

Mémoire

POUR UN ACCÈS AUX SOINS AMÉLIORÉ SANS COMPROMETTRE CELUI DES PERSONNES VULNÉRABLES

Projet de loi 20

Loi édictant la loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

Présenté par l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Le 19 mars 2015



*Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement
et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice.*
Serment d'Hippocrate

Une société se juge à la façon dont elle s'occupe de ses membres les plus démunis.
Ghandi (traduction libre)

Résumé exécutif

Les médecins du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance œuvrent auprès d'une population fortement touchée par la pauvreté, l'isolement social, l'itinérance et la toxicomanie. Ces personnes, figurant parmi les plus vulnérables de notre société, présentent des problèmes de santé complexes et souvent multiples qui nécessitent un soutien, un suivi et un encadrement plus importants de la part du médecin. L'adoption telle quelle du projet de loi 20, qui impose aux médecins, notamment, de suivre un nombre minimal de patients, fait ainsi craindre le pire pour les clientèles considérées vulnérables.

Les médecins du CSSS reconnaissent par ailleurs la nécessité d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille pour la population. À ce sujet, les initiatives novatrices mises de l'avant dans l'établissement au cours des dernières années ont donné des résultats concrets. L'adoption de l'approche « Accès adapté » par plusieurs équipes de première ligne du CSSS, ainsi que l'intégration de six infirmières praticiennes spécialisées à ces équipes au cours de la dernière année, ont réussi à démontrer qu'il est possible d'améliorer l'accès aux services de façon significative. Le travail en interdisciplinarité participe d'ailleurs activement à une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables.

Certaines modalités prévues au projet de loi 20 apparaissent inconciliables avec les solutions mises de l'avant par les médecins et les équipes du CSSS et constituent des freins à l'amélioration. Sans nier la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer l'accès général aux médecins de famille pour l'ensemble des Québécois, il est toutefois nécessaire d'apporter des amendements au projet de loi pour protéger l'accès des personnes plus vulnérables.

Dans cette perspective, le présent mémoire formule des recommandations d'amendement au projet de loi. Après avoir présenté les caractéristiques et les besoins des populations vulnérables, seront abordées les particularités de la pratique médicale auprès d'elles. En terminant, les recommandations visant à protéger leur accès aux services de médecine familiale seront présentées. Ces recommandations s'appuient sur l'expertise particulière qu'ont pu développer les équipes du CSSS Jeanne-Mance, qui travaillent sur le terrain depuis toujours.

Le territoire du CSSS Jeanne-Mance

Les médecins du CSSS Jeanne-Mance sont quotidiennement confrontés aux problèmes de santé complexes et multiples de personnes particulièrement vulnérables. Situé dans les quartiers centraux de Montréal, le territoire du CSSS est fortement marqué par la présence de problématiques caractéristiques des centres-villes des grandes métropoles. Précarité, itinérance, prostitution et utilisation de drogues font partie de la réalité du territoire. Le portrait de la population desservie illustre bien cette surreprésentation de la vulnérabilité sociale et matérielle. Parmi les caractéristiques sociodémographiques du territoire, mentionnons notamment des secteurs où :

- le revenu moyen du tiers de la population est inférieur à 20 000 \$ par année;
- plus du tiers des familles sont monoparentales;
- 57 % des personnes âgées vivent seules et 41 % vivent sous le seuil de faible revenu.

La situation géographique du territoire exacerbe également certaines problématiques puisqu'il est difficile d'avoir accès à un logement décent à prix raisonnable et de se prévaloir d'aliments sains et abordables en plein cœur de Montréal.

En ce qui a trait aux indicateurs de santé, l'espérance de vie est plus courte sur le territoire qu'à Montréal, particulièrement chez les hommes. Les taux de décès dus aux maladies des systèmes circulatoire et respiratoire et aux traumatismes, de même que les taux de suicide, sont également plus élevés que les taux montréalais. Le nombre de personnes atteintes de stress quotidien et de détresse psychologique y est également plus élevé.

Les personnes vulnérables

La présence de clientèles vulnérables est dans les faits de plus en plus observée dans la pratique médicale. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : vieillissement de la population, appauvrissement, désintégration des structures sociales traditionnelles et immigration (Collège des médecins du Québec, 1998).

La pauvreté, les conditions de vie très précaires et des problèmes de santé particuliers et multiples font généralement partie des caractéristiques observées chez les clientèles vulnérables.

En raison de conditions socioéconomiques précaires

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient que la pauvreté et les inégalités sociales sont des facteurs déterminants de l'état de santé des personnes. « Des conditions socioéconomiques défavorables affectent la santé la vie durant. Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont deux fois plus exposées au risque de la maladie grave ou de décès prématuré que celles qui se trouvent près du sommet de l'échelle » (Les déterminants sociaux de la santé, les faits, OMS, 2004).

Les médecins du CSSS sont témoins quotidiennement de cet état de fait. La sous-scolarisation, l'isolement social, l'itinérance et la toxicomanie font partie des problématiques régulièrement observées. Outre les conséquences directes sur l'état de santé des personnes, ces caractéristiques expliquent en partie leur difficulté à se prévaloir de services médicaux et de santé et à suivre un traitement. Certaines personnes sont dans les faits incapables de cerner et d'exprimer leurs difficultés et leurs besoins et de prendre conscience de la précarité de leurs conditions de vie et de santé.

En raison de problèmes de santé particuliers

Les personnes vulnérables présentent fréquemment des problématiques de santé mentale, des maladies chroniques ou des maladies en phase terminale pour lesquelles il n'existe pas de traitement ou encore pour lesquelles les interventions curatives ne sont plus efficaces. En d'autres mots, les soins prodigués à ces personnes ont souvent pour objectif de tenter de limiter les séquelles ou de maintenir, dans la mesure du possible, un niveau de fonctionnement et d'autonomie optimal. Les personnes vulnérables sont particulièrement victimes des difficultés d'accéder à des spécialités médicales ou à des plateaux techniques. Cette situation contribue à augmenter leurs visites à l'urgence pour recevoir des soins.

Les besoins des clientèles vulnérables

L'accès aux soins de santé pour les personnes vulnérables demeure un défi. L'accessibilité aux soins de santé consiste en la possibilité d'avoir un contact avec un professionnel de la santé lorsqu'un besoin se fait sentir mais également en la capacité des individus à demeurer dans le système de santé.

Certaines personnes ne peuvent tout simplement pas se prévaloir de soins de santé dans une logique à moyen ou à long terme. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette incapacité : conditions socioéconomiques précaires, se traduisant par l'impossibilité de se prévaloir d'un moyen de transport, barrières linguistique, méfiance face au système de santé, souvent causée par de mauvaises expériences, etc. Il arrive également que des personnes adoptent des attitudes de retrait face aux professionnels de la santé en raison d'un écart culturel.

Il est également important de mentionner que les personnes vulnérables ont moins de réceptivité et plus de difficulté à apporter des changements dans leur vie.

La pratique médicale en contexte de vulnérabilité

Les personnes vulnérables présentent des difficultés à rester en contact avec les soins de première ligne. Les soins ponctuels sont prodigués mais l'absence de continuité exacerbe certaines problématiques. La prévention de la maladie devient pratiquement impossible à appliquer. La mise en place d'un suivi à plus long terme nécessite une adaptation de la pratique et une certaine souplesse dans l'organisation des services

Déceler les besoins au-delà de ce qui est exprimé

Fait également partie de la pratique médicale auprès des personnes vulnérables la nécessité de déceler les problèmes qui ne peuvent être exprimés. Les mots utilisés par une personne pour nommer ses malaises, ses inquiétudes et ses besoins ainsi que l'échange avec le professionnel de la santé sont influencés par ses valeurs, ses expériences, ses connaissances et sa culture. Les besoins non reconnus, non exprimés, mal exprimés et parfois même cachés complexifient la pratique médicale auprès des clientèles vulnérables.

La coexistence des problèmes de santé

Les personnes vulnérables ont des problèmes de santé multiples, compliqués et complexifiés par le manque de suivi et la difficulté des individus à les identifier, à se prendre en charge et à suivre un traitement. La consultation pour les problèmes de santé chroniques est souvent tardive.

Une pratique médicale nécessairement adaptée

Les caractéristiques individuelles particulières des clientèles vulnérables doivent nécessairement être prises en compte car elles ajoutent des barrières dans leurs interactions avec les professionnels de la santé. Pour répondre aux besoins complexes et multiples de ces personnes, les médecins ont besoin de plus de temps et de plus de ressources.

S'il est facile de reconnaître un besoin simple découlant d'un problème de santé, par exemple un traitement pour une amygdalite, les problèmes de santé multifactoriels, complexes et multiples nécessitent le recours à d'autres expertises. Les maladies chroniques en sont un bon exemple. Psychologues, physiothérapeutes et autres professionnels de la santé doivent être disponibles pour soutenir la prise en charge de la personne.

Le rôle médical traditionnel, qui consiste en la prescription d'un traitement, la recherche de l'adhésion de la personne et sa compliance, a considérablement évolué. Le partage d'information et une prise de décision commune avec le patient font partie du modèle actuellement souhaité. L'implication du patient s'est également transformée : d'une acceptation et d'une compliance au traitement prescrit, ce dernier souhaite aujourd'hui mieux comprendre les options qui lui sont proposées, faire ses propres choix et entreprendre des changements (Heller, 2004). Ces soins, basés sur les choix et les capacités du patient, permettent une meilleure prise en charge et contribuent à réduire les interventions ponctuelles. Les besoins en soins de santé chez les personnes vulnérables nécessitent une approche globale, une adaptation constante, de la souplesse et... du temps.

Le médecin est le témoin de la souffrance, vécue silencieusement, par les clientèles vulnérables. Les personnes vulnérables sont souvent moins informées, moins scolarisées et moins habiles à identifier leurs besoins et à demander des services. Les médecins de famille se doivent de défendre leurs intérêts.

Le projet de loi 20 et ses impacts

L'accès aux personnes vulnérables en péril

Après lecture du projet de loi 20, les médecins du CSSS Jeanne-Mance sont particulièrement préoccupés par l'absence de modalités prévues pour la pratique médicale auprès des clientèles vulnérables ou présentant des problématiques particulières. Dans le même sens, le fait d'encourager les médecins à prendre en charge un nombre élevé de patients aura sans contredit pour impact de diminuer la prise en charge de nouveaux patients présentant des problématiques complexes et multiples. De même, la littérature reconnaît que le suivi d'un nombre élevé de patients, et encore plus s'ils ont des problèmes de santé compliqués, amène des effets négatifs sur la qualité des soins. De façon générale, l'adoption du projet de loi 20, dans sa forme actuelle, aurait pour conséquence (Muldoon) :

- Des difficultés accrues de prise en charge des clientèles présentant des maladies chroniques;
- Une diminution importante de la satisfaction du patient concernant la qualité des soins, la continuité des services et la relation thérapeutique;
- Une diminution notable dans la qualité des soins prodigués;
- Une diminution des interventions de prévention et de promotion de la santé qui entraînera éventuellement et inmanquablement une importante pression en matière d'accès et de coûts sur le système de santé.

Un projet de loi en contradiction avec le Code de déontologie des médecins

L'adoption de « quotas » et les pénalités financières prévues au projet de loi viennent également en contradiction avec le Code de déontologie des médecins. L'article 63 du Code de déontologie des médecins stipule que le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation de conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels que le médecin pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectés. Le projet de loi 20 vient en ce sens en contradiction avec le Code de déontologie des médecins.

Des amendements qui permettraient de protéger l'accès aux personnes vulnérables

Recommandation 1 – Reconsidérer l'article 3 du projet de loi 20

Pour les raisons évoquées précédemment et parce que cet article touche directement l'autonomie professionnelle des médecins, les médecins du CSSS Jeanne-Mance recommandent de reconsidérer l'article 3 du projet de loi en retirant les modalités de suivi de la clientèle et le nombre minimal de patients à suivre. L'article 3 se lit ainsi :

3. Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, satisfaire aux obligations suivantes :

1° assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients;

2° exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées par une agence parmi les activités médicales prévues à la liste constituée conformément à l'article 4.

Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

1° les modalités de suivi de la clientèle;

2° le nombre minimal de patients devant être suivis;

3° le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;

4° les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région;

5° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.

Recommandation 2 – Reconsidérer l'article 8 du projet de loi 20

L'article 8 se lit ainsi :

L'agence peut, de sa propre initiative et dans le but de répondre adéquatement aux besoins de sa région, réviser l'autorisation délivrée ou renouvelée en vertu de l'article 6 en donnant au médecin un préavis d'au moins 90 jours précédant la date d'expiration de cette autorisation. L'agence peut également, en tout temps, réviser une telle autorisation sur demande du médecin.

L'article 8, qui permettrait de réviser la pratique médicale d'un médecin dans un délai de 90 jours, met en péril le suivi longitudinal auprès des clientèles vulnérables, les conditions de base touchant l'accessibilité de ces personnes à un médecin de famille et l'essence même de la pratique de médecine de famille caractérisée par le suivi à long terme des patients. Il doit en ce sens être reconsidéré. Le lien thérapeutique, si important et si difficile à créer auprès de cette population, est directement touché par l'article de loi. Des effets négatifs sur le suivi de ces personnes sont à prévoir.

Les médecins de famille sont formés et forment les futurs médecins à une médecine axée sur la personne. Le médecin de famille est souvent la ressource ultime dans le système de santé. Lorsque l'épisode de soins est terminé, à la suite d'une hospitalisation ou d'un suivi temporaire en spécialité, c'est au médecin de famille que revient la responsabilité d'assurer la continuité des soins. La préservation du lien thérapeutique demeure essentielle dans ces conditions.

Il est également nécessaire de mentionner qu'il demeure fondamental, lors d'un changement de pratique, d'acquérir les connaissances qui y sont spécifiquement reliées. La pratique en centre d'hébergement, dans un bureau, à domicile et à l'hôpital est en effet très différente. La mise à jour des connaissances est nécessaire, faute de quoi la qualité des soins peut s'en trouver affectée.

Recommandation 3 – Reconsidérer l'article 9 du projet de loi 20

L'article 9 du projet de loi 20 se lit ainsi :

Tout médecin omnipraticien doit, avant de cesser d'assurer le suivi médical d'un patient, prendre les dispositions nécessaires afin qu'un autre médecin assure ce suivi. Si, au moment où il cesse d'assurer le suivi d'un patient, aucun autre médecin n'a pris la relève, le médecin doit, après avoir obtenu le consentement de ce patient, en aviser l'agence de la région où réside ce patient. Celle-ci doit alors diriger ce patient vers un médecin qui a manifesté sa volonté d'assurer le suivi de nouveaux patients. En cas d'impossibilité pour un médecin de remplir les obligations prévues aux premier et deuxième alinéas, l'agence doit diriger tout patient de ce médecin qui lui en fait la demande vers un autre médecin qui a manifesté sa volonté d'assurer le suivi de nouveaux patients.

L'article 9 du projet de loi 20 doit être reconsidéré. La situation décrite dans cet article est déjà prévue à l'article 35 du *Code de déontologie des médecins*. L'article 9 du projet de loi n'a en conséquence pas lieu d'y figurer.

Les guichets d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) constituent le mécanisme de jumelage à un médecin de famille. Il serait inapproprié et improductif de les multiplier. Les efforts devraient être déployés dans l'optimisation du fonctionnement des GACO et non dans l'ajout du mécanisme proposé par le projet de loi.

Recommandation 4 – Favoriser l'adoption, à grandes échelles, de mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé et la pratique de la médecine de famille

Les médecins de famille ne sont pas outillés adéquatement pour la prise en charge des problèmes de santé complexes. Certaines mesures ont toutefois été expérimentées et ont fait leurs preuves. Le déploiement des mesures qui suivent permettrait d'améliorer considérablement l'accès aux soins pour la population.

Systèmes de rendez-vous de type « Accès adapté »

Au cours des dernières années, les équipes de la Clinique de médecine familiale Notre-Dame et des CLSC Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc du CSSS Jeanne-Mance, ont expérimenté un système de rendez-vous de type « Accès adapté ». Ce système permet au patient de prendre un rendez-vous rapidement, en fonction de l'urgence de sa situation de santé, auprès d'un des membres de l'équipe soignante dont fait partie son médecin (autre médecin de la clinique, résident, infirmière praticienne spécialisée, infirmière clinicienne, etc.). Le rendez-vous est donné la journée même ou dans les 48 heures suivant l'appel. Les résultats sont probants. L'adoption à grande échelle de ce type de système favoriserait l'accès aux soins de santé.

Dossier médical électronique

L'accès à l'information clinique d'un patient contribue à une médecine de qualité et efficiente. La mise en place d'un dossier médical électronique (DMÉ) fonctionnel et performant au sein des établissements doit de ce fait être priorisé.

Pour arriver à implanter efficacement et durablement le DMÉ, son financement devrait être octroyé aux cliniques et non aux médecins comme c'est le cas actuellement. De même, il est prioritaire de remédier à l'absence de liens fonctionnels entre le DMÉ proposé et les systèmes de numérisation et de visualisation des dossiers patients.

Les systèmes d'information constituent des outils incontournables pour permettre aux médecins et aux équipes soignantes d'être plus efficaces et productives. Ces systèmes doivent être harmonisés et déployés partout au Québec de façon prioritaire.

Accueil clinique, accès au plateau technique et corridors de service

Il est nécessaire de poursuivre les travaux qui permettront de finaliser l'accueil clinique et les corridors de services et d'améliorer l'accès aux plateaux techniques. Malgré des travaux effectués depuis plusieurs années, les médecins ne peuvent toujours pas compter sur un accueil clinique qui permettrait de régler facilement des problèmes de santé simples pour lesquels les équipes doivent référer à l'urgence faute d'accès. Cette situation doit être corrigée. Les travaux doivent se poursuivre.

Collaboration interdisciplinaire pour la prise en charge des maladies chroniques, les examens préventifs et la pratique de groupe

Les besoins complexes des personnes vulnérables nécessitent une grande diversité de services et une approche interdisciplinaire. Les savoirs et les expériences des différents intervenants, de même que leurs connaissances du patient, doivent pouvoir être partagés afin d'influencer l'efficacité des soins prodigués. Augmenter le nombre et la variété des professionnels dans l'équipe permettrait d'offrir des services plus adaptés, au bon moment et par le professionnel approprié. En agissant en amont et en prévention, on favorise l'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.

Les soins aux personnes vulnérables demandent souplesse et flexibilité. Les autres professionnels de la santé doivent être mis à contribution. L'interface avec les autres professionnels de la santé demande toutefois de la conciliation et du temps, car il y a redistribution des rôles. Il est nécessaire de poser des gestes supplémentaires pour les soutenir et les encadrer. Pour améliorer l'accès aux soins des personnes vulnérables, il faut des mesures qui tiennent compte de leur réalité.

Conclusion

Les patients présentant des problématiques de santé plus « simples » demandent moins de temps. Leur prise en charge en grand nombre favorise l'atteinte des quotas imposés dans le projet de loi; ce qui fait craindre le pire pour les personnes très vulnérables de notre société. Ces dernières présentent pourtant des besoins criants.

Les médecins du CSSS Jeanne-Mance reconnaissent la difficulté d'accessibilité aux soins dans le réseau de la santé. Ils ont déjà mis en place des mécanismes reconnus qui ont amélioré concrètement l'accès aux services médicaux sur le territoire.

Les problématiques particulières qui caractérisent les quartiers centraux des grands centres urbains ont permis aux médecins et aux équipes du CSSS Jeanne-Mance de développer des expertises spécifiques. Établir une relation de confiance avec certaines clientèles vulnérables aux prises avec des problèmes de santé complexes, notamment en lien avec l'itinérance, les dépendances et la santé mentale, impose un rythme et un investissement dont la loi ne tient pas compte.

La démarche entreprise aujourd'hui par les médecins du CSSS vise les mêmes objectifs que ceux du ministre : améliorer l'accès et la qualité des soins de santé à la population. Toutefois, ces objectifs ne doivent pas être atteints au détriment des personnes qui présentent des critères de vulnérabilité et qui ont ardemment besoin de ces services.

Références

Collège des médecins du Québec (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*.

Heller, D. (2004). *An invisible Barrier to Integrating HIV Primary Care with Harm Reduction Services: Philosophical Clashes Between the Harm Reduction and Medical Models*. Public Health Reports, January-February 2004.

Muldoon L. et al. (2012). How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question Healthcare Policy. Vol. 7, no 4.

Organisation mondiale de la santé (2004). *Les déterminants sociaux de la santé, les faits*. Europe. 2004

Roy, D. et al. (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Le point en administration de la santé et des services sociaux.

Annexe 1 - Recommandations

Recommandation 1

Reconsidérer l'article 3 du projet de loi 20

Recommandation 2

Reconsidérer l'article 8 du projet de loi 20

Recommandation 3

Reconsidérer l'article 9 du projet de loi 20

Recommandation 4

Favoriser l'adoption, à grandes échelles, de mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé et la pratique de la médecine de famille

- Systèmes de rendez-vous de type « Accès adapté »
- Dossier médical électronique
- Accueil clinique, accès aux plateaux techniques et corridors de service
- Collaboration interdisciplinaire pour la prise en charge des maladies chroniques, les examens préventifs et la pratique de groupe

Annexe 2 – Les multiples visages de la clientèle vulnérable

Trois situations réelles illustrant la pratique auprès de personnes considérées vulnérables. Les noms de ces personnes ont été modifiés.

La famille Begum, originaire du Bangladesh, demeure à Montréal depuis 2007. Les parents ont immigré à Montréal, dans le quartier Centre-Sud, avec leur premier enfant, une fille. Ils ont eu deux autres enfants, des garçons, depuis qu'ils habitent au Québec. Les parents balbutient à peine quelques mots de français et d'anglais. Les enfants, eux, parlent très bien le français et l'anglais. On parle leur dialecte natal à la maison. La famille a basculé dans la misère en 2009 quand le père Begum s'est mis à se comporter de façon bizarre, est devenu très méfiant, et s'est isolé, refusant souvent de parler à sa famille, et ne se présentant plus du tout au travail. Sa famille a tenté tant bien que mal de le faire évaluer par leur médecin de famille au CLSC près de chez eux, mais la barrière de langue compliquait considérablement les choses, les enfants étant trop jeunes pour servir d'interprètes. La participation d'un interprète a donc été requise, mais comme il est le seul sur un territoire où demeurent beaucoup de patients de son pays d'origine, il est très sollicité et donc peu disponible. L'aide de la communauté avoisinante a été requise pour aider à la traduction et à soutenir la famille, mais M. Begum et sa femme refusaient, craignant d'être stigmatisés par leur communauté. Nous avons appris qu'au Bangladesh, il y a très peu de mélange entre les différentes castes (classes sociales). Le médecin a donc mis beaucoup de temps et d'efforts pour comprendre ce qui se passait avec M. Begum, et arriver au meilleur diagnostic et traitement possible dans les circonstances.

Martin est un jeune homme de 23 ans, originaire de Sainte-Madeleine au Québec. Il a grandi dans une famille monoparentale avec sa mère et ses deux plus jeunes frères. Il a vécu une enfance et une adolescence houleuse. Il a multiplié les échecs scolaires, et est depuis longtemps considéré comme un jeune délinquant. À 17 ans, il a quitté sa région pour venir vivre à Montréal. En l'espace de quelques semaines, sans argent et sans travail, Martin s'est mis à fréquenter une gang de « squeegee » qui se tenait autour de la station de métro Berri-UQÀM. Il s'est mis à consommer à peu près tout ce qui lui passait sous la main, abusant de plus en plus régulièrement de cocaïne et de Dilaudid achetés sur le marché noir. Il vit dans la rue, n'a pas de carte d'assurance maladie, et passe le plus clair de son temps à quêter et à consommer. En passant chez Cactus pour obtenir du matériel d'injection stérile, on lui propose de l'aider à se sortir de la rue en le référant à Relais Méthadone, un service d'aide à bas seuil pour toxicomanes, ce qu'il accepte. Le suivi est laborieux au départ, Martin connaît de multiples épisodes de rechute. L'équipe le fait évaluer en psychiatrie avec son accord, et il reçoit un diagnostic de trouble bipolaire probable. Dans l'élaboration de son plan d'intervention multidisciplinaire, Martin a mentionné qu'il aimerait retourner à Sainte-Madeleine pour être avec sa famille et se trouver un emploi, afin d'essayer d'avoir une vie plus stable, et ne plus vivre à Montréal, si près des gens qui consomment et des « dealers ». L'équipe de Relais l'appuie dans ses démarches. Un seul bémol : dans la région de Sainte-Madeleine, il n'existe aucun service d'aide à bas seuil pour les toxicomanes comme Martin. Le transfert du suivi médical dans cette région n'étant pas possible pour l'instant, Martin devra revenir à Montréal quelques fois par année pour être évalué par son équipe traitante et poursuivre sa prescription de Méthadone.

Chantal, 20 ans, vit avec sa mère et sa sœur. Elles ont quitté leur domicile depuis plus d'un an à cause de la violence du père envers ses filles et sa femme. Sa mère n'a pas d'emploi et n'a pas terminé sa scolarité secondaire. Chantal présente une déficience intellectuelle légère et des problèmes de comportements importants nécessitant une médication psychiatrique lourde. Elle n'a plus de psychiatre traitant depuis qu'elle a atteint ses 18 ans. Elle a développé un diabète à cause de la médication psychiatrique. Chantal, sa mère et sa sœur vivent dans des ressources d'hébergement et lorsque le temps alloué est terminé, elles doivent changer de ressource. La nutritionniste est incapable de les rejoindre en raison de leur instabilité de logement. L'assiduité aux rendez-vous médicaux est faible, le manque d'argent rend impossible l'accès au transport en commun.