



## Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

*Document réalisé dans le cadre du projet Transfert des connaissances produites par les centres affiliés universitaires et les instituts universitaires dans le réseau de la santé et des services sociaux : pour une amélioration des pratiques et des services (TRASSS).*

Auteurs :  
Paul Morin  
Jean-François Allaire

Février 2013



Centre de liaison sur l'intervention  
et la prévention psychosociales

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie  
de Sherbrooke



Centre affilié  UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Économie,  
Innovation  
et Exportations

Québec 

## **Être présents au cœur des milieux de vie**

« La vie est courte, là où sa qualité est pauvre ». Cette phrase tirée d'un document sur les déterminants sociaux de la santé, rédigé par Richard Wilkinson et Michael Marmot pour l'Organisation mondiale de la Santé, résume bien combien la répartition des risques en société est liée aux déterminants structurels comme la santé, le travail, l'éducation et les conditions de vie. Il est donc impensable qu'un secteur d'intervention comme la santé puisse agir seul pour améliorer la qualité de vie de la population.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec reconnaissait d'ailleurs, en 2004, que l'accès universel aux services sociaux et de santé n'avait pas permis d'éliminer, ni même de réduire, les écarts entre les groupes socioéconomiques et les territoires. Cette constatation en impose une autre : pour améliorer la santé de certaines populations, il faut mobiliser divers secteurs d'activités afin d'agir d'abord sur les déterminants sociaux de la santé. Cela passe notamment par une intégration systématique des services, une offre de soins continue et adaptée aux gens dans leur milieu de vie et une meilleure organisation des services.

## **Intervenir dans les quartiers**

Depuis cinq ans, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke œuvre à l'implantation d'une pratique novatrice, l'intervention de quartier, dans les secteurs d'Ascot et de Jardins-Fleuris de la ville de Sherbrooke. Ces quartiers ont été ciblés sur la base de statistiques frappantes. En croisant les données 2008-2009 de consommation de services du CSSS avec un découpage territorial de la ville (33 communautés locales) effectué par un groupe de partenaires (Observatoire estrien du développement des communautés, CSSS, DSP, Ville, CLE et organismes communautaires), le CSSS a constaté que 40 % des services de la mission CLSC sont regroupés dans 2,3 % des codes postaux du territoire. Les populations vivant dans ces quartiers sont défavorisées sur le plan social et matériel. On y retrouve des ménages avec ou sans enfant, parfois issus des communautés culturelles, et des personnes seules de tout âge.

Très souvent sans emploi et isolés, ces habitants sont desservis par plusieurs programmes, en santé mentale ou en périnatalité, par exemple, mais sans coordination entre les intervenants de ces programmes. On se retrouve donc avec un nombre impressionnant d'intervenants, de disciplines, de programmes et sous-programmes divers, fonctionnant selon leur corridor de services respectif. De plus, certaines personnes sont difficiles à rejoindre. Pensons par exemple aux personnes itinérantes, plus réticentes à utiliser les services, ou encore aux réfugiés qui méconnaissent l'offre de services ou ont une méfiance envers les institutions. Néanmoins, il importe d'intervenir précocement auprès de telles personnes afin de prévenir l'aggravation de leurs problèmes. Pour y arriver, il est crucial d'« avoir des yeux » dans le quartier, afin de détecter rapidement les situations problématiques pour agir.

Le projet d'intervention de quartier s'est incarné par la présence, de 2009 à 2012, d'une intervenante sociale dans les deux secteurs ciblés. Le rôle des intervenantes était à la fois d'offrir un accueil psychosocial aux habitants du quartier, d'agir sur la liaison et le soutien clinique auprès des partenaires du CSSS dans la communauté, de soutenir les *leaders* naturels et les « citoyens pivots » pouvant repérer les résidents en détresse, ainsi que d'animer différents

groupes de soutien ou d'information. Tout un mandat ! Il va sans dire qu'elles ont rencontré un bon lot de défis organisationnels : tenue de dossiers, définition des modes d'attribution de certains dossiers confidentiels, balisage des collaborations et des communications entre les intervenants et le CSSS, arrimage des interventions entre l'accueil et les autres programmes, localisation des intervenants dans les quartiers et identification des frontières de leurs mandats, etc.

### **Des retombées concrètes**

L'approche d'intervention de quartier a eu des retombées importantes non seulement sur les individus, mais également sur les groupes communautaires et les partenaires institutionnels du projet. La réduction de l'isolement des personnes vulnérables est certainement l'un des effets majeurs de l'intervention de quartier. En favorisant l'engagement et la participation des personnes et en les reliant entre elles, les activités du projet (comme les cuisines collectives, les groupes de marche, ou les groupes de femmes africaines), ont contribué à construire un climat de confiance, de responsabilisation, de solidarité et de promotion de défense des droits au sein des communautés. Les intervenants ont ainsi pu créer des liens avec des communautés culturelles qui avaient peu accès aux services de santé, dont plusieurs réfugiés.

Ainsi, de nombreux participants ont dépassé leur méfiance et ont demandé une aide individuelle après s'être engagés dans un groupe. Certains ont même transité du rôle d'« aidé » vers celui d'« aidant », voire vers une participation citoyenne plus soutenue. Tout cela a contribué à modifier la dynamique du quartier, en permettant un meilleur climat social et l'essor d'une communauté d'intervention, en plus d'agir sur deux autres déterminants de la santé, soit l'accès au logement et à la sécurité alimentaire. Par exemple, des liens avec des propriétaires d'édifices à logement ont facilité la recherche d'appartements plus salubres ou convenant à des familles nombreuses, alors qu'un groupe comme « La Soupière » a favorisé l'accès à des aliments sains et nutritifs en quantité suffisante. Par ailleurs, ce modèle d'intervention a aussi renforcé les liens avec les partenaires, soutenu leurs actions et consolidé leur mobilisation, notamment dans un esprit de prévention et d'intervention de crises.

L'approche a démontré la pertinence de placer des intervenants de différents sous-programmes dans des quartiers spécifiques. Le projet s'étend maintenant, alors que des équipes de différents programmes tels santé mentale, accueil psychosocial, gestion de cas ou jeunes et familles s'implantent progressivement dans les territoires, avec l'objectif d'y former deux équipes interprogrammes.