



**Healthcare
Excellence**
Canada

**Excellence
en santé**
Canada



Alliance for Healthier Communities
Alliance pour des communautés en santé

Pratiques prometteuses pour consolider les soins primaires dans les communautés nordiques, rurales et éloignées

Vous cherchez des stratégies utilisées dans d'autres communautés nordiques, rurales et éloignées du Canada pour améliorer l'accès à des soins primaires en équipe, sécuritaires et de qualité? Cette pratique devrait vous intéresser.

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients, les partenaires de soins essentiels et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Les grandes lignes d'action d'ESC sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et culturellement sûrs par la mobilisation de différents groupes, dont les patients, les partenaires de soins essentiels, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et le personnel des services de 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. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada
1 866 421-6933 | info@hec-esc.ca

Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que c'est l'intendance de ces territoires par leurs premiers habitants qui nous donne notre niveau de vie actuel.

[En savoir plus.](#)

Le modèle des centres de santé communautaire (CSC) de l'Ontario

Quelle est la pratique prometteuse?

En Ontario (qui compte plus de 100 CSC), 21 établissements de 9 CSC servent principalement des collectivités nordiques ainsi que des communautés rurales et éloignées.

L'approche des CSC en matière de soins se base sur le [Modèle de santé et de bien-être](#) (MSBE), un modèle insistant sur la nécessité et l'importance d'une approche systématique en amont des soins primaires pour mieux appuyer les personnes et les collectivités et lever les obstacles qui les touchent.

Les CSC partagent cinq caractéristiques essentielles :

- 1) Ils prodiguent des soins primaires interprofessionnels et en équipe.
- 2) Ils intègrent la prestation d'un large éventail de services médicaux et sociaux.
- 3) Ils sont axés sur la communauté.
- 4) Ils tiennent compte des déterminants sociaux de la santé.
- 5) Ils adhèrent à des valeurs d'équité en santé et de justice sociale¹.

Les CSC sont des organismes multisectoriels sans but lucratif et gérés par la communauté. Le personnel comprend une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins primaires salariés composée de médecins, d'infirmières et infirmiers praticiens, d'infirmières et infirmiers autorisés, d'infirmières et infirmiers auxiliaires, de professionnels paramédicaux (physiothérapeutes, chiropraticiennes et chiropraticiens, travailleuses et travailleurs sociaux, diététistes, etc.), de promotrices et promoteurs de la santé et de travailleuses et travailleurs en santé communautaire. De nombreux services sociaux reçoivent l'aide de promoteurs de la santé et de travailleurs en santé communautaire des CSC, qui soutiennent les collectivités en proposant des connaissances et des outils permettant à leur population de prendre sa santé en main (par des programmes d'éducation, du dépistage, des activités de défense d'intérêts, etc.). Le personnel des CSC effectue de la sensibilisation et promeut leurs réalisations dans le cadre de son travail et de partenariats avec les collectivités, reconnaissant que des collectivités en santé sont essentielles à la santé et au mieux-être généraux.

Cheminement des clients

Chaque centre a ses propres politiques et procédures en matière de nouveaux clients et d'aiguillage interne et externe, mais elles sont toutes conçues en vue d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes qui font face à des obstacles sociaux, linguistiques, géographiques et systémiques. Le Centre de santé Univi, par exemple, s'est donné pour but d'améliorer l'accès aux services de santé pour les clients n'ayant pas de prestataire de soins primaires. Son personnel peut communiquer avec les membres de la collectivité inscrits à Accès Soins, et le centre recrute de nouveaux clients par l'entremise de dépliants, d'infolettres locales et des réseaux sociaux. La clientèle du centre peut faire l'objet d'un aiguillage vers des soins primaires et des programmes sociaux internes et externes.

Enfin, tous les CSC sont ouverts aux membres de la communauté de même qu'aux clients qui reçoivent des soins cliniques. Cela signifie que les personnes de la communauté desservie ont aussi accès à des services sociaux, même si elles ne sont pas inscrites à la clinique comme clientes, ainsi qu'à un personnel et à des programmes diversifiés sur le plan culturel pour combler les divers besoins linguistiques et culturels.

Évaluation et retombées

Voici des exemples de résultats obtenus :

- Amélioration de la disponibilité et de l'accès à des services de soins de santé rapide et de qualité pour les clients de communautés rurales, éloignées, des Premières Nations et francophones, réduisant ainsi les risques, le temps et les frais associés aux déplacements pour des rendez-vous médicaux. Le Centre de santé Univi a récemment réussi à trouver du financement pour offrir des soins infirmiers palliatifs et embaucher un médecin spécialiste. Ces embauches ont permis de réduire l'attente pour les clients en soins palliatifs de la région et d'offrir ce service dans la communauté de la personne. Lorsque nécessaire, le personnel du CSC a aussi prodigué des soins à domicile aux clients qui sont confinés à la maison ou aux personnes à mobilité réduite.
- En 2021, le CSC Mary Berglund (situé à Ignace, dans le Nord-Ouest de l'Ontario, 3 heures à l'ouest de Thunder Bay et 1,5 heure à l'est de Dryden) a mené un sondage auprès de ses clients; 86 % ont rapporté avoir obtenu un rendez-vous le jour souhaité et 88 % ont noté leur expérience comme étant très bonne ou excellente.
- En 2022, 97 % des clients sondés par le Centre de santé Univi ont indiqué avoir toujours ou très souvent participé aux décisions concernant leurs soins et leur traitement; 95 % ont dit avoir toujours ou souvent eu suffisamment de temps pour discuter de leurs

problèmes de santé.

- Les visites aux services d'urgence (SU) peuvent servir d'indicateur de l'accès aux services de soins primaires dans la collectivité.² Plusieurs études ont montré que les CSC réduisent le nombre de visites aux SU et d'hospitalisations parmi les membres de la communauté².
- Une étude de Glazier et coll. (2012) a comparé les modèles de soins primaires comme les CSC, les groupes de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les organismes de santé familiale et plus encore. Les résultats semblent indiquer que la composition de la population de clients des CSC des régions rurales était plus complexe qu'anticipé, mais qu'en dépit de cette complexité, le nombre de visites aux SU était inférieur aux prévisions². Les CSC présentaient aussi le plus petit ratio observé-attendu du nombre moyen de visites aux SU par personne pour les résidents de l'Ontario de tous les modèles de soins primaires en milieu rural².
- Les résultats du profil de pratique du secteur (2021) font état d'un faible pourcentage de clients de CSC s'étant présentés aux SU avec des troubles particuliers qui auraient été mieux pris en charge ailleurs (moins de 6 % pour le Centre de santé Univi et le CSC Mary Berglund). Ces résultats semblent indiquer que les CSC contribuent à réduire les visites non urgentes aux SU.
- Plusieurs études (ne se limitant pas aux régions nordiques, rurales ou éloignées) ont révélé que les coûts associés aux soins primaires, aux soins ambulatoires et aux SU sont moindres pour les clients des CSC¹. Glazier et coll. (2012) ont conclu que les CSC prodiguent des soins à des populations qui, tout en faisant face à des obstacles importants et tendant à être plus malades, utilisent moins les services d'urgence que prévu. Les données préliminaires montrent qu'en raison de la complexité et de l'utilisation des services de santé (les coûts en amont), ce modèle permet aux systèmes de santé d'économiser de l'argent; d'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre les avantages³.
- Les CSC ont montré une amélioration des résultats des soins. Bhuiya et coll. (2020) ont synthétisé les données probantes (sans se restreindre aux régions nordiques, rurales et éloignées) et ont constaté que les clients des CSC :
 - rapportaient des expériences positives et une plus grande satisfaction à l'égard des soins reçus^{4, 5, 6};

- participaient plus fréquemment à des programmes de dépistage du cancer et du diabète⁷;
 - recevaient des soins de meilleure qualité sur la base du mode de paiement des CSC comparativement aux pratiques de rémunération à l'acte⁸;
 - obtenaient une combinaison de soins individuels et de groupe et d'éducation sur le diabète, ce qui a eu des résultats positifs avérés sur la santé des clients;
 - bénéficiaient d'une prise en charge exceptionnelle des maladies chroniques comparativement aux autres modèles de soins de santé primaires de l'Ontario⁹;
 - recevaient des soins de qualité d'un personnel ayant les compétences nécessaires grâce à la formation et aux ressources fournies. Le Centre de santé Univi sert une large population de clients francophones; il a pris l'engagement de leur offrir des services dans la langue de leur choix. Pour ce faire, il s'est doté d'une politique d'embauche et d'un programme de formation permettant d'offrir des services en français de haute qualité en continu. Le CSC Mary Berglund déclare accueillir et planifier plusieurs séances de formation culturelle durant l'année, surpassant les exigences minimales.
- Les CSC enrichissent les programmes de gestion thérapeutique en améliorant l'accessibilité aux soins, les partenariats interinstitutions, la sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé, la formation et l'éducation ainsi que l'intégration des technologies de soins virtuels¹.

Qu'en pensent les prestataires mettant en œuvre le modèle des CSC?

- « Le modèle des CSC est efficace, car il est "global" et accessible... Les CSC incitent à s'intéresser aux clients, à les voir dans leur intégralité et aller à leur rencontre pour travailler "avec" eux. » (Participant du Centre de santé Univi, 2023)
- « Favoriser la santé sociale, mentale et spirituelle réduit la nécessité de soins urgents et la fréquence des visites en soins primaires. » (Participant du Centre de santé Univi, 2023)

Que pensent les clients, les partenaires de soins, les membres des familles et de la communauté de cette approche?

- « Comme patient, j'ai le temps de parler avec mon infirmière praticienne. Je peux

prendre le temps nécessaire pour comprendre mes problèmes de santé. » (Client du Centre de santé Univi, 2022)

- « Je suis si chanceux d'avoir les médecins, le personnel infirmier et la physio. La clinique entière pourrait faire école auprès d'autres établissements sur la façon de traiter les clients avec respect et dignité. » (Client du CSC Mary Berglund, 2021)

Principaux facteurs de réussite qui favorisent la pérennité

- L'équipe soignante interdisciplinaire prodigue et coordonne des services médicaux et sociaux à partir d'un lieu unique dans la communauté pour mieux répondre aux besoins médicaux et sociaux de la clientèle.
- Les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé sont des éléments centraux de l'évaluation et des soins aux clients. Par exemple, en partie en raison de sa rémunération par salaire, l'équipe interdisciplinaire de prestataires prend le temps d'établir en premier des relations de confiance avec les clients, afin de mieux connaître leurs besoins médicaux et sociaux et de déterminer comment y répondre dans la collectivité. Pour y parvenir, la collecte de données sociodémographiques permet de suivre et d'améliorer l'accès équitable aux services dans la collectivité.
- Les partenariats et la collaboration avec des organismes communautaires locaux, des membres et des clients de la collectivité, notamment les prestataires de services sociaux, aident à cerner les besoins et à guider les efforts de défense des intérêts pour obtenir le financement qui permettra de combler les lacunes dans les services et les soutiens dans l'ensemble de la communauté. Pour ce faire, les CSC comptent sur les commentaires des clients et des membres de la collectivité. Ces renseignements sont rassemblés de manière officielle par l'entremise d'évaluations des besoins et de consultations communautaires, et de manière non officielle par des échanges avec les clients et les participants des programmes.
- L'intégration de la promotion de la santé et des programmes sociaux joue un grand rôle dans la réduction de la fréquence des visites en soins primaires en allégeant les besoins en soins urgents et en veillant à ce que l'on tienne compte de tous les besoins et les préoccupations.

- Une évaluation continue, avec l'aide de l'Alliance pour des communautés en santé, constitue un élément important de la planification, de la prise de décisions, de la défense d'intérêts et de la collaboration pour poursuivre l'amélioration du service et des soutiens.
 - Les données sont recueillies par le système de dossiers médicaux électroniques (DME), qui contient l'ensemble des consultations de tous les clients recevant des services des CSC.
 - Des conventions de performance ont été conclues entre Santé Ontario et les CSC pour assurer la prestation de soins de qualité auprès des communautés et pour aider le Centre à prévoir des objectifs selon une fourchette d'objectifs établis par le ministère de la Santé (MS) et à les atteindre. Santé Ontario a également adopté des ententes de responsabilisation en matière de services avec chaque CSC pour soutenir les centres. En outre, des normes en matière de communication des données ont été établies pour garantir leur uniformité au sein des secteurs et entre eux. Chaque centre doit élaborer un [plan d'amélioration de la qualité](#) abordant les indicateurs prioritaires et les indicateurs courants conçus pour le secteur.
 - Les CSC ont également reçu l'agrément du Centre canadien de l'agrément, un organisme qui soutient l'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des programmes et des services offerts.

Potentiel de diffusion

- Le modèle des CSC est basé sur le MSBE, qui a été adapté avec succès pour répondre aux besoins de diverses régions nordiques, rurales et éloignées de l'Ontario. Les principes du modèle sont de nature générale pour permettre à une collectivité de l'adapter à ses propres besoins.
- Le personnel des CSC du Nord de l'Ontario envisagerait volontiers des partenariats avec d'autres communautés au Canada pour adapter le MSBE aux besoins des patients et des prestataires locaux.
- La mission de l'Association canadienne des centres de santé communautaire est d'encourager les CSC à collaborer. Par l'entremise de communautés de pratique, les CSC peuvent faire progresser l'équité en santé et le bien-être de toutes les collectivités.

- Les CSC du Nord soutiennent les collectivités en les incluant dans la planification et l'établissement des priorités. Ils ont adapté des programmes existants pour répondre aux besoins uniques de leurs communautés. Ces exemples pourraient être utiles à d'autres organismes des communautés rurales nordiques et à des communautés éloignées du Canada.

Leviers de diffusion

- Le recrutement et la rétention du personnel dans les communautés plus rurales et éloignées restent un défi. Bon nombre des communautés plus rurales sont servies par des médecins suppléants et des infirmières ou des infirmiers praticiens.
- L'engagement organisationnel des CSC envers l'équité et les approches axées sur la communauté se heurtent à des contraintes financières, à des priorités concurrentes dans la prestation des services, à un manque de ressources et aux restrictions inhérentes aux organismes sans but lucratif¹⁰.

Coûts

Les CSC de l'Ontario reçoivent la majorité de leur financement du ministère de la Santé par l'entremise de Santé Ontario. Ils obtiennent aussi des contributions supplémentaires en nature d'autres ministères provinciaux, de partenariats locaux, d'autorités municipales locales, de subventions externes ou provinciales et d'autres bailleurs de fonds institutionnels. Ce financement supplémentaire est souvent limité dans le temps et peut servir à parrainer des projets ou des initiatives à plus long terme.

Pour les neuf CSC établis dans le Nord de l'Ontario, le financement moyen octroyé par le ministère de la Santé ou Santé Ontario et d'autres bailleurs de fonds s'élevait à 4,75 millions de dollars pour l'année financière 2021-2022. La majorité (entre 70 et 86 %) de ce financement est consacré à la rémunération (ressources humaines) et le reste, aux dépenses liées aux fournitures, à l'équipement, à l'entretien du bâtiment et des terrains, etc. Le nombre moyen de personnes servies par les neuf établissements nordiques durant l'année financière 2021-2022 était de plus de 4 000 (variant de 975 à 15 102 personnes).

Pour en savoir plus

Pour en savoir plus sur les CSC de l'Ontario, écrire à :

- Stéphanie Bale, responsable du rendement et de l'amélioration de la qualité, Centre de santé Univi : stephanie.bale@univi.ca
- D^{re} Jennifer Rayner, directrice de la recherche et de l'évaluation de l'Alliance pour des communautés en santé : Jennifer.rayner@allianceon.org

¹ Bhuiya, A. R., E. Scallan, S. Alam, K. Sharma et M. G. Wilson. *Rapid synthesis: Identifying the features and impacts of community health centres*, Hamilton : McMaster Health Forum, 23 octobre 2020.

² Glazier, R. H., B. M. Zagorski et J. Rayner. Comparaison des modèles de soins primaires en Ontario en fonction des données démographiques, de la casuistique et de l'utilisation des salles d'urgence de 2008-2009 à 2009-2010, Toronto : Institut de recherche en services de santé (IRSS), mars 2012. <https://www.ices.on.ca/~media/Files/Atlases-Reports/2012/Comparison-of-primary-care-models-in-Ontario/Rapport-en-francais.ashx>.

³ Provincial Health Services Authority. *Towards reducing health inequities: a health system approach to chronic disease prevention. A discussion paper*, Vancouver, C.-B. : Population & Public Health, Provincial Health Services Authority, 2011.

⁴ National Association of Community Health Centers. *Community Health Center Chartbook 2020*. Washington, DC : National Association of Community Health Centers, Janvier 2020.

⁵ Shi, L., L. Lebrun-Harris, S. Parasuraman, J. Zhu et Q. Ngo-Metzger. « The quality of primary care experienced by health center patients », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 26, n° 6, 2013, p. 768-777.

⁶ Shi, L., L. Lebrun-Harris, C. Daly et coll. « Reducing disparities in access to primary care and patient satisfaction with care: The role of health centers », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 24, n° 1, 2013, p. 56-66.

⁷ Han, H., S. McKenna, M. Nkimbeng et coll. « A systematic review of community health center based interventions for people with diabetes », *Journal of Community Health*, vol. 44, n° 6, 2019, p. 1253-1280.

⁸ Liddy, C., J. Singh, W. Hogg, S. Dahrouge et M. Taljaard. (2011). « Comparison of primary care models in the prevention of cardiovascular disease – a cross sectional study », *BMC Family Practice*, vol. 12, 2011, p. 114.

⁹ Russell, G., S. Dahrouge, W. Tuna, W. Hogg, R. Geneau et G. Gebremichael. « Getting it all done: organizational factors linked with comprehensive primary care », *Family Practice*, vol. 27, n° 5, 2010, p. 535-541.

¹⁰ Cheff, R. *Making room for health equity: The role of community health centres in advocacy*. Toronto (Ontario) : Wellesley Institute, 2017.