'équipe fournit des soins médicaux aux gens qui n'auraient pas cherché à en obtenir autrement. Les services remplacent des visites aux SU ou chez un prestataire de soins primaires.

Health Care for the Homeless (Dolce et coll., 2018)	É.-U.	PSI	Cliniques externes, 50 refuges, rue, programmes de traitement, soupes populaires, 104 unités médicales de répit en milieu hospitalier, centre médical hébergeant des cliniques de soins dentaires et de soins de santé primaires	Cliniciens, gestionnaires et étudiants en dentisterie	Évaluation des risques en santé buccodentaire; aiguillage coordonné des patients; organisation d'activités	FQHC	Augmentation des examens oraux chez les patients demandant des services de soins de santé primaires (de 12 % à 45 %).
She. Health. Empowered. (Stewart et coll., 2020)	É.-U.	Femmes en situation d'itinérance	Clinique mobile regroupée avec une halte-accueil	Personnel médical (infectiologue, infirmière et travailleur social médical)	Soins de santé primaires et interventions en réduction des méfaits pour l'usage de substances; planification familiale; traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS); soins du VIH	Projet pilote financé par des subventions	Taux élevés d'ITS traitables (44 %), d'injection d'opioïdes (36 %), de relations sexuelles transactionnelles (69 %), de grossesse involontaire (10 %) et d'infection au VIH (10 %) chez les patientes testées.
Services de soins de santé primaires dans les refuges pour femmes (Mantler, 2020)	É.-U.	Femmes en situation d'itinérance	Refuges pour femmes	Infirmières praticiennes, spécialistes et dentistes	Soins dentaires; dépistage rapide du VIH; counseling; éducation	Non précisées	L'intégration des services dans les refuges pour femmes a amélioré l'accès et l'acceptabilité, a permis de réorienter les patientes vers le système de santé, et a allégé le fardeau des soins de santé éventuels.

Programme de bien-être Niiwin Wendaanimak Four Winds (Firestone et coll., 2019)	Canada	PSI autochtones en milieu urbain	Centre de santé communautaire et centres satellites	Personnel autochtone à la direction	Soins de santé; counseling et gestion de cas; services dentaires; programme de réduction des méfaits	Ministère de la Santé	L'évaluation des processus a montré que le programme mettait en relation les enseignements d'inclusivité et de réduction des méfaits. Comptaient parmi les points forts la direction autochtone, l'accès à des activités de promotion de la santé et la création d'une communauté.
Accès coordonné aux soins chez les sans-abri (Lamanna et coll., 2018)	Canada	PSI ayant récemment reçu leur congé de l'hôpital	Travail d'approche dynamique, visites à domicile et clinique dans un refuge	Gestionnaire de cas, prestataires de soins interdisciplinaires, travailleurs formés en soutien entre pairs, infirmière, médecin de premier recours et psychiatres	Aide médicale immédiate	Subvention des IRSC	Selon les participants, le lieu de prestation et les pairs accompagnateurs sont essentiels pour la continuité des soins. Les gestionnaires de cas sont appréciés, et les services, fournis en temps opportun. L'entregent facilite les interactions et la navigation dans le système.
Programme ICAP (Pauley et coll., 2016)	Canada	Personnes sans abri, mal logées ou marginalisées	Centres d'hébergement dans les quartiers défavorisés	Infirmière autorisée, préposé aux services de soutien à la personne et coordonnateur de soins	Soins intégrés regroupés (soins infirmiers, assistance personnelle); logement avec services de soutien	Ministère de la Santé et prestataire de soins communautaires local financé par l'État	Satisfaction des patients liée à l'atteinte des objectifs, amélioration perçue de l'atteinte des objectifs.
Freo Street Doctor (Arnold-Reed et coll., 2018)	Australie	PSI (mention de jeunes patients autochtones)	Clinique mobile (fourgonnette)	Omnipraticiens	Non précisées	Fonds municipaux et dons de bienfaisance	Preuves de libre accès, y compris aux dossiers électroniques de tous les patients.
Freo Street Doctor (Strange et coll., 2018)	Australie	PSI	Clinique mobile (fourgonnette)	Omnipraticien, infirmière, travailleur de proximité	Soins de santé primaires; aiguillage des patients vers des services d'hébergement ou autres	Non précisées	Haute satisfaction des services reçus grâce au milieu accueillant et décontracté.

Modèle multidisciplinaire Street to Home (Parsell et coll., 2020)	Australie	PSI	Travail d'approche dynamique, là où le patient en a besoin	Infirmière, infirmière en santé mentale, chargés de cas autochtones et mentor autochtone	Modèle intégré de services de santé et d'aide psychosociale	Gouvernement du Queensland	Le modèle a permis aux PSI de surmonter les difficultés d'accès au système de santé et à d'autres services conventionnels. On a facilité l'accès au logement en aidant les patients à faire leurs demandes.
Clinique de soins de santé primaires dirigée par une infirmière (Roche et coll., 2018)	Australie	Hommes en situation d'itinérance	Centre d'hébergement	Infirmière	Évaluation générale de la santé physique et mentale; soins médicaux et psychologiques; administration de médicaments; aide à la prescription et à la dispense; gestion de cas; aiguillage	Non précisées	La majorité des personnes sondées ont visité la clinique plus de 20 fois durant l'année précédente. On a évité des visites aux SU. Le nombre d'aiguillages vers d'autres services de santé a doublé.
Infirmière en santé communautaire (Goeman et coll., 2019)	Australie	PSI	Locaux partagés avec un organisme de bienfaisance chrétien; travail d'approche dynamique	Infirmière	Soins de santé primaires (soins des plaies, diabète); mise en relation avec les services pertinents; soutien émotionnel	Dons de la Gandel Foundation	On a facilité les interactions avec le système de santé et les services communautaires, ainsi que la participation à des activités sociales.
Bureau de travail d'approche dans la rue (Paula et coll., 2018)	Brésil	PSI	Travail d'approche dans la rue	Personnel infirmier et travailleurs sociaux	Dépistage rapide, anténatal et thérapeutique du VIH, de la syphilis et des hépatites virales; gestion de la glycémie; mesure de la pression artérielle; traitement de la TB; éducation sanitaire	Office municipal de la santé	Établissement de liens avec les PSI; amélioration de l'accès grâce à des points d'intervention éphémères dans la communauté.

* Santé mentale, gestion de cas en travail social, services d'hébergement, dons alimentaires, douches et buanderie sur place.

** Santé cardiovasculaire, santé respiratoire, alimentation, santé mentale, mésusage de substances, alcoolisme, virus transmissibles par le sang, santé sexuelle, soins des pieds, santé des femmes et révisions de la médication.

Abréviations : CAC (centre d'action communautaire); É.-U. (États-Unis); FQHC (*federally qualified health center*); H-PACT (*Homeless Patient Aligned Team*); HSE (Health Service Executive); ICAP (*Inner City Access Program*); ITS (infection transmissible sexuellement); SU (services d'urgence); TB (tuberculose); TUO (trouble lié à l'usage d'opioïdes); R.-U. (Royaume-Uni); VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Tableau B2. Résumé de la littérature grise

Programme et année de lancement	Région	Populations cibles	Lieu de prestation	Équipe soignante	Services	Sources de financement	Résultats
Homeless Healthcare (2008)	Australie	PSI	Plusieurs endroits (unité de santé mobile, centres d'hébergement de transition, refuges, et centre de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie)	Praticiens, personnel infirmier, travailleurs de proximité et autres spécialistes	Omnipratique	Fonds publics, mais dépendance croissante aux dons	Économies; réduction des visites aux SU ainsi que des hospitalisations et de leur durée chez les participants de l'initiative d'hébergement qui ont trouvé un logement.
Marienambulanz ‡	Autriche	Personnes sans assurance maladie, PSI comprises	Plusieurs endroits (centre de soins ambulatoires et unité mobile)	Équipe soignante interdisciplinaire (sans précisions)	Soins de santé primaires; soins dentaires; soins gynécologiques; psychiatrie; soins du diabète; travail social; aiguillage vers des spécialistes partenaires	Non précisées	Meilleur accès aux services de soins de santé primaires chez les personnes mobiles sans assurance maladie.
Neunerhaus (2006)	Autriche	PSI et personnes sans assurance maladie	Plusieurs endroits (unité mobile, centre de santé et café d'une ONG)	Médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, pairs-conseillers et interprètes	Soins de santé primaires; soins oculaires; soins dentaires; soins gynécologiques; travail social; aide sociale de pairs-conseillers	Vienna Social Fund; Austrian Health Insurance Fund	Meilleur accès aux services de santé chez les personnes mobiles sans assurance maladie; rehaussement du niveau de littératie en santé des patients.
Ottawa Inner City Health (1998)	Canada	PSI ou personnes de la rue	Plusieurs endroits (équipe mobile qui visite les refuges,	Infirmières praticiennes, médecins, intervenants à la	Soins de santé primaires; services liés au VIH et à la santé mentale;	Fonds attribués aux centres de santé communautaires, affiliation à l'Université	Amélioration de la santé et réduction des visites évitables aux SU.

clinique de soins de santé primaires, unité spéciale de soins pour les hommes et unité spéciale de soins pour les femmes)

prestation des soins, pairs-conseillers et gestionnaires de cas

services de lutte contre l'abus de substances; soutien par les pairs

d'Ottawa et différentes organisations partenaires

Programme H.O.M.E. (2021)	Canada	PSI, personnes en situation de logement précaire et population servie par le Centre de santé InterCommunity de London	Unité de santé mobile	Équipe soignante interdisciplinaire (sans précisions)	Soins médicaux; réduction des méfaits; établissement de relations; dépistage des maladies infectieuses; aide à la navigation du système de santé et de services sociaux; soutien aux besoins essentiels; aiguillage; soutien par les pairs	Gouvernement du Canada et Santé Ontario	Amélioration de l'accès aux soins, des délais et des résultats en santé.
Cool Aid (1968 – ligne d'appel/centre d'hébergement; 1970 – dispensaire)	Canada	PSI, personnes faisant un usage problématique de substances et personnes atteintes de troubles de santé mentale, de maladies infectieuses ou de maladies chroniques	Plusieurs endroits (centre de santé, rue et unité sanitaire mobile)	Médecins, personnel infirmier et pharmacie	Soins primaires, soins dentaires, services de pharmacie, aide au logement	Dons, subventions et soutien de différents ordres de gouvernement	Provides care to 7000 patients; offered 3309 dental visits (60).

Homeless Hope (2018)	R.-U.	PSI	Rue	Personnel infirmier	Soins de santé primaires, soins des pieds, soins des plaies, soins de la peau, alimentation	Dons (sans précisions)	Amélioration des compétences professionnelles; réduction de l'hésitation à accéder aux soins.
Boston Healthcare for the Homeless (1984)	É.-U.	PSI	Plusieurs endroits (hôpital, clinique, refuge, soupe populaire, unité sanitaire mobile et rue)	Médecins, infirmières et infirmières praticiennes, adjoints au médecin, cliniciens en santé mentale et chargés de cas	Soins de santé primaires, soins de relève et soins dentaires	Financement initial par la Robert Wood Johnson Foundation; financement par le Human Resources Bureau of Primary Health depuis l'accréditation du centre de santé au fédéral en 1988; financement additionnel tiré d'autres subventions et collectes de fonds au fil du temps (59).	Pérennisation et croissance du programme; amélioration de l'accès aux soins.

‡ Année de lancement inconnue.

Tableau B4. Accès aux services

Programme et source	Région	Voie d'accès				Lieu de prestation	Heures d'ouverture, fréquence et durée
		Sans rendez-vous	Rendez-vous	Aiguillage	Unité		
Amérique du Nord							
Télesanté (Adams et coll., 2021)	É.-U.	X	X			Halte-accueil (télémédecine)	S. O.
Médecine de rue (Feldman et coll., 2021)	É.-U.			X	X	Rue (aiguillage par l'unité hospitalière)	Suivi dans la semaine après le départ de l'hôpital
Boston Health Care for the Homeless (Behl-Chadha et coll., 2017)	É.-U.	X	X		X	Refuges et milieux communautaires (services d'aide alimentaire)	S. O.
Centre d'action communautaire (CAC) (Doran et Doede, 2021)	É.-U.				X	Lieux fréquentés par des PSI (bibliothèque, dépanneurs et halls de résidences pour personnes âgées)	Chaque matin
Federally qualified health center (FQHC) (Dickins et al., 2020)	É.-U.	X				Refuge	S. O.
Health Care for the Homeless (Dolce et coll., 2018)	É.-U.	X				Refuges, rue, programmes de traitement, soupes populaires, unité médicale de répit et centre médical intégré	S. O.
Tablettes de télesanté (Garvin, 2021)	É.-U.	X				Consultations virtuelles (tablette)	S. O.
Équipe H-PACT (soins adaptés aux patients sans-abri) (Jones et coll., 2018)	É.-U.	X			X	Centres médicaux de la VHA et cliniques communautaires	S. O.
Services de soins de santé primaires dans les refuges pour femmes (Mantler, 2020)	É.-U.					Refuges réservés aux femmes [examen de la portée]	S. O.
Begin the Turn (O'Gurek et coll., 2021)	É.-U.	X			X	Deux emplacements fixes où il y a souvent des surdoses mortelles	Deux jours par semaine à chaque emplacement Fréquence : hebdomadaire pendant quatre semaines, puis deux visites bimensuelles suivies de visites mensuelles
Centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (Lashley, 2019)	É.-U.		X			Établissement	S. O.
Médecine de rue (Stefanowicz et coll., 2021)	É.-U.				X	Là où vit le patient (dans la rue, sous un pont, etc.)	S. O.

She. Health. Empowered. (Stewart, 2020 et al.)	É.-U.	X				Clinique mobile stationnée aux Aurora Commons et regroupée avec une halte-accueil	Un jour par semaine, de 11 h à 14 h
Équipe H-PACT (Trivedi et coll., 2018)	É.-U.	X				Centres médicaux de la VHA et cliniques communautaires	S. O.
JeffHOPE Student run clinics (Wang et al., 2020)	É.-U.	X				JeffHOPE, quatre refuges et une halte-accueil de répit pour sans-abri	S. O.
Centre de bien-être Stephen Klein (Weinstein et coll., 2020)	É.-U.	X	X			Centre de bien-être Stephen Klein, un centre de santé accrédité au fédéral	Quatre jours par semaine
Programme de bien-être Niiwin Wendaanimak Four Winds (Firestone et coll., 2019)	Canada	X				Centre de santé communautaire	S. O.
Accès coordonné aux soins chez les sans-abri (Lamanna et coll., 2018)	Canada	X		X	X	Aiguillage en milieu hospitalier et clinique dans un refuge	Services hebdomadaires limités dans le temps (jusqu'à six mois)
Inner City Access Program (ICAP) (Pauley et al., 2016)	Canada	X				Centres d'hébergement dans les quartiers défavorisés	S. O.
Amérique latine							
Bureau de travail d'approche dans la rue (Paula, 2018)	Brésil				X	Rue	S. O.
Europe							
GP care in outreach settings (Hirst & Cuthill, 2021)	Angleterre et Écosse	X				Halte-accueil de jour et services d'aide alimentaire sans rendez-vous	S. O.
PHOENix (Johnsen et coll., 2021)	Écosse	X			X	Centres de jour locaux, soupes populaires, centres d'hébergement, dont un offrant chambres et petits déjeuners, et clinique	S. O.
PHOENix (Lowrie et coll., 2019)	Écosse	X			X	Rue, centres de jour, centres d'hébergement et soupes populaires (cliniques éphémères)	Cliniques de deux heures
PHOENix (Lowrie et col., 2021)	Écosse	X		X	X	Hôpital : aiguillage initial par l'équipe de liaison avant l'intervention	Fréquence des suivis établie par l'équipe et le patient
Unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet (Commins, 2018)	Irlande				X	Rue et lieux fréquentés par des PSI	S. O.
Soins de santé primaires de Safetynet (Swabri et coll., 2019)	Irlande	X			X	Rue et centre d'hébergement pour sans-abri	Du mardi au jeudi, en soirée (19 h à 23 h)
Océanie							
Freo Street Doctor (Arnold-Reed et al., 2018)	Australie				X	Emplacements en ville et dans les banlieues environnantes	S. O.
Community Health Nurse (Goeman et al., 2019)	Australie				X	Clinique fixe et travail d'approche dynamique dans la rue	Clinique : un jour par semaine
Modèle multidisciplinaire Street to Home (Parsell et coll., 2020)	Australie				X	Rue, avec les services conventionnels, ou au foyer des patients une fois qu'ils en ont un*	Allocation de soutien post-hébergement limitée à quatre mois

Nurse-led Primary Health Clinic (Roche et al., 2018)	Australie	X				Refuge réservé aux hommes	S. O.
Freo Street Doctor (Strange et coll., 2018)	Australie	X			X	Centres communautaires, logements de transition et parcs	S. O.

Tableau B5. Composition de l'équipe

Programme et source	Région	Profession ou rôle						
		Médecins	Personnel infirmier	Professionnels paramédicaux	Étudiants ou stagiaires	Intervenants communautaires ou gestionnaires de cas	Prestataires de services	Personnel administratif
Amérique du Nord								
Télesanté (Adams et coll., 2021)	É.-U.	X			X			
Médecine de rue (Feldman et coll., 2021)	É.-U.	X		X		X**		
Boston Health Care for the Homeless (Behl-Chadha et coll., 2017) [‡]	É.-U.							
Community outreach center (COC) (Doran & Doede, 2021)	É.-U.				X			
Federally qualified health center (FQHC) (Dickins et al., 2020)	É.-U.	X	X	X				
Health Care for the Homeless (Dolce et coll., 2018)	É.-U.				X			
Tablettes de télésanté (Garvin, 2021) [‡]	É.-U.							
Homeless Patient Aligned Care Team (H-PACT) (Jones et al., 2018)	É.-U.	X	X	X				X
Services de soins de santé primaires dans les refuges pour femmes (Mantler, 2020)	É.-U.	X ^s	X		X			
Begin the Turn (O'Gurek et coll., 2021)	É.-U.	X				X†		
Centre de santé et de bien-être de la Helping Up Mission (Lashley, 2019)	É.-U.		X		X			
Médecine de rue (Stefanowicz et coll., 2021)	É.-U.	X	X			X**		
She. Health. Empowered. (Stewart et al., 2020)	É.-U.	X ^s	X	X				
Homeless Patient Aligned Care Team (H-PACT) (Trivedi et al., 2018) [‡]	É.-U.							
Cliniques JeffHOPE tenues par des étudiants (Wang et coll., 2020)	É.-U.	X			X			
Stephen Klein Wellness Center [FQHC] (Weinstein et al., 2020)	É.-U.	X*		X				X
Niiwin Wendaanimak Four Winds Wellness Program (Firestone et al., 2019) [‡]	Canada							
Accès coordonné aux soins chez les sans-abri (Lamanna et coll., 2018)	Canada	X ^s	X			X		

Programme ICAP (Pauley et coll., 2016)	Canada	X ^s	X				X	
Amérique latine								
Bureau de travail d'approche dans la rue (Paula et coll., 2018)	Brésil		X	X				
Europe								
Unité mobile de santé et d'évaluation de Safetynet (Commins, 2018)	Irlande	X	X					X
GP care in outreach settings (Hirst & Cuthill, 2021)	Angleterre et Écosse	X						
PHOENix (Johnsen et coll., 2021)	Écosse			X		X		
PHOENix (Lowrie et coll., 2019)	Écosse			X		X		
PHOENix (Lowrie et coll., 2021)	Écosse			X		X		
Soins de santé primaires de Safetynet (Swabri et coll., 2019)	Irlande	X	X					
Océanie								
Modèle multidisciplinaire Street to Home (Parsell et coll., 2020)	Australie		X			X		
Freo Street Doctor (Arnold-Reed et coll., 2018)	Australie	X						
Infirmière en santé communautaire (Goeman et coll., 2019)	Australie		X					
Clinique de soins primaires dirigée par une infirmière (Roche et coll., 2018)	Australie		X					
Freo Street Doctor (Strange et coll., 2018)	Australie	X	X			X		

Nota : ^s Au moins un médecin spécialiste. * Professionnel médical autorisé. ** Travailleur de proximité ayant un vécu expérientiel du sans-abrisme. † Travailleur de proximité ayant un vécu expérientiel de l'usage de substances et du rétablissement. ‡ Composition de l'équipe non précisée dans la publication.



www.uoft.me/NAObservatory



naobservatory@utoronto.ca



[@nao_health](https://twitter.com/nao_health)