

**12-01**

**L'Intervention de quartier au CSSS-IUGS une  
recherche évaluative**

**Rédigé par**

**Paul Morin, Maryse Benoît, Nicole Dallaire,  
Chantal Doré, Jeannette Leblanc**

**En collaboration avec : Jérôme Bossé, Kheira Belhadj-ziane**

## **Coordonnées**

Direction de la recherche du centre affilié universitaire

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

500, rue Murray, bureau 100

Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

Téléphone : 819 780-2220 poste 47125

Télécopieur : 819 780-1303

Courriel : [amlessard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca](mailto:amlessard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca)

ISBN 13978-2-923738-55-0

ISBN 13978-2-923738-56-7

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2012

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2012

© 2012, Direction de la recherche du centre affilié universitaire, CSSS-IUGS

La reproduction des textes est autorisée et même encouragée, pourvu que la source soit mentionnée.

## TABLES DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b> .....	<b>1</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>1. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>11</b>
1.1 Cueillette de données .....	11
<b>2. LES TERRITOIRES D'INTERVENTION</b> .....	<b>13</b>
2.1 Ascot .....	13
2.2 Jardins-Fleuris .....	14
2.3 Centre-ville.....	14
<b>3. MÉCANISME D'INTERVENTION</b> .....	<b>17</b>
3.1 Orientations .....	17
3.1.1 Tenir compte des particularités des personnes et des milieux .....	17
3.1.2 Agir dans la proximité.....	17
3.1.3 Intervenir de façon proactive .....	18
3.1.4 La dimension relationnelle.....	18
3.1.5 Régulation continue de l'intervention.....	18
3.2 Rôles et stratégies.....	19
3.2.1 L'accueil psychosocial proactif .....	19
3.2.2 Mettre les résidents en réseau .....	20
3.2.3 Développer une communauté d'intervention .....	21
3.2.3.1 Mobilisation et soutien des ressources informelles.....	21
3.2.3.2 Agent de liaison et de soutien clinique .....	21
3.2.4 Agir sur les déterminants sociaux de la santé .....	23
<b>4. LES MÉCANISMES CLINICO-ADMINISTRATIFS</b> .....	<b>25</b>
4.1 L'Équipe itinérance.....	25
4.2 L'Intervention de quartier .....	26
<b>5. LES RÉSULTATS</b> .....	<b>31</b>
5.1 Données quantitatives .....	31
5.2 Analyses qualitatives.....	32
5.2.1 Effets sur les personnes.....	32
5.2.2 Effets sur les groupes .....	33
5.2.3 Effets sur les partenaires .....	34
5.2.4 Effets sur les réseaux et le quartier .....	34
5.2.5 Effets sur le système de santé .....	35
5.2.6 Effets sur les déterminants sociaux de la santé.....	36
<b>6. LES LIMITES DU PROJET D'INTERVENTION DE QUARTIER</b> .....	<b>39</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>43</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>45</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>47</b>
<b>ANNEXE I</b> .....	<b>51</b>
<b>Annexe II</b> .....	<b>53</b>



## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Notre démarche de recherche a consisté à décrire précisément les pratiques d'Intervention de quartier (IQ) telles qu'elles se sont déployées dans leurs contextes particuliers, pour ensuite mettre en lumière les effets perçus par les diverses parties prenantes (intervenants, partenaires du milieu, gestionnaires). Nous avons choisi d'étendre la recherche à l'équipe itinérance (ÉI) puisque les formes d'intervention de celle-ci, comme le « reaching out », sont proches de l'Intervention de quartier. De plus, les trois territoires d'intervention (Ascot, Jardins-Fleuris et Centre-ville) ont la particularité d'être parmi les plus défavorisés de Sherbrooke tout en ayant une forte densité de population. Le modèle logique opérationnel d'intervention se traduit par cinq orientations : a) tenir compte des particularités des personnes et des milieux; b) agir dans la proximité; c) intervenir de façon proactive et d) favoriser une dimension relationnelle; e) réguler de façon continue l'intervention.

Les rôles des intervenants se sont déployés différemment dans les quartiers, selon un rythme propre, la diversité des ressources, les compétences mobilisables et leurs particularités culturelles et géographiques. Parmi ces rôles, deux sont aussi endossés par l'intervenant en itinérance, soit développer une communauté d'intervention et agir sur les déterminants sociaux; les deux autres rôles sont l'accueil psychosocial proactif et la mise en réseau des résidents. En regard des mécanismes clinico-administratifs, le fait pour l'ÉI d'être administrativement rattachée à la DSGPSA facilite les interfaces avec les ressources du réseau. Pour l'IQ, et ce, malgré un travail considérable réalisé afin de créer des liens avec les programmes-clientèles, l'on constate une absence de mécanisme de fonctionnement clair entre les divers programmes-clientèles interpellés et l'Intervention de quartier. Trois situations témoignent de l'absence de ces mécanismes de coordination, de communication et de prises de décision : la gestion des références, la gestion des crises et des suivis.

En ce qui a trait aux différents résultats de l'IQ, un effet manifeste est celui qui témoigne de l'action de l'IQ et de l'ÉI sur la qualité de vie des personnes en général. Réduire l'isolement, en favorisant l'implication et la participation des personnes et en les reliant entre elles, contribue à construire un climat de confiance et de solidarité basé sur les rencontres formelles et informelles des personnes à diverses activités organisées ou soutenues par l'IQ. Les points forts des interventions de groupe se déclinent comme suit: a) besoins des participants décelés, reconnus et pris en compte; b) souplesse, adaptabilité, créativité; c) nombreux participants qui demandent une aide individuelle; d) transitions du rôle d'aidés à celui d'aidants; e) nouvelle perception du quartier et du développement de réseaux informels d'entraide; f) transition de la participation sociale à la participation citoyenne et g) capacité de joindre des communautés culturelles qui n'ont pas l'habitude de demander des services. L'IQ a aussi eu pour effet de renforcer les liens existants avec les partenaires, de soutenir leur action et de consolider la mobilisation qu'ils cherchent à créer par leur action. Le développement d'un meilleur climat social, souvent nommé « climat de confiance », le déploiement d'une dynamique nouvelle et positive dans les quartiers et l'essor d'une « communauté d'intervention » constituent les principaux résultats observés sur les réseaux et les quartiers. Quant aux effets sur le système de santé : joindre des personnes qui ne viendraient pas d'elles-mêmes demander des soins de santé ou une intervention psychosociale (sauf en cas d'urgence), éviter l'aggravation d'une condition, atténuer une situation de crise et réduire la méfiance envers le système de santé et les services sociaux résument les propos des personnes interrogées. Quatre déterminants sociaux de la santé sont plus particulièrement concernés par les actions de l'IQ : 1) le soutien social; 2) l'accès au logement; 3) la sécurité alimentaire et 4) la participation sociale. Ils ont été l'objet d'actions ciblées et concrètes par les intervenantes de quartier dans Ascot et Jardins-Fleuris.

### Recommandations

- Poursuivre l'expérience d'intervention dans les quartiers avec des modalités différentes et plus structurantes. Nous privilégions ainsi la mise sur pied d'une petite équipe territorialisée dans chacun des quartiers
- Poursuivre l'expérience des comités cliniques de quartier en y associant étroitement les membres des équipes et tout intervenant du CSSS-IUGS dont la présence peut être pertinente
- Expérimenter une approche centrée sur les résultats, tant individuels, de groupe et collectifs au sein de l'équipe itinérance, de l'équipe d'Intervention de quartier et d'une sous-équipe en santé mentale
- Mettre sur pied une équipe permanente de suivi, d'analyse et d'évaluation sous la responsabilité du CAU



## RÉSUMÉ

Ce projet de recherche évaluative visait une double finalité interdépendante : 1) celle de contribuer à l'approfondissement des connaissances en regard des caractéristiques des interventions de première ligne en santé et services sociaux qui sont le plus susceptibles de contribuer à l'accessibilité, la continuité, la qualité et à l'efficacité de la prestation des services en CSSS, particulièrement pour les personnes adultes vivant en situation de vulnérabilité qui ont des problèmes de santé mentale, dont les personnes issues des communautés culturelles et 2) une finalité formative, c'est-à-dire apporter une contribution significative à la démarche d'amélioration continue, entreprise par le CSSS-IUGS, en regard des pratiques d'intervention territorialisées (Intervention de quartier (IQ) à Ascot et à Jardins-Fleuris), de même que des pratiques mises en œuvre par l'équipe itinérance (ÉI), majoritairement dans le Centre-ville. Dans cette optique, notre démarche de recherche a consisté à décrire précisément ces pratiques d'intervention telles qu'elles se sont déployées dans leurs contextes particuliers, pour ensuite mettre en lumière les effets perçus par les diverses parties prenantes (intervenants, partenaires du milieu, gestionnaires). Nous avons choisi d'étendre la recherche à l'ÉI, puisque les formes d'intervention de celle-ci, comme le « reaching out », sont proches de l'Intervention de quartier.

Les sections suivantes préciseront de manière synthétique, en ce qui a trait aux trois terrains d'interventions à l'étude, les quatre grandes dimensions constitutives et déterminantes des pratiques : 1) les caractéristiques des milieux d'implantation; 2) les mécanismes d'intervention spécifiques à chaque pratique; 3) le contexte organisationnel et les mécanismes clinico-administratifs et 4) les effets perçus par les parties prenantes. Puis en conclusion, nous ferons ressortir les points saillants de l'IQ et proposerons des recommandations générales en regard de la poursuite de l'expérience.

### **Caractéristiques des milieux d'intervention**

Les trois territoires d'intervention ont la particularité d'être parmi les plus défavorisés de Sherbrooke tout en ayant une forte densité de population. Plusieurs organismes communautaires sont également très présents en ces milieux; cependant les territoires de Jardins-Fleuris et d'Ascot ont mis sur pied, contrairement au Centre-ville, un lieu de concertation réunissant organismes et institutions publiques.

### **Mécanisme d'intervention**

Le modèle logique opérationnel d'intervention se traduit par cinq orientations qui caractérisent les pratiques professionnelles opérationnalisées dans l'IQ - Ascot, l'IQ - Jardins-Fleuris et l'ÉI. Ces orientations se traduisent dans le rôle des intervenants, leurs stratégies d'intervention et dans l'ensemble de leurs activités.

#### *1- Tenir compte des particularités des personnes et des milieux*

L'intervention dans ces territoires vise une connaissance approfondie de ces milieux, soit une connaissance des normes et des règles qui les régissent. Pour tenir compte des problématiques dans leur complexité, les pratiques professionnelles prennent en compte l'ensemble des facteurs associés à leur apparition, qu'ils soient reliés aux personnes, aux milieux de vie ou aux conditions sociales, économiques, politiques et culturelles.

#### *2- Agir dans la proximité*

Tenir compte de la particularité des milieux et de leurs habitants pour être en mesure d'intervenir de façon intégrée et adaptée vise une présence soutenue dans un territoire. La proximité c'est « [...] aller dans le milieu où sont les gens » (gestionnaires de l'établissement). Le caractère informel et accueillant du local de quartier qui incarne cette proximité, constitue un espace physique et symbolique dans lequel les résidents se sentent à l'aise, un espace de prise de parole et d'échanges informels avec

d'autres résidents, un lieu que l'on personnalise et embellit, et joue ainsi un rôle important dans l'intervention.

### 3- *Intervenir de façon proactive*

La dimension proactive ou le *reaching out* permet que les personnes en difficulté reçoivent de l'aide plus précocement, avant que les situations ne s'aggravent. Ceci, grâce à l'accessibilité, la disponibilité et les liens de proximité significatifs développés par les intervenantes avec les gens et le réseau informel dans le milieu. Pour être en mesure d'intervenir le plus précocement possible, il faut « avoir des yeux » dans le quartier, il faut qu'on nous informe rapidement des situations problématiques.

### 4- *La dimension relationnelle*

Il s'agit de créer et d'entretenir des liens avec et entre les citoyens et avec les acteurs qui interviennent dans ces milieux, autant les acteurs du CSSS que les acteurs partenaires communautaires. Ce souci de la construction du lien est omniprésent et se décline de mille façons, car la façon d'intervenir en est complètement imprégnée. Il permet de multiplier les opportunités pour les citoyens de se soucier des voisins et de s'impliquer lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés.

### 5- *Régulation continue de l'intervention*

Des mécanismes régulateurs doivent être mis en place pour coconstruire les interventions, répartir les rôles et assurer la qualité des communications, et ce, dans des situations de crise parfois très complexes. À titre d'exemple, dans le suivi auprès des personnes en itinérance, lorsqu'une intervention ne donne pas les résultats escomptés, on se régule pour chercher et trouver des interventions encore plus créatives et efficaces.

## **Rôles et stratégies**

Ces rôles se sont déployés différemment dans les quartiers, selon un rythme propre, la diversité des ressources, les compétences mobilisables et leurs particularités culturelles et géographiques. Parmi ces rôles, deux sont aussi endossés par l'intervenant en itinérance, soit développer une communauté d'intervention et agir sur les déterminants sociaux.

### 1- *L'accueil psychosocial proactif*

L'accueil psychosocial proactif est perçu tel un service d'accueil « délocalisé » dans un quartier. L'hypothèse que cette proximité avec les personnes vulnérables et plus difficiles à joindre faciliterait le rapprochement avec les services s'avère fondée. En particulier, des membres de diverses communautés culturelles ont pu être joints grâce aux connaissances en intervention interculturelle de l'une des IQ. Par ailleurs, il faut préciser que dans plusieurs cas, c'est grâce à des contacts plus informels au sein de groupes fréquentant le local, ou par l'entremise de personnes-pivots que des citoyens s'adressent ensuite aux intervenantes pour des besoins individuels. En ce sens, il existe une interaction dynamique entre les activités de réseautage et de groupe mises en place par les intervenantes et les demandes d'aide psychosociales proprement dites. Cette innovation au plan de l'accueil semble contribuer à l'actualisation de la responsabilité populationnelle.

### 2- *Mettre les résidents en réseau*

Les intervenantes de quartier utilisent à des fins de mise en réseau différentes stratégies, dont le jumelage, les activités de groupe et l'intervention de groupe. Très tôt après la mise en place du projet, les intervenantes de quartier ont mis sur pied et animé des groupes en s'inspirant de la méthode du travail social avec les groupes reconnue pour ses nombreux avantages auprès d'une grande diversité de clientèles et de problématiques. Plusieurs types de groupes, souvent combinés (ex. : aide mutuelle et éducation) favorisent l'atteinte d'objectifs diversifiés : groupe de thérapie, d'aide mutuelle, d'information, d'éducation, de socialisation, de croissance et d'*empowerment*.



### *3- Développer une communauté d'intervention*

Mobilisation et soutien des ressources informelles : Un travail systématique s'opère auprès des propriétaires et des concierges des immeubles à logements qui sont repérés, rencontrés et invités à faire la promotion de cette ressource du quartier et à être attentifs aux signes de détresse des résidents. D'autres citoyens sont aussi très actifs à soutenir les membres de leur communauté et reçoivent en retour l'appui des IQ.

Agent de liaison et de soutien clinique : Ceci se traduit de multiples façons : liaison et soutien clinique auprès des partenaires du milieu; liaison auprès des intervenants des équipes programmes-clientèles du CSSS-IUGS; ressource-conseil auprès d'acteurs variés, dont principalement des intervenants en lien avec l'expertise dans les relations interculturelles et en itinérance; nombreuses activités de représentations auprès de diverses instances : colloques, acteurs du CSSS, du milieu, dans le cadre de l'enseignement universitaire et participation à la recherche.

### *4- Agir sur les déterminants sociaux de la santé*

Par déterminants sociaux de la santé, on entend les circonstances sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces déterminants sociaux ont des effets sur la santé des populations et sont à l'origine d'inégalités en santé. Ils regroupent, entre autres, le logement, le transport, la sécurité alimentaire, l'éducation, les conditions de travail, le chômage, l'exclusion sociale et le soutien social. Ce rôle a été moins investi que les précédents et c'est à travers les activités et les interventions de groupe que des effets sur les déterminants sociaux peuvent être constatés, particulièrement en regard du soutien social.

### **Les mécanismes clinico-administratifs**

L'Équipe itinérance : Le fait d'être administrativement rattachée à la DSGPSA facilite les interfaces avec les ressources du réseau. Par exemple, face à « une personne itinérante très désorganisée qui a besoin de soins, on accepte » après une entente entre la responsable de programme et le milieu hospitalier « de l'hospitaliser pendant deux jours »; cela permet à l'intervenant « de préparer le terrain [...] de trouver une place et assurer un suivi à travers la complémentarité des ressources du milieu » (intervenant itinérance). Des ententes entre l'ÉI et les intervenants travaillant à l'interne permettent aussi aux intervenants de l'ÉI de se sentir soutenus en situations difficiles.

L'Intervention de quartier : Malgré un travail considérable réalisé afin de créer des liens avec les programmes-clientèles, en ce moment, il y a une absence de mécanisme de fonctionnement clair entre les divers programmes-clientèles interpellés et l'Intervention de quartier. Trois situations témoignent de l'absence de ces mécanismes de coordination, de communication et de prises de décision : la gestion des références, la gestion des crises et des suivis. « La reconnaissance des exigences d'une intervention territoriale n'est pas acquise » (intervenant établissement). Le fait de ne pas être rattachée administrativement à une direction clientèle semble amplifier les difficultés au sens où dans ces situations, l'IQ ne peut pas compter sur l'appui des intervenants à l'interne.

## **LES RÉSULTATS**

**Effets sur les personnes.** un effet manifeste est celui qui témoigne de l'action de l'IQ et de l'ÉI sur la qualité de vie des personnes en général. Réduire l'isolement, en favorisant l'implication et la participation des personnes et en les reliant entre elles, contribue à construire un climat de confiance et de solidarité basé sur les rencontres formelles et informelles des personnes à diverses activités organisées ou soutenues par l'IQ (cuisine collective, groupe de marche, groupe de femmes africaines. L'information contribue également à la qualité de vie et elle est au cœur de la plupart des démarches soutenues par les intervenants : elle permet de connaître les ressources communautaires et

institutionnelles, de diriger les gens aux ressources adaptées à leurs besoins et en favorise l'accès. La défense des droits représente une autre contribution de l'IQ (droit aux services de santé, assurance-maladie, aide sociale, etc.) particulièrement auprès des personnes immigrantes nouvellement arrivées, des réfugiés et des personnes itinérantes. L'IQ dans Ascot et Jardins-Fleuris de même que celle de l'ÉI se distingue par son action concrète, immédiate sur les situations précaires ou préoccupantes (trouver un logement, aider à trouver un professionnel de la santé ou en intervention psychosociale, trouver une garderie, etc.).

**Effets sur les groupes :** les exemples qui suivent permettent de saisir concrètement la couleur spécifique des groupes et d'illustrer combien l'Intervention de quartier constitue un contexte extrêmement propice à la mise en place de groupes diversifiés, bien ancrés dans la communauté. Ainsi, les « *Ladys de la cocina* » d'Ascot fournissent l'exemple d'un groupe fermé alliant un volet éducatif et un volet de soutien, dont le contenu a été développé à partir des besoins énoncés par les participantes lors de la première rencontre. À l'autre extrémité, on retrouve « la Soupière », une activité hebdomadaire ouverte et informelle de socialisation, d'entraide et d'information, accessible à tous les résidents du territoire de Jardins-Fleuris. Également, un groupe de marche, institué pour répondre à un besoin formulé par la communauté de réfugiés bhoutanais, a pris la forme d'une activité bihebdomadaire ouverte à tous les résidents du quartier d'Ascot qui se termine par un café-rencontre permettant aux différents groupes culturels du quartier d'établir des premiers contacts. Dans ces deux derniers cas, il semble juste de considérer que ces groupes participent au développement de leur communauté respective. En effet, ils s'appuient sur un partenariat territorial et ils relient la dimension clinique et communautaire de l'intervention, tout en répondant à des besoins pour l'ensemble des résidents de la communauté (amélioration de la santé et création de liens sociaux). Les points forts des interventions de groupe se déclinent de la façon suivante : a) besoins des participants décelés, reconnus et pris en compte dans la planification des groupes; b) souplesse, adaptabilité, créativité dans la conception des groupes; c) nombreux participants qui demandent une aide individuelle après s'être impliqués dans un groupe (dépassement de la méfiance); d) transitions du rôle d'aïdés à celui d'aïdants; e) nouvelle perception du quartier et du développement de réseaux informels d'entraide; f) transition pour quelques personnes de la participation sociale à la participation citoyenne et g) capacité de joindre des communautés culturelles qui n'ont pas l'habitude de demander des services au CSSS-IUGS.

**Effets sur les partenaires :** l'IQ a eu pour effet de renforcer les liens existants avec les partenaires, de soutenir leur action et de consolider la mobilisation qu'ils cherchent à créer par leur action. La mise sur pied et le maintien de la cuisine collective dans Jardins-Fleuris, de même que les liens étroits et la collaboration développée avec la Chaudronnée par l'Équipe itinérance, en constituent de bons exemples. Le renforcement des liens, la collaboration et le soutien aux partenaires et la présence de l'IQ dans Ascot et Jardins-Fleuris ont favorisé la création de comités cliniques conjoints partenaires-intervenants dans les quartiers. Le principal objectif du comité clinique de quartier est de développer une communauté de pratique entre les intervenantes IQ, les intervenants du milieu et l'OC. Ces intervenants s'apportent du soutien, mais l'idée de soutenir davantage des changements dans les conditions de vie des résidents du quartier est aussi un objectif important :

**Effets sur les réseaux et le quartier :** le développement d'un meilleur climat social, souvent nommé « climat de confiance », le déploiement d'une dynamique nouvelle et positive dans les quartiers et l'essor d'une « communauté d'intervention » constituent les principaux résultats observés. Plusieurs interviewés ont mentionné avoir observé une amélioration du climat dans les quartiers Ascot et Jardins-Fleuris. On souligne à plusieurs reprises une meilleure dynamique sociale liée au sentiment de sécurité éprouvé. L'exemple de la participation de policiers à certaines activités a fait en sorte de mieux comprendre leur rôle et de les considérer davantage comme des acteurs positifs dans le quartier. À

l'inverse, cela a permis aux policiers de mieux connaître quelques résidents et d'envisager le quartier sous un autre angle.

**Effets sur le système de santé :** joindre des personnes qui ne viendraient pas d'elles-mêmes demander des soins de santé ou une intervention psychosociale (sauf en cas d'urgence), éviter l'aggravation d'une condition, atténuer une situation de crise et réduire la méfiance envers le système de santé et les services sociaux résumant les propos des personnes interrogées. L'IQ clarifie les besoins, informe et oriente vers les ressources, tant communautaires qu'institutionnelles. On a mentionné à plusieurs reprises qu'il y avait des avantages à moyen et à long terme d'agir en prévention pour les institutions elles-mêmes, notamment en termes de coûts et d'efficacité.

**Effets sur les déterminants sociaux de la santé :** quatre déterminants sociaux de la santé sont plus particulièrement concernés par les actions de l'IQ : 1) soutien social; 2) accès au logement; 3) sécurité alimentaire et 4) participation sociale. Les déterminants sociaux ont aussi été l'objet d'actions ciblées et concrètes par les intervenantes de quartier dans Ascot et Jardins-Fleuris. L'aide dans la recherche de logements plus convenables, salubres et convenant par exemple à une famille avec plusieurs enfants, constitue une action significative s'appuyant sur des liens développés avec des propriétaires d'édifices à logements. La Soupière, qui agit directement sur la sécurité alimentaire, porte aussi ses fruits à l'égard des deux autres déterminants sociaux que sont le soutien social et la participation sociale.

### **LIMITES DU PROJET D'INTERVENTION DE QUARTIER**

Au-delà de situations précises (transferts et intervention de crise), l'importance de la sensibilisation et de l'appui concret au projet de la part des gestionnaires et des intervenants à l'interne est rappelée. D'une part, le système de reddition de comptes, le contexte général de surcharge, tant des intervenants que des OC, ne sont pas favorable au déploiement de ces collaborations. D'autre part, certains intervenants cliniques n'ont pas le « réflexe communautaire », connaissent peu les ressources du milieu et n'interviennent pas hors du cadre de leur bureau. Or, les possibilités d'intervenir davantage dans la proximité ne manquent pas (des interventions conjointes avec des mamans d'un même bloc ou à proximité pour intensifier le réseautage et favoriser l'entraide; l'accompagnement d'un petit groupe de mamans avec leurs enfants au groupe de marche; inviter des clients aux activités de quartier telles que « fleurir mon quartier », le Souk, etc.).

### **Recommandations**

- Il est recommandé de poursuivre l'expérience d'intervention dans les quartiers avec des modalités différentes et plus structurantes. Nous privilégions ainsi la mise sur pied d'une petite équipe territorialisée dans chacun des quartiers. Les rôles des intervenants, tel que présentement définis, seraient maintenus tel que l'accueil psychosocial proactif
- Il est recommandé de poursuivre l'expérience des comités cliniques de quartier en y associant étroitement les membres des équipes et tout intervenant du CSSS-IUGS dont la présence peut être pertinente
- Il est recommandé d'expérimenter une approche centrée sur les résultats, tant individuels, de groupe et collectifs au sein de l'équipe itinérance, de l'équipe d'Intervention de quartier et d'une sous-équipe en santé mentale
- Il est recommandé que soit mis sur pied une équipe permanente de suivi, d'analyse et d'évaluation sous la responsabilité du CAU



## INTRODUCTION

Ce projet de recherche évaluative visait une double finalité interdépendante : 1) celle de contribuer à l'approfondissement des connaissances en regard des caractéristiques des interventions de première ligne en santé et services sociaux qui sont le plus susceptibles de contribuer à l'accessibilité, la continuité, la qualité et à l'efficacité de la prestation des services en CSSS, particulièrement pour les personnes adultes vivant en situation de vulnérabilité qui ont des problèmes de santé mentale, dont les personnes issues des communautés culturelles; 2) une finalité formative, c'est-à-dire apporter une contribution significative à la démarche d'amélioration continue, entrepris par le CSSS-IUGS, en regard des pratiques d'intervention territorialisées (Intervention de quartier (IQ) à Ascot et à Jardins-Fleuris), de même que des pratiques mises en œuvre par l'équipe itinérance (ÉI), majoritairement dans le Centre-ville. Dans cette optique, notre démarche de recherche a consisté à décrire précisément ces pratiques d'intervention telles qu'elles se sont déployées dans leurs contextes particuliers, pour ensuite mettre en lumière les effets perçus par les diverses parties prenantes (intervenants, partenaires du milieu, gestionnaires). En d'autres termes, nous avons cherché à comprendre comment sont produits les effets relatifs à l'état de santé global (physique et psychosocial) et la qualité de vie des usagers concernés et ce qui pourrait être amélioré, afin que les pratiques à l'étude produisent des résultats optimaux en fonction de leur contexte respectif.

Inspirés des questions génériques reliées à l'évaluation d'implantation, formulées par Brousselle et ses collègues (2009 : 55), nous avons formulé la question de recherche suivante : « Quelles sont les influences des interactions entre le système d'implantation et les pratiques professionnelles dans la production des effets observés par les diverses parties prenantes? » Le système d'implantation est constitué ici, à la fois du contexte organisationnel du CSSS-IUGS et des milieux défavorisés à l'intérieurs desquels s'opérationnalisent l'IQ-Ascot, l'IQ-Jardins-Fleuris et les pratiques de l'équipe itinérance. Nous avons choisi d'étendre la recherche à l'équipe itinérance puisque les formes d'intervention de celle-ci comme le « reaching out » sont proches de l'intervention de quartier. De plus, ces trois territoires d'intervention ont la particularité d'être parmi les plus défavorisés de Sherbrooke tout en ayant une forte densité de population.

Un autre élément contextuel est la responsabilité populationnelle maintenant dévolu aux centres de santé et de services sociaux (CSSS); celle-ci doit se traduire par une intégration systématique des services, une offre de soins continue et adaptée aux gens dans leur milieu de vie tout en agissant sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être. Le résultat recherché est de rapprocher les services de la population sur la base d'un accès rapide, tout en facilitant le cheminement des personnes, et ce, particulièrement pour les personnes vulnérables (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2004). Ce Ministère reconnaît aussi que : « [...] l'accessibilité universelle des services sociosanitaires n'a pas permis d'éliminer ni même de réduire les écarts observés entre les groupes socioéconomiques et entre les territoires » (MSSS, 2004). La planification stratégique du 2010-2015 du MSSS singularise donc l'importance d'avoir des services à proximité des milieux de vie défavorisés. À cet égard, afin d'agir plus efficacement sur les déterminants sociaux de la santé, un enjeu majeur est l'articulation des pratiques d'intervention individuelles, de groupe et d'action communautaire (établissements publics et organismes communautaires).

C'est dans cet esprit que « le chantier d'innovation sociale et pédagogique » a été initié en janvier 2008 dans le cadre du redressement du Centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Sous la thématique du développement des capacités des personnes et des communautés, directement inspirée de l'approche par les *capabilités* (Sen, 2010), notre programmation scientifique 2009-2012 a placé l'intervention de

quartier au cœur de son travail de recherche. D'ailleurs au début du projet, c'est la Direction de la recherche du Centre affilié universitaire (DRCAU) avec la Direction de la coordination et des affaires académiques (DCAA) qui assurait la coordination du projet. Puis une autre direction — la Direction du projet clinique, de la santé publique et du développement des communautés (DPCSPDC) — a pris le relais, quelques mois avant l'embauche en mars 2009 des deux intervenantes de quartier. L'ÉI, quant à elle, a toujours relevé d'une direction clientèle, soit la Direction des services généraux et des programmes spécifiques aux personnes adultes (DSGPSA). Cette équipe d'intervention oeuvre auprès des personnes itinérantes et existe depuis 2005. Elle est gérée en cogestion par le CSSS-IUGS et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). La mise sur pied de l'équipe découle de la volonté directe du milieu de se doter d'une telle instance. Elle compte un intervenant social à temps complet, un organisateur communautaire et une infirmière à temps partiel (deux jours/semaine), de même qu'un médecin qui y consacre six heures par semaine. Cette équipe mobile est fortement imbriquée dans le réseau communautaire de Sherbrooke qui soutient les personnes itinérantes.

Après avoir présenté notre méthodologie les sections suivantes préciseront en ce qui a trait aux trois terrains d'interventions à l'étude, les quatre grandes dimensions constitutives et déterminantes des pratiques : 1) les caractéristiques des milieux d'implantation; 2); les processus d'intervention spécifiques à chaque pratique; 3) le contexte organisationnel et les mécanismes clinico-administratifs et 4) les effets perçus par les parties prenantes. Finalement en conclusion, nous ferons ressortir les points saillants de l'intervention de quartier et proposerons des recommandations générales en regard de la poursuite de l'expérience.

## 1. MÉTHODOLOGIE

Les écrits portant sur la recherche évaluative sont marqués par « un manque d'uniformité terminologique » et une très grande diversité de modèles et d'approches (Brousselle *et al.*, 2009 : 36). En raison de cette diversité, notre équipe a choisi de s'inspirer de la terminologie proposée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) dans leur ouvrage *L'évaluation : concept et méthode* (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2009). Plus spécifiquement, notre méthodologie d'évaluation d'implantation s'est inspirée du modèle de « logique de programme » (Brousselle *et al.*, 2009 : 57), largement développé par Chen (2005; 2010), *Theory-Driven Evaluation* de même que par Pawson et Tilley (1997), *Realistic Evaluation*, qui accorde également une place importante aux logiques, à l'intérieur des systèmes d'actions à l'étude. Brousselle et ses collègues (2009 : 39) définissent une intervention comme « un système organisé d'actions qui vise, dans un environnement donné et durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique ». Dans cette perspective, toute intervention sous-tend une théorie, un modèle logique — souvent construit par le maillage de savoirs scientifiques et de savoirs d'expérience — qui oriente l'élaboration de visées et d'objectifs d'action. Il s'agit de la logique théorique à la base d'une intervention. Au cours de l'implantation de cette dernière dans un contexte particulier, cette logique théorique est traduite dans l'action par les acteurs qui sont confrontés à la complexité et aux contraintes du monde réel. Ce processus d'opérationnalisation de la « théorie » constitue le « modèle logique opérationnel » de l'intervention (Brousselle et al, 2009 : 64).

Le modèle théorique d'une intervention : 1) circonscrit la situation problématique; 2) identifie les effets qui devraient idéalement être engendrés par les actions pour améliorer cette situation; 3) formule des objectifs et des stratégies à mettre en oeuvre pour générer ses résultats. De son côté, la logique opérationnelle des acteurs — qui implantent l'intervention dans l'action quotidienne — élabore des stratégies et des tactiques qui allient les caractéristiques (opportunités et contraintes) du contexte, les ressources disponibles, et ce, afin de mettre en oeuvre — dans la mesure de leurs possibilités — des activités (services) visant à produire les effets souhaités par le modèle théorique initial. Par conséquent, la mise en lumière « du modèle logique [théorique et opérationnel] permet de documenter le sens d'un programme grâce à la conceptualisation des liens entre les structures, les processus et les résultats [les effets] » (Ibid, p. 59). Cette intelligibilité s'avère fondamentale, d'une part pour juger si une intervention est bien implantée, c'est-à-dire si elle produit des effets cohérents avec la logique théorique, et d'autre part d'améliorer les stratégies d'intervention pour qu'elles produisent des effets optimaux (Chen, 2005).

Il s'agit donc de mettre en relief le modèle logique opérationnel de chacune des interventions pour apprécier comment les effets sont produits, de même que le degré de cohérence avec leur modèle logique théorique. Pour ce faire, le cadre méthodologique de la *Realistic Evaluation* (Pawson et Tilley, 1997), suggère de documenter les mécanismes en activité (les processus d'action, de communication, de coordination, etc.) et leur dynamique d'interactions avec leur contexte afin, d'identifier et de comprendre les configurations (effets de système) ou CMOC (context-mechanism-outcome pattern configuration) qui sont susceptibles de produire les effets recherchés et celles qui produisent des effets non souhaités.

### 1.1 Cueillette de données

L'information nécessaire afin de décrire précisément les processus d'intervention propres aux trois pratiques provient de quatre sources différentes. La diversité de ces sources a permis de trianguler l'information, afin d'augmenter la validité de l'analyse. Nous avons ainsi réalisé deux entrevues avec

chacune des intervenantes de quartier et fait l'analyse thématique des journaux de bord des intervenantes de quartier, qui ont été rédigés entre les mois de juillet 2008 et janvier 2011. Nous avons aussi réalisé deux journées d'observation directes avec chacun des trois intervenants, le troisième étant un membre de l'ÉI. Celles-ci nous ont permis d'approfondir et de valider la description du processus d'intervention. En ce qui a trait aux effets des interventions perçus par les parties prenantes (collaborateurs, partenaires, personnes usagères), nous avons réalisé les entrevues suivantes : a) deux intervenants de l'équipe en santé mentale; b) quatre personnes usagères, dont deux issues des communautés culturelles; c) deux personnes bénévoles; d) cinq organisateurs communautaires; e) un entretien de groupe regroupant les gestionnaires des organisations partenaires de Jardins-Fleuris et d'Ascot; f) un questionnaire téléphonique auprès de cinq collaborateurs internes; g) un questionnaire par courriel auprès des organismes communautaires collaborant avec l'ÉI.

Le contexte organisationnel et les mécanismes clinico-administratifs qui en découlent (mécanismes de coordination, de communication, de prise de décision, de support clinique, de tenue de dossier, etc.) ont été décrits en utilisant deux sources principales d'information : a) les divers documents administratifs produits au cours des dernières années en lien avec l'IQ et l'ÉI; b) la tenue d'un entretien de groupe auprès de gestionnaires de l'établissement. Finalement, les données recueillies par l'Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC) sur la base des données de Statistique Canada (2006) relativement aux trois quartiers d'intervention (Ascot, Jardins-Fleuris et Centre-ville), croisées aux savoirs d'expériences des acteurs, nous permettront de décrire les caractéristiques des milieux.

Après chaque activité de cueillette de données, un compte rendu analytique a été rédigé. Celui-ci a ensuite été relu, validé et bonifié par les personnes concernées. Par la suite, une analyse préliminaire a été réalisée par l'équipe de recherche, afin de décrire dans un premier temps les processus, les mécanismes, les éléments de contexte et les effets observés, pour ensuite mettre en lumière les liens unissant ces processus, ces mécanismes, ces éléments de contexte et ces effets. Ces résultats ont été présentés à l'ensemble des parties prenantes (N=65) lors d'un forum d'une demi-journée où étaient présentes les différentes parties prenantes, dont une quinzaine de citoyens. C'est donc sur la base de ce cadre méthodologique et des données recueillies que ce rapport de recherche a été rédigé.



## 2. LES TERRITOIRES D'INTERVENTION

### 2.1 Ascot

Le territoire du quartier d'Ascot correspond globalement à celui de l'ancienne municipalité d'Ascot fusionnée à la ville de Sherbrooke en 2002. Ce territoire correspond aux trois communautés locales telles que prises en compte par le tableau de bord de l'OEDC, soit les communautés des Grands-Monts (C-14), de l'Immaculée-Conception (C-13) et du Phare (C-15). Selon les travaux de l'OEDC, le nombre d'habitants de la communauté des Grands-Monts s'élevait à 4 520 personnes sur une population totale de 11 273 habitants (OEDCa/OEDCd). Avec une densité de population de 5 668 habitants au kilomètre carré, cette communauté occupe le premier rang en Estrie. À titre de comparaison, la densité de population de la communauté des Châteaux (C-8) dans l'arrondissement Fleurimont, un milieu favorisé, est de 1 098.8 habitants par kilomètre carré. En ce qui concerne la structure démographique du quartier, la communauté des Grands-Monts se distingue par l'âge médian de cette population qui est de 30 ans comparativement à 41 ans au niveau provincial. Il s'agit de l'âge médian le plus bas en Estrie. La proportion de personnes immigrantes que l'on compte dans la communauté des Grands-Monts (21,3 %) est nettement supérieure à l'échelle provinciale (11,5 %). Cette communauté est celle où l'on compte le plus de personnes immigrantes en Estrie (1<sup>er</sup> rang/66) (OEDC, 2010a : 2). Les communautés du Phare et de l'Immaculée-Conception occupent le second et le troisième rang en Estrie pour cette donnée. De plus, on remarque également plusieurs « immigrants récents » dans ces trois communautés, soit des personnes immigrées durant la dernière décennie, principalement des personnes réfugiées. D'ailleurs, selon les données du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), durant la période 1995-2004, 50,1 % des personnes immigrantes établies en Estrie étaient des personnes réfugiées dont la grande majorité s'est installée à Sherbrooke (MICC, 2005). Les intervenants interviewés qualifient d'ailleurs le quartier d'Ascot comme un quartier hétérogène, marqué par la présence de plusieurs familles immigrantes et de plusieurs familles monoparentales. Plusieurs familles sont également qualifiées comme des familles ayant de multiples problèmes par les intervenants.

La pauvreté s'observe à différents niveaux dans le quartier : a) une moyenne de revenu nettement inférieure à celle de la ville et, à cet égard, le revenu moyen annuel des femmes âgées de plus de 15 ans est de moins de 20 000 \$; b) un taux élevé de familles monoparentales et les femmes sont à la tête de plus des trois quarts de ces familles monoparentales (82 %); c) un nombre élevé de personnes qui sont prestataires de l'aide sociale; d) plusieurs personnes n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Finalement, dans les communautés des Grands-Monts et de l'Immaculée-Conception, la source du revenu total d'un peu plus d'une personne sur quatre âgée de 15 ans ou plus provient des transferts gouvernementaux, soit le double de la moyenne provinciale. Ces deux communautés possèdent donc un niveau très élevé de défavorisation matérielle (5<sup>e</sup> quintile). Ainsi, pour la proportion de personnes ayant un emploi, les communautés des Grands-Monts et de l'Immaculée-Conception occupent les derniers rangs en Estrie, soit respectivement le 57<sup>e</sup> rang/66 et le 59<sup>e</sup> rang/66.

Ce portrait plutôt sombre concorde avec les observations des intervenants à l'effet que ce milieu est particulièrement pauvre, vulnérable et souvent conflictuel, avec un faible taux d'emploi et un nombre élevé de personnes à faible revenu. Toutefois, le quartier est doté de plusieurs organismes communautaires qui permettent aux citoyens de répondre à certains besoins spécifiques ou à élargir leur réseau social. Ainsi, l'action de différents organismes communautaires tels que : a) Cuisine collective le Blé d'Or de Sherbrooke, b) Famille Espoir, c) la Maison des Jeunes Flash, et d) la Maison des Grands-Parents, permet d'affirmer que la vie communautaire du quartier d'Ascot est très

dynamique. Tous ces organismes sont d'ailleurs regroupés dans « Ascot en santé » qui agit comme vecteur de développement de la communauté.

## 2.2 Jardins-Fleuris

La population des deux communautés locales (Jardins-Fleuris, Saint-Michel) composant le quartier Jardins-Fleuris s'élevait à 10 010 personnes en 2006 (OEDCe/OEDC h). La communauté des Jardins-Fleuris (C-6) était composée de 4 670 personnes, ce qui en fait un des territoires où la densité de population est la plus élevée en Estrie (3 670 habitants/km<sup>2</sup> contre 421 habitants/km<sup>2</sup> tout comme la communauté de Saint-Michel (C-5) où l'on comptait 5 340 personnes (3 485 habitants/km<sup>2</sup>). En ce qui concerne le revenu de la population de la communauté des Jardins-Fleuris, il s'agit de la communauté estrienne qui compte la plus grande proportion de personnes âgées de plus de 15 ans dont le revenu total provient de transferts gouvernementaux (27,6 %), le double de la moyenne provinciale. Comme stipulé par le comité portrait de la table É.P.É. (École/Parc/Église), « [...] il est possible d'affirmer que les gens qui habitent dans ces secteurs sont exposés à la pauvreté et nous pouvons émettre l'hypothèse que plusieurs d'entre eux vivent une situation de précarité financière » (M. Côté et R. Côté, 2009 : 20).

Sur le territoire de la communauté des Jardins-Fleuris et de l'unité de voisinage Sainte-Famille, incluant les rues Goupil et Triest, plusieurs initiatives de logement social se sont développées. On observe plus de 500 logements sociaux répartis parmi trois coopératives d'habitation (152 logements), un organisme à but non lucratif (OBNL) d'habitation (125 logements) et sept complexes d'habitations à loyer modique (HLM) (243 logements). Près du trois quart de ces logements est réservé pour des familles (67 %). Les logements sociaux possédant de quatre à cinq chambres à coucher sont situés sur les rues Goupil et Triest. Plusieurs familles composées de plus d'un enfant ayant accès à un logement social habitent dans un des HLM de ce secteur. Par ailleurs, le tiers de ces logements est habité par des personnes âgées vivant seules. Parmi les personnes habitant l'OBNL d'habitation l'Équerre, environ un locataire sur quatre est une personne immigrante (28 %) et près de la moitié des enfants est issue de familles immigrantes (46 %).

Ainsi, comparativement à la proportion de personnes immigrantes dans la communauté des Jardins-Fleuris qui est de 7 %, on peut affirmer qu'il y a une surreprésentation de personnes immigrantes dans cette ressource d'habitation. Cette réalité est semblable dans les HLM des rues Triest et Goupil, où le tiers des locataires est composé de personnes immigrantes (Ibid, p. 28). Les intervenants interviewés et actifs dans ce quartier ont souligné que ce milieu de vie se situe près des services et que ses habitants ont tendance à fréquenter souvent le centre commercial puisqu'il s'agit d'un lieu important de socialisation. Les intervenants décrivent également cette population comme ayant tendance à aller rarement vers les services malgré leurs difficultés.

Plusieurs ressources communautaires sont actives dans le quartier afin d'offrir des activités de loisirs aux citoyens ou encore d'offrir un soutien plus spécialisé à différents groupes populationnels. Par exemple, le local des jeunes des Jardins-Fleuris, le Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME) ou Sercovie. Depuis 1991, le quartier dispose de la Table É.P.É., une table de concertation regroupant une vingtaine de représentants (es) d'organismes et de citoyens (nes) du quartier de Jardins-Fleuris regroupés autour du noyau de base de l'école, du parc et de l'église. Le but de ce regroupement est d'améliorer les conditions et la qualité de vie des citoyens du quartier.

## 2.3 Centre-ville

Cette section vise à décrire le territoire du quartier Centre-ville (population : 9 845) puisque la grande majorité des interventions de l'équipe itinérance se déroule dans les deux communautés locales de ce

quartier — Centre-ville (C-12) et Saint-Jean-Baptiste (C-10) — (OEDCi/OEDC m). En 2006, le nombre de personnes habitant la communauté du quartier Centre-ville s'élevait à 3 295 personnes et la densité de population était de 2 938 habitants/km<sup>2</sup> (9<sup>e</sup> rang/66). Le nombre de jeunes adultes de 18 à 29 ans est particulièrement élevé dans cette communauté comparativement à l'ensemble de la province (35,7 % c. 15,8 %), il s'agit d'ailleurs de la plus forte proportion de ce groupe d'âge en Estrie (1<sup>er</sup> rang/66) (OEDC, 2010a : 1). On compte 14 % plus de personnes de sexe masculin que de sexe féminin dans cette communauté (1 755 c. 1 540). Il s'agit d'un des plus grands écarts entre ces deux groupes en Estrie (2<sup>e</sup> rang/66).

Du côté de la communauté locale de Saint-Jean-Baptiste, sa population totale était de 5 190 personnes en 2006 et la densité de population était de 3 396 habitants au kilomètre carré. La densité de population de cette communauté est plus élevée que celle de la communauté du quartier Centre-ville et occupe le 4<sup>e</sup> rang en Estrie. La proportion d'immigrants parmi la population de la communauté du quartier Centre-ville est de 9,7 %, ce qui représente l'une des plus fortes proportions en Estrie (6<sup>e</sup> rang/66) (OEDC, 2010a : 2). En considérant les revenus avant impôt de ces communautés, on constate de plus grandes proportions de personnes en ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu avec des taux hautement supérieurs à la moyenne provinciale (17,2 %), soit 56,5 % pour la communauté du quartier Centre-ville et 34 % pour la communauté de Saint-Jean-Baptiste. Ces deux communautés occupent respectivement le 1<sup>er</sup> rang/66 et le 5<sup>e</sup> rang/66 en Estrie. Ces proportions ont augmenté depuis 2001, elles étaient de 50,6 % pour la communauté du quartier Centre-ville et de 29,6 % pour la communauté de Saint-Jean-Baptiste (OEDC, 2010a et 2010b : 3). L'indice de défavorisation matérielle est qualifié de « très fort » (5<sup>e</sup> quintile) pour les communautés des quartiers du Centre-ville et de Saint-Jean-Baptiste. Par rapport aux données provinciales, les trois composantes de ces indices défavorisent les communautés. D'abord, le taux de personnes possédant un emploi est nettement inférieur à la donnée provinciale (respectivement 52,6 % et 48,3 % c. 60,4 %).

Comme démontré ci-dessus, le quartier Centre-ville est dévitalisé sur plusieurs plans, un faible taux d'emploi, une grande instabilité résidentielle, un nombre élevé de ménages vivant sous le seuil de faible revenu, etc. Il est toutefois important de souligner que ce quartier est animé par une vie communautaire qui permet à plusieurs personnes de répondre à divers besoins au niveau du logement ou de l'alimentation par exemple. Une enquête effectuée par la Corporation de développement économique communautaire (CDEC) de Sherbrooke révèle même qu'il existe un sentiment d'appartenance fort pour le quartier Centre-ville. Par ailleurs, diverses organisations communautaires comme le Tremplin 16-30 sont y très actifs. Selon les intervenants du CSSS-IUGS ayant collaboré avec les intervenants de l'ÉI, les lieux les plus souvent fréquentés sont les ressources d'hébergement, telles que le Partage St-François et l'Accueil Poirier ainsi que des organismes communautaires du quartier comme la Chaudronnée.



### 3. MÉCANISME D'INTERVENTION

Le modèle logique opérationnel d'intervention se traduit par cinq orientations qui caractérisent les pratiques professionnelles opérationnalisées dans l'IQ-Ascot, l'IQ-Jardins-Fleuris et l'ÉI. Ces orientations se traduisent dans le rôle des intervenants, leurs stratégies d'intervention et dans l'ensemble de leurs activités.

#### 3.1 Orientations

##### 3.1.1 *Tenir compte des particularités des personnes et des milieux*

Comme explicité précédemment, les deux quartiers Ascot et Jardins-Fleuris ainsi que le quartier Centre-ville, où intervient l'ÉI, diffèrent dans leurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques et culturelles. Intervenir dans ces milieux, vise une connaissance approfondie de ces milieux, soit une connaissance des normes et des règles qui les régissent (ex. : méfiance à l'égard des institutions), des ressources actuelles et potentielles qu'on y retrouve (ex. : diversité ethnique, ressources communautaires, Ascot en santé, la Table ÉPÉ<sup>1</sup>), et des événements qui jalonnent l'histoire de ces milieux (ex. : mouvement de population) (Trickett et Schensul, 2009). Pour tenir compte des problématiques dans leur complexité, les pratiques professionnelles prennent en compte l'ensemble des facteurs associés à leur apparition, qu'ils soient reliés aux personnes, aux milieux de vie ou aux conditions sociales, économiques, politiques et culturelles (Rogers, 2010; Van Wormer, 2010; Zastrow, 2010). L'équipe itinérance touche à « [...] une clientèle très atteinte au niveau de sa santé, ses habitudes et ses modes de vie [...] une clientèle souvent indésirable »; elle vise à encadrer et elle supplée, par exemple « une intervention de réduction des méfaits [...] pour réduire la détérioration des conditions de vie des personnes partant de leur santé physique ou mentale » (intervenants de l'établissement). Dans le quartier d'Ascot, l'IQ tient compte de la « clientèle immigrante de réfugiés avec une culture collectiviste » ayant « une conception particulière de la santé mentale, de la vie privée, du rapport à la confidentialité » (intervenants de l'établissement) où l'intervention peut être vécue comme intrusive (Gariépy-Brisson 2011). Enfin dans Jardins-Fleuris, on retrouve également une clientèle immigrante, mais aussi « des Québécois de souche » caractérisés par « la pauvreté, une culture individualiste »; l'on constate qu'il y a « peu de liens entre les personnes, la clientèle est difficile à joindre et très méfiante à l'égard des services sociaux » (intervenants de l'établissement).

##### 3.1.2 *Agir dans la proximité*

Tenir compte de la particularité des milieux et de leurs habitants pour être en mesure d'intervenir de façon intégrée et adaptée vise une présence soutenue dans un territoire, ce qui correspond à la deuxième orientation : agir dans la proximité (Gélineau et Langlois, 2010). La proximité c'est « [...] aller dans le milieu où sont les gens » (gestionnaires de l'établissement). « Je vois des personnes ici dans les ressources ou dans leurs logements et c'est quelque chose de bien porteur dans une évaluation psychosociale [...] » (intervenants de l'établissement). Dans les quartiers, « l'intervention a un nom, un visage, un numéro de téléphone puis un appartement juste à côté de chez nous » (partenaires). Cela permet de passer du « soin des gens » aux « soins des lieux » (De Leonardis et Emmenger, 2006). « La présence dans le milieu, le fait d'être proche, visible, d'avoir une connaissance du milieu, est une porte d'entrée dans [...] le tissu social effrité » (intervenants de l'établissement). Le caractère informel

---

<sup>1</sup> Ascot en santé est une table de concertation et d'action qui travaille à créer, à promouvoir et à superviser des projets d'action visant l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens et des citoyennes du quartier. De 50 à 75 personnes se réunissent quatre fois par année sous le chapeau d'Ascot en santé, afin d'échanger de façon égalitaire sur différentes façons d'améliorer la vie de quartier. Le journal Regards, qui fournit une voix aux citoyens du quartier pour « mettre en valeur la richesse du tissu social et culturel local » est imprimé à 5 000 exemplaires (La Tribune, 27 janvier 2010). Quant à la Table É.P.É., il s'agit également d'une Table de concertation dans le quartier Jardins-Fleuris qui supporte activement les besoins des familles et implique ses citoyens dans l'identification des problématiques et la réalisation d'actions communautaires.

et accueillant du local de quartier qui incarne cette proximité, constitue un espace physique et symbolique dans lequel les résidents se sentent à l'aise, un espace de prise de parole et d'échanges informels avec d'autres résidents, un lieu que l'on personnalise et embellit, et joue ainsi un rôle important dans l'intervention (Aber, Maton et Seidman, 2010, Goldsworthy, 2002). La proximité permet également « [...] de croiser des collègues partenaires des organismes communautaires pour échanger sur des dossiers » (intervenant de l'établissement).

### **3.1.3 Intervenir de façon proactive**

Une troisième orientation des pratiques professionnelles opérationnalisées est la dimension proactive ou le *reaching out* permettant que les personnes en difficulté reçoivent de l'aide plus précocement, avant que les situations ne s'aggravent. Ceci, grâce à l'accessibilité, la disponibilité et les liens de proximité significatifs développés par les intervenantes avec les gens et le réseau informel dans le milieu (Guay et al, 2000). Pour être en mesure d'intervenir le plus précocement possible, il faut « avoir des yeux » dans le quartier, il faut qu'on nous informe rapidement des situations problématiques. C'est « [...] aller dans les parcs, donner la carte du CSSS, contacter un concierge; c'est aller au restaurant donner sa carte, remettre des dépliants, donner de l'information, identifier des situations problématiques et faire de la prévention (suivi d'une dame enceinte), puis transférer des dossiers au CSSS » (intervenant de l'établissement). Cette orientation s'illustre de maintes façons dans les propos des participants. Il s'agit « [...] d'aller vers les gens, s'intéresser aux gens, prendre des nouvelles, faire des contacts, entretenir des relations afin de maintenir le lien vivant et continuer à s'intéresser aux personnes même quand cela va bien ». « C'est d'être en lien avec les leaders du milieu qui eux vont te signaler des difficultés ». « C'est faire une action à faire en amont auprès de la clientèle avant qu'ils se déplacent vers les services tout en veillant à ne pas créer de dépendance » (gestionnaires de l'établissement). C'est faire une différence auprès d'une clientèle méfiante ou une clientèle qui pourrait avoir tendance à s'isoler en situation difficile. « [...] elle est aussi venue vers moi. C'était ça la différence. Souvent on s'isole, on ne veut pas parler de ce qu'on vit, ou on ne veut pas déranger même quand ça ne va pas bien, elle s'assurait de ne jamais me laisser en retrait » (citoyen).

### **3.1.4 La dimension relationnelle**

Une quatrième orientation est la dimension relationnelle et le réseautage en vue de rapprocher les acteurs des milieux. Il s'agit de créer et d'entretenir des liens avec et entre les citoyens et avec les acteurs qui interviennent dans ces milieux, autant les acteurs du CSSS que les acteurs partenaires communautaires. Ce souci de la construction du lien est omniprésent et se décline de mille façons, car la façon d'intervenir en est complètement imprégnée. Il permet de multiplier les opportunités pour les citoyens de se soucier des voisins et de s'impliquer lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés. Ce souci de créer un lien favorise la proactivité. Tantôt, c'est une voisine qui en conduit une autre au local, tantôt c'est une personne qui suggère à son amie, venant d'être informée qu'elle est atteinte d'une maladie dégénérative, de passer au local de quartier pour s'informer des ressources du milieu qui sont disponibles. Une nouvelle venue dans le quartier a pu, grâce au groupe la Soupière, créer immédiatement des liens avec les résidents de son quartier et, tout en recevant des services du CSSS-IUGS, elle s'est engagée immédiatement dans un processus d'intégration sociale, soutenue par son milieu. Quant aux liens avec les ressources communautaires et institutionnelles, ils rendent possibles la reconnaissance des compétences de chacun, leur complémentarité, et dans bien des cas, la satisfaction de pouvoir collaborer, comme en témoigne amplement l'intervention en itinérance.

### **3.1.5 Régulation continue de l'intervention**

La cinquième orientation a trait à la nécessité d'une régulation continue des interventions réalisées qui, en majorité, correspondent à des pratiques intégrées, c'est-à-dire des pratiques qui impliquent plusieurs partenaires et qui combinent l'intervention individuelle et de groupe. Des mécanismes régulateurs

doivent être mis en place pour coconstruire les interventions, répartir les rôles et assurer la qualité des communications, et ce, dans des situations de crise parfois très complexes. Voici, à titre d'exemple, comment cette orientation transparait dans le travail en itinérance. Une variable importante dans le suivi auprès des personnes en itinérance est le temps passé avec ces personnes. « Il y a une période où on travaille de façon intensive — on va les voir tous les jours pour stabiliser la situation, on met d'autres services en place et lorsque la personne en itinérance redevient instable, cela indique que les choses mises en place n'ont pas fonctionné, alors on essaie d'être un peu plus créatifs et d'oser autre chose que de reproduire un même *pattern* » (intervenant de l'établissement). Un autre exemple — dans le cadre d'une activité de groupe, l'IQ observe un citoyen agir, décode qu'il ne va pas bien et l'invite à se présenter au local. Lorsqu'elle lui reflète : « j'ai l'impression que ça ne va pas », la personne fond en larmes puis lui révèle son expérience (qu'il avait passé sa vie dans les camps de réfugiés, qu'il s'était fait persécuter [...] qu'il était allé à la clinique des réfugiés, qu'il avait vu le docteur, mais qu'il ne lui avait rien raconté). L'IQ endosse le rôle de médiatrice, joint le médecin, ce qui a mené à la prescription de médicaments, à une référence au Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi de la violence organisée (RIVO) et à la consultation d'un psychiatre. Aujourd'hui, ce citoyen poursuit son implication sociale tout en étant suivi en psychiatrie pour un stress post-traumatique et par une psychologue du RIVO (intervenant de l'établissement). En fait, cette anecdote, comme tant d'autres, exemplifie chacune des orientations.

Ces cinq orientations caractérisant les pratiques opérationnalisées dans les quartiers Ascot, Jardins-Fleuris et Centre-ville appellent une façon différente d'intervenir. Le rôle d'expert est mis en veilleuse et on cherche plutôt à faire appel aux ressources du milieu. On cherche également à créer des liens avec les acteurs du milieu (citoyens et organismes), le lien de confiance y étant indispensable pour réussir l'intervention. Les interventions exigent une certaine marge de manœuvre parce qu'elles sont multiples et s'exercent à plusieurs niveaux avec plusieurs acteurs. Ces façons de faire s'interinfluencent pour créer des interventions en constante évolution, obligeant les intervenants à travailler autrement et différemment. Alors que de façon générale, les questions du consentement et de la motivation sont au cœur de l'accès aux services, en itinérance, « [...] c'est quand quelqu'un dit « *non* », que l'on se mobilise pour chercher des stratégies pour le rejoindre » (organisme communautaire), « [...] obligeant de s'adapter constamment à la situation » (intervenant de l'établissement).

## **3.2 Rôles et stratégies**

Au départ, quatre rôles ont été identifiés pour encadrer les tâches des intervenantes de quartier : 1) l'accueil psychosocial proactif; 2) l'intervention de groupe; 3) la mobilisation et le soutien des ressources informelles et 4) le rôle d'agent de liaison. La démarche d'évaluation a permis de les bonifier davantage : l'accueil psychosocial proactif, mettre les résidents en réseau, développer une communauté d'intervention et agir sur les déterminants sociaux. De même, ces rôles se sont déployés différemment dans les quartiers, selon un rythme propre, la diversité des ressources, les compétences mobilisables et leurs particularités culturelles et géographiques. Parmi ces rôles, deux sont aussi endossés par l'intervenant en itinérance, soit développer une communauté d'intervention et agir sur les déterminants sociaux.

### **3.2.1 L'accueil psychosocial proactif**

L'accueil psychosocial proactif est perçu tel un service d'accueil « délocalisé » dans un quartier. L'hypothèse que cette proximité avec les personnes vulnérables et plus difficiles à joindre faciliterait le rapprochement avec les services s'avère fondée. En particulier, des membres de diverses communautés culturelles ont pu être joints grâce aux connaissances en intervention interculturelle de l'une des IQ. Par ailleurs, il faut préciser que dans plusieurs cas, c'est grâce à des contacts plus informels au sein de

groupes fréquentant le local, ou par l'entremise de personnes-pivots que des citoyens s'adressent ensuite aux intervenantes pour des besoins individuels. En ce sens, il existe une interaction dynamique entre les activités de réseautage et de groupe mises en place par les intervenantes et les demandes d'aide psychosociales proprement dites. Cette innovation au plan de l'accueil semble contribuer à l'actualisation de la responsabilité populationnelle.

La publicité du local est construite de façon à induire un maximum de confiance chez les citoyens. Ceux-ci sont invités à se présenter au local pour une diversité de besoins, tous les prétextes étant bons pour que se créent des liens avec des citoyens marginalisés qui craignent ou ne connaissent pas les services. À ce propos, des intervenants du milieu et des citoyens ont affirmé que la peur est palpable chez beaucoup de résidents du quartier. Cette peur est souvent due à des expériences antérieures négatives, tant pour la population de réfugiés qui a vécu la violence organisée, que pour les résidents québécois qui ont connu des expériences négatives ou qui ne sont pas confiants dans les possibilités des services sociaux de leur venir en aide. La peur de la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) est toujours très présente selon eux. Ainsi, le local de quartier apparaît comme un espace positif, contribuant à la création du lien de confiance.

Les intervenantes de quartier procèdent à l'évaluation des demandes d'aide qui leur sont adressées. Une fois le problème ou le besoin cerné, l'IQ s'efforce d'abord, à travers une intervention brève de trouver une réponse dans le milieu de vie de la personne ou de la famille; ce faisant, elle encourage l'utilisation des ressources du milieu, le jumelage, le développement des réseaux d'entraide, autant de stratégies favorisant l'intensification des liens entre la personne et son milieu. Ainsi, contrairement à l'accueil psychosocial en milieu institutionnel, la présence d'une intervenante de quartier a un effet direct sur le tissu social du microterritoire qu'elle dessert. Son action influence à la fois les personnes en recherche d'aide, les liens entre ces personnes et les autres résidents du quartier. Dans d'autres cas, des références aux programmes du CSSS-IUGS, en particulier Enfance-Jeunesse-Famille (EJF) et santé mentale sont faites. Souvent, une fois la référence complétée, l'intervenante de quartier demeure en contact avec la personne ou la famille à travers l'espace informel du local de quartier. Ainsi, des personnes poursuivent une démarche avec une intervenante d'un programme à l'interne tout en participant à la Soupière, par exemple. Enfin, il est fréquent que des résidents en situation de crise se présentent ou soient amenés au local. Dans ce cas, les IQ doivent évaluer le degré d'urgence et réaliser une première intervention. Tant les références aux programmes que les situations de crise nécessitent des mécanismes de collaboration et de coordination dont les défis seront présentés plus loin.

### **3.2.2 Mettre les résidents en réseau**

Un deuxième rôle des IQ est de mettre les résidents en réseau. Elles utilisent à cette fin différentes stratégies, dont le jumelage, les activités de groupe (ex. : les 5 à 7, la participation à des activités du quartier) et l'intervention de groupe. Très tôt après la mise en place du projet, les intervenantes de quartier ont mis sur pied et animé des groupes en s'inspirant de la méthode du travail social avec les groupes reconnue pour ses nombreux avantages auprès d'une grande diversité de clientèles et de problématiques (Steinberg, 2008; Turcotte et Lindsay, 2008). Plusieurs types de groupes, souvent combinés (ex. : aide mutuelle et éducation) favorisent l'atteinte d'objectifs diversifiés : groupe de thérapie, d'aide mutuelle, d'information, d'éducation, de socialisation, de croissance et d'*empowerment*. La tradition du travail social insiste particulièrement sur le fait que les groupes doivent être ouverts sur l'espace extérieur, soit pour profiter de ses ressources, soit pour que ses membres s'investissent comme citoyens actifs dans leur communauté (Dallaire, 2010; Laurin *et al.*, 2007) deux aspects qui sont présents dans les groupes développés par les intervenantes de quartier. La méthode de groupe incluant la participation de partenaires dans la communauté, se combine aussi avantageusement avec l'intervention individuelle, construisant ainsi des pratiques plus intégrées



s'attaquant plus facilement à la complexité et aux multiples dimensions des problèmes, ce qui fait également partie intrinsèque de l'IQ telle que développée.

### **3.2.3 Développer une communauté d'intervention**

Cette nouvelle expression englobe deux rôles, soit la mobilisation et le soutien des ressources informelles ainsi que le rôle d'agent de liaison et de soutien clinique auprès des ressources institutionnelles et communautaires. L'exercice de ces deux rôles concourt au développement d'une communauté d'intervention.

#### 3.2.3.1 Mobilisation et soutien des ressources informelles

Comme mentionné précédemment, les IQ travaillent à impliquer des personnes de la communauté (personnes-pivots) afin qu'elles favorisent l'accès à l'IQ aux résidents en difficulté qu'elles croisent, en les informant de la ressource et même en les accompagnant au local. Un travail systématique s'opère auprès des propriétaires et des concierges des immeubles à logements qui sont repérés, rencontrés et invités à faire la promotion de cette ressource du quartier et à être attentifs aux signes de détresse des résidents. D'autres citoyens sont aussi très actifs à soutenir les membres de leur communauté et reçoivent en retour l'appui des IQ.

#### 3.2.3.2 Agent de liaison et de soutien clinique

Les fonctions d'agent de liaison et de soutien clinique se traduisent de multiples façons : liaison et soutien clinique auprès des partenaires du milieu; liaison auprès des intervenants des équipes programmes-clientèles du CSSS-IUGS; ressource-conseil auprès d'acteurs variés, dont principalement des intervenants en lien avec l'expertise dans les relations interculturelles et en itinérance; nombreuses activités de représentations auprès de diverses instances : colloques, acteurs du CSSS, du milieu, dans le cadre de l'enseignement universitaire et participation à la recherche. Les IQ et l'ÉI développent et entretiennent des liens de collaboration avec une grande partie des ressources institutionnelles et communautaires sur leur territoire. Ces liens prennent plusieurs formes. Ils permettent de demeurer à jour sur les orientations et les activités des partenaires et de collaborer afin d'offrir une continuité de services ou d'offrir de nouvelles ressources adaptées aux besoins variés de la clientèle. « Le réseautage entre organismes est entretenu par une présence régulière toutes les semaines permettant une attention particulière aux clients » (observation). Autre exemple : « Un citoyen habitait dans un logement pourri, il avait des champignons dans sa maison, les enfants avaient des problèmes de poumons, il avait peur de parler avec la Sentinelle [...] peur de se plaindre, de se faire ligoter ou pendre la nuit. Avec IQ et d'autres agents du CSSS, il apprend que les habitations à loyer modique (HLM) existent, l'association des locataires, etc. » (bénévole Ascot). L'ÉI offre aussi du soutien clinique aux ressources du milieu pour qui cette clientèle représente parfois un défi. De leur côté, les IQ travaillent régulièrement avec des partenaires du CSSS-IUGS pour concrétiser des plans d'intervention. De nombreux intervenants de divers programmes se sont aussi déplacés pour venir parler de leurs services à des citoyens réunis au local de quartier. Enfin, ces collaborations sont perçues nécessaires en regard de la responsabilité populationnelle de l'établissement. Les collaborations avec d'autres ressources publiques prennent aussi des formes variées, par exemple, une collaboration avec le Service de la police de Sherbrooke qui permet d'éviter de judiciaireiser une situation; un lien avec la psychologue en milieu interculturel de la commission scolaire qui amène un jeune au local plutôt qu'à un point de services du CSSS.

L'exercice de ce rôle vise à reconnaître les ressources et les compétences des divers acteurs (intervenants du CSSS, intervenants des organismes communautaires, intervenants du réseau public). Les partenaires communautaires rappellent l'importance de ne pas dédoubler les activités et d'être avisés des initiatives de l'IQ afin d'en faire profiter leur propre clientèle par la suite. Enfin, les

partenaires souhaitent fortement être pleinement reconnus à travers des relations égalitaires dans leur participation à l'IQ et par le CSSS-IUGS. Une nouvelle instance, le comité clinique de quartier, qui est inspirée par l'approche de codéveloppement, est apparue à l'automne 2010 dans les deux quartiers. Ce groupe est composé des IQ et de l'organisateur communautaire (OC) ainsi que de partenaires du milieu dans un cas et de partenaires du milieu ainsi que d'intervenants du CSSS-IUGS dans l'autre. Ses membres se réunissent mensuellement pour briser l'isolement, se soutenir, partager de l'information, mettre à profit les ressources des milieux, trouver au besoin des réponses collectives aux problèmes des résidents et enrichir ses compétences cliniques grâce à cette communauté d'apprentissage. La vignette qui suit illustre la mise en action des trois rôles et des cinq orientations de l'IQ décrits ci-dessus.

Groupe pour femmes réfugiées africaines ayant subi de la violence  
Une histoire de coconstruction...

Cette vignette illustre la mise en place d'une modalité thérapeutique adaptée à une population particulière (femmes réfugiées africaines) souffrant d'une problématique spécifique de santé mentale (traumatismes sévères vécus en contexte de guerre). Cette intervention inédite dans les autres institutions québécoises a été pensée et conçue grâce à la présence de l'intervenante dans le quartier Ascot, une proximité qui lui a permis de cibler les particularités et les besoins d'une clientèle qui ne consulte pas d'emblée les services standards du CSSS. La clientèle immigrante et réfugiée est en effet souvent peu familière avec les interventions psychosociales ou en santé mentale telles que conçues en occident. Provenant de pays où sévissent la corruption et des conflits sociopolitiques importants, ces personnes peuvent aussi éprouver beaucoup de méfiance envers les institutions gouvernementales. Dans ce contexte, l'approche proactive de l'intervenante et sa présence dans le quartier, en dehors de ce qui apparaît être les locaux officiels de l'institution, ont favorisé l'établissement du lien de confiance avec la communauté et l'accès à l'information relative à des problématiques spécifiques telles que celle vécue par les femmes réfugiées africaines.

Dans le but de répondre à un besoin exprimé par la communauté et d'offrir une intervention adaptée à cette clientèle, l'intervenante de quartier a établi une collaboration étroite avec une intervenante de l'équipe en santé mentale adulte, de même qu'avec une chercheuse du centre affilié universitaire (CAU) spécialisée dans ce type de problématique. La mise en place de l'intervention de groupe a donc émergé d'un processus de coconstruction entre ces partenaires institutionnels. En raison de sa fonction d'étayage qui protège à la fois les participantes et les intervenants, le groupe est particulièrement bien adapté au traitement des traumatismes sévères. Il offre un espace d'apprentissage à voix multiples et permet aux participants de sortir de leur isolement et d'être en relation avec d'autres personnes qui ont un vécu similaire. Cette stratégie d'intervention est également bien adaptée aux particularités de la clientèle des immigrants et des réfugiés qui proviennent souvent de cultures collectivistes où le traitement est intimement lié aux membres de la famille et de la communauté. Cette intervention spécialisée permet de pallier le sentiment d'impuissance exprimé par plusieurs intervenants de première ligne qui connaissent peu les particularités de cette clientèle ainsi que la problématique spécifique des traumatismes sévères et qui, pour ces raisons, peuvent se montrer hésitants à prendre ces cas.

L'intervention a eu lieu dans les locaux de l'IQ, ce qui en facilitait l'accessibilité, et s'est déroulée sur une période de dix semaines à raison de deux heures/semaine. Neuf femmes ont participé, dont cinq ont été présentes aux dix séances. Les participantes ont été informées du groupe, entre autres, par l'intervenante de quartier, qui l'a annoncé dans le cadre d'un autre groupe africain, de même que par le « bouche-à-oreille » entre les membres de la communauté. L'intervenante de quartier et l'intervenante

de l'équipe en santé mentale ont coanimé les séances, assistées par une interprète et une observatrice participante (étudiante en psychologie). L'intervention a été évaluée en fonction de trois regards : 1) celui des animatrices; 2) celui des participantes et 3) celui de l'observatrice participante. Une triangulation des données a montré un renforcement du lien d'entraide entre les participantes, une augmentation de la connaissance des services de santé et des services communautaires, une plus grande proactivité dans les demandes d'aide, de même qu'une diminution des symptômes post-traumatiques. De façon générale, les participantes ont apprécié cette intervention en déplorant cependant qu'elle soit trop brève. D'autres membres de la communauté ont exprimé le désir de prendre part à cette intervention et les intervenantes ainsi que la chercheuse du CAU attendent l'autorisation du CSSS pour réitérer l'expérience, bonifier et standardiser l'intervention puis l'évaluer dans le cadre d'une recherche formelle.

#### **3.2.4 Agir sur les déterminants sociaux de la santé**

L'un des effets souhaités du projet d'intervention de quartier est qu'il agisse positivement sur les déterminants sociaux de la santé. Par déterminants sociaux de la santé, on entend les circonstances sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces déterminants sociaux ont des effets sur la santé des populations et sont à l'origine d'inégalités en santé. Ils regroupent, entre autres, le logement, le transport, la sécurité alimentaire, l'éducation, les conditions de travail, le chômage, l'exclusion sociale et le soutien social (Charte d'Ottawa dans WHO, 1986). Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, soit mondial, national et local (OMS, 2011). Ce document de l'OMS précise les principes généraux et les conditions d'action centrales de l'action dont le fait qu'il « ... est essentiel de veiller à la coordination et à la cohérence des actions sur les déterminants sociaux » (p. 12). Ce rôle a été moins investi que les précédents et c'est à travers les activités et les interventions de groupe que des effets sur les déterminants sociaux peuvent être constatés, particulièrement en regard du soutien social. Wilkinson et Marmot. (2003, p. 23) décrivent comment le soutien social contribue à la santé des gens.

*Social support and good social relations make an important contribution to health. Social support helps give people the emotional and practical resources they need. Belonging to special network of communication and mutual obligations makes people feel cared for, loved, esteemed, and valued. This has a powerful protective effect on health. Supportive relationships may also encourage healthier behaviour patterns. Support operates on the levels both of the individual and society.*

Le comité clinique de quartier est également une instance qui peut être porteuse de projets d'action plus structurants sur d'autres déterminants sociaux de la santé, et ce, grâce : 1) à la mise en commun des connaissances des problématiques collectives du quartier et 2) à la recherche de solutions communes s'appliquant à l'ensemble de la communauté.



## 4. LES MÉCANISMES CLINICO-ADMINISTRATIFS

Voici les mécanismes clinico-administratifs qui sont traités dans cette section, soit les mécanismes de coordination, de communication, de prise de décision et de soutien au sein de l'établissement, en regard de l'intervention de quartier (IQ) de même que dans l'ÉI. L'analyse des données recueillies témoigne de réalités bien différentes dans l'intervention de quartier et dans l'ÉI. On se rappelle cependant que les deux interventions sont dans des étapes différentes de développement. Ce qui particularise l'ÉI est d'abord présenté et ensuite, ce qui particularise l'intervention de quartier.

### 4.1 L'Équipe itinérance

Comme indiqué précédemment, la mise sur pied de l'ÉI en 2005 découle d'une volonté claire du milieu de se doter d'une telle instance : on veut répondre à une problématique réelle créée par les itinérants. Gérée en cogestion (CSSS-IUGS et CHUS), l'équipe relève de la DSGPSA. Comptant actuellement un intervenant social à temps complet, un organisateur communautaire et une infirmière à temps partiel (deux jours/semaine) et un médecin (six heures/semaine), l'équipe est fortement imbriquée dans le réseau communautaire de Sherbrooke.

L'équipe s'implante initialement « dans un cadre d'une pratique très souple » avec une marge de manœuvre, des « indicateurs de gestion démontrant qu'on obtient des résultats et une fréquence dans le suivi, validés par le chef de programme » (intervenant établissement). La reconnaissance de l'établissement à savoir qu'il s'agit d'une « équipe travaillant différemment et jouant un rôle stratégique au cœur d'une diversité de services » favorise « l'ouverture des intervenants de l'établissement » à travailler de concert avec l'équipe (intervenant établissement). La confiance de la part des administrateurs dans l'intelligence des actions posées par les intervenants pour « faire des choses audacieuses comme d'amener notre médecin évaluer un itinérant dans un bloc incendié en passant par la fenêtre » (intervenant établissement) et pour créer des collaborations souples avec les partenaires communautaires permet d'expérimenter des pratiques pour répondre aux besoins de la clientèle. L'équipe « défriche » donc en établissant des collaborations avec l'établissement, des partenariats avec le milieu communautaire et les institutions publiques, en même temps qu'elle suit des formations, participe à des colloques et donne des conférences. Les maillages avec les équipes régulières de l'établissement et avec l'ensemble des acteurs (communautaires et institutionnels) lui permettent de déterminer les meilleures façons de faire pour préciser « l'attitude à adopter avec la clientèle » reconnue comme « une espèce de voyageur ». On reconnaît d'emblée qu'il s'agit d'une « pratique à contre-courant qui oblige les gestionnaires et les décideurs d'être ouverts au fait qu'on a des méthodes qui sortent des sentiers battus » et qu'« individuellement, ce type d'interventions n'est pas viable » (gestionnaire). Ainsi, au fil des années, l'ÉI consolide des collaborations synergiques avec ses partenaires, par exemple « entente tripartite-ÉI, OMH et Services d'aide en prévention de la criminalité afin d'avoir accès à des unités de logements studios, Place Vimont » (intervenant établissement). Elle se dote également d'outils stratégiques efficaces (dont l'assermentation pour authentifier les photos donnant accès à une carte d'assurance maladie à l'itinérant qui n'en a pas), ceci afin de pouvoir mieux répondre à sa mission. Les rôles des intervenants de l'équipe se précisent également : un premier rôle est d'améliorer les conditions de vie des personnes itinérantes; un deuxième rôle est de soutenir au plan clinique, dans un rôle-conseil, toutes les personnes qui interviennent auprès de cette même clientèle (ressources communautaires et publiques) s'assurant ainsi de travailler au développement de la capacité du réseau à se mobiliser autour de projets communs pour offrir les meilleurs services à la clientèle.

La collaboration entre les divers acteurs autour d'une même clientèle a permis le développement d'une communauté d'intervention. Dans cette communauté, on s'influence afin de prendre les meilleures décisions pour réussir une intervention qui nécessite l'ensemble des ressources des acteurs intervenants.

Le fait d'être administrativement rattachée à la DSGPSA facilite les interfaces avec les ressources du réseau. Par exemple, face à « une personne itinérante très désorganisée qui a besoin de soins, on accepte » après une entente entre la responsable de programme et le milieu hospitalier « de l'hospitaliser pendant deux jours »; cela permet à l'intervenant « de préparer le terrain [...] de trouver une place et assurer un suivi à travers la complémentarité des ressources du milieu » (intervenant établissement). Des ententes entre l'ÉI et les intervenants travaillant à l'interne permettent aux intervenants de l'ÉI de se sentir soutenus en situations difficiles (ex. : les transferts venant du CHUS, évalués à l'accueil, évalués par le guichet santé mentale sont orientés vers l'équipe de suivi ambulatoire sans être automatiquement transférés à l'ÉI. Il est convenu qu'on ne retourne pas un client à l'ÉI lorsqu'il est suivi par l'équipe suivi d'intensité variable (SIV) même lorsque ce dernier redevient instable impliquant qu'il y a un travail de *reaching out* assumé par l'équipe SIV.

#### **4.2 L'Intervention de quartier**

La mise sur pied de l'intervention de quartier s'amorce de façon différente. Comme soulignée dans l'introduction, c'est dans le cadre du redressement du CAU-CSSS-IUGS qu'elle prend d'abord forme. Elle s'amorce sous le nom de Chantiers d'interventions territoriales et d'innovations sociales et pédagogiques. On souhaite, par ces chantiers, faire la démonstration d'une approche microterritoriale dans une perspective de développement des communautés efficiente en regard de l'organisation des services. On souhaite également contribuer à la participation citoyenne et au bien-être de la population vulnérable ainsi que renforcer les liens unissant les activités de recherche, les pratiques de gestion, les pratiques d'intervention et les activités de formation en contribuant à la transformation et à l'amélioration des pratiques en CSSS. En fait, les chantiers d'interventions se voulaient des laboratoires d'amélioration et de transformation des pratiques interprofessionnelles s'adressant à des citoyens plus vulnérables.

Initialement, l'intervention de quartier est sous la coordination de la DRCAU avec la DCAA. En mars 2009, avant l'embauche des deux intervenantes de quartier, la DPCSPDC prend le relais. Les intervenantes de quartier répondent directement de la DPCSPDC alors que le chargé de projet qui a la responsabilité de gérer les opérations découlant de la mise en œuvre de l'intervention de quartier (développement des pratiques, tissage des liens avec les programmes à l'interne et avec les partenaires à l'externe) demeure sous coordination de la DRCAU avec la DCAA.

Les défis initiaux sont l'adhésion des partenaires communautaires et des programmes-clients pour mettre en place cette structure d'innovation et la mise en place de mécanismes de coordination, de communication et de prises de décision. Dès lors, plusieurs démarches sont entreprises, autant à l'interne qu'à l'externe, pour chercher cette adhésion auprès des partenaires et auprès des responsables des programmes-clients. Une des démarches consiste en des rencontres et des réunions de travail avec le comité de direction, les directrices cliniques, les cadres intermédiaires, et les organisateurs communautaires (2008-2009). D'autres démarches visent l'identification des mécanismes : a) mise sur pied de deux comités de coconstruction; b) interdirections réunissant des intervenants, des gestionnaires et des chercheurs; c) participation des IQ aux rencontres de l'équipe de l'accueil; d) identification des personnes de référence pour des conseils cliniques; e) rencontre des sous-programmes (SIV, PAVL) et des équipes (intégré 0-5 ans); f) présentation du projet aux chefs de

programmes; g) processus de consultation auprès de diverses instances associées (2008-2009); h) démarche d'enquête rétroactive pour évaluer l'état du fonctionnement (2009-2010).

L'arrivée des intervenantes dans les quartiers oblige aussi à traiter les enjeux de fonctionnement : a) tenue de dossiers, confidentialité, accès au SIC b) arrimage avec l'accueil et les autres programmes; c) localisation des intervenantes dans les quartiers; d) identification des frontières des mandats; e) identification des intervenants travaillant de façon significative dans les quartiers; f) définition des modes d'attribution de certains dossiers et g) balisage des collaborations et des communications entre les intervenantes des quartiers et les intervenants de l'établissement.

Les plans d'interventions territoriales pour les quartiers (intersectoriels et interdisciplinaires) intégrant des méthodes d'interventions cliniques, de groupes et collectives) sont élaborés par les comités de coconstruction (mai/2008-janvier/2009), puis sont présentés au comité de coordination et d'orientation stratégique de l'établissement. En décembre 2009, une adhérence de principes de l'établissement à la démarche de l'intervention de quartier se traduit par l'introduction dans le RLS (2008-2012) de plusieurs cibles d'amélioration qui ont trait à l'intervention de quartier. Un rapport du comité de pilotage des chantiers (février/2009) fait état des actions accomplies, mais aussi de l'importance de clarifier la structure de gestion, des mécanismes de coordination et de communication afin de s'aligner dans une même direction et de suivre les opérationnalisations. En juin 2009, le comité de pilotage composé des directeurs de DSPEJF, DSGPSA ET DSPPAPA, DRCAU, DCAA inscrit l'intervention de quartier dans l'offre de service de l'établissement. On souhaite inscrire l'intervention de quartier en complémentarité avec les activités cliniques des programmes, contribuer à son développement, mettre à contribution l'expérience terrain des intervenants pour résoudre les problèmes émergents, piloter le développement de projet d'intervention sous-zones et piloter l'organisation des formations. Le suivi de son développement est sous la responsabilité du comité des directrices programmes/services. En janvier 2010, le projet est représenté au comité des directrices et au comité de direction. Enfin, en février 2010, le projet est considéré comme un projet novateur, un modèle hybride d'intervention associant le développement des communautés avec les activités cliniques des programmes services où sont associés la recherche et l'enseignement. L'établissement accepte de poursuivre son financement jusqu'au 31 mars 2012 en autant que la situation budgétaire le permette et qu'une évaluation soit réalisée sous l'égide du CAU. On convient alors de planifier des journées de formation destinées aux intervenants et aux gestionnaires interpellés par l'intervention de quartier. Enfin, en mars 2010, les intervenantes de quartier sont rapatriées avec les intervenants de la DPCSPDC et c'est un ACP de cette direction qui assume, à deux jours par semaine, la gestion de l'intervention de quartier.

Un travail considérable a donc été réalisé afin de créer des liens avec les programmes-clientèles. Toutes les personnes rencontrées (gestionnaire, intervenant, citoyen) reconnaissent toutefois « que l'intervention de quartier est une intervention différente qui exige de travailler différemment ». Cependant, en ce moment, il y a une absence de mécanisme de fonctionnement clair entre les divers programmes-clientèles interpellés et l'intervention de quartier. Trois situations témoignent de l'absence de ces mécanismes de coordination, de communication et de prises de décision : la gestion des références, la gestion des crises et des suivis. « La reconnaissance des exigences d'une intervention territoriale n'est pas acquise » (intervenant établissement). Le fait de ne pas être rattachée administrativement à une direction clientèle semble amplifier les difficultés au sens où dans ces situations, l'IQ ne peut pas compter sur l'appui des intervenants à l'interne. Comme il sera démontré dans la prochaine section, elle se retrouve souvent seule à gérer des problématiques d'une grande complexité.

Actuellement, lorsque l'IQ veut référer un client, elle devient donc en attente d'un service de l'établissement. C'est donc l'IQ qui « porte la responsabilité de l'intervention en attendant » (intervenant établissement) que la situation soit prise en charge par l'établissement. « La durée des suivis est aussi une préoccupation » (gestionnaire). Un accord de principe est de favoriser les suivis à très court terme. Dans la réalité, pour répondre à la particularité des milieux, les IQ font forcément des suivis psychosociaux à moyen terme, d'une part pour répondre aux besoins de la clientèle et aussi pour maintenir les liens pendant l'attente de l'obtention des services. Les IQ se retrouvent souvent seules dans les situations de crise. Ces situations sont exacerbées par le fait d'avoir tissé un lien de confiance avec la clientèle (intervenant établissement). Il n'y a pas, en ce moment, d'entente (formelle ou souple) entre les équipes régulières du CSSS-IUGS et l'IQ qui tient compte de la complexité de l'intervention de quartier (intervention multi niveaux avec plusieurs acteurs ancrés dans le quartier). L'enjeu des maillages avec l'IQ et les équipes programme demeure à définir.

Des collaborations, entre l'IQ et les intervenants de l'établissement, pour intervenir auprès de la clientèle du quartier témoignent que les collaborations sont possibles. Actuellement, elles sont plutôt le fruit d'un comportement d'insistance de la part des IQ lorsqu'elles « réussissent à faire valoir leur point pour se faire accompagner par une infirmière en santé mentale » en insistant auprès de la chef d'équipe ou encore le fruit d'un comportement de délinquance au niveau des mécanismes de communication lorsqu'elles interpellent directement des intervenants à l'interne avec qui elles ont établi des relations de collaboration. Outre ces écarts, les moments de collaboration sont vécus de manière extraordinaire parce qu'ils permettent une continuité de services, « [...] deux semaines après, la cliente fait une psychose et on a pu l'hospitaliser ensemble ». Le partage des ressources entre les intervenants permet d'offrir un meilleur service : « L'infirmière ayant des notions clés que l'IQ n'avait pas », les deux collaboratrices mettent à profit leurs compétences pour réaliser « une intervention qui tient compte de la spécificité des quartiers » (intervenant établissement). Les IQ ont parfois l'impression que la communication se fait à sens unique; elles sont « disponibles pour aider, accompagner les intervenants du CSSS lorsqu'ils souhaitent avoir accès à leurs ressources » alors qu'il est plus difficile d'avoir accès aux ressources des intervenants à l'interne. L'absence de telles ententes crée une certaine pression sur les épaules des IQ qui en regard « du lien de confiance établi avec les citoyens [...] prennent sur elles-mêmes le bon fonctionnement de l'intervention » éprouvent beaucoup de difficulté à dire aux citoyens « écoutez la demande est faite [...] cela va prendre du temps » et à ne pas s'impliquer dans la situation (intervenant établissement).

Les mécanismes permettant de soutenir les intervenantes dans leurs interventions sont perçus comme insuffisants. Par ailleurs, le développement récent d'un comité clinique dans le quartier, perçu comme une bouée de sauvetage, répond à un besoin de soutien des IQ. Plusieurs témoignent de la pertinence de ce comité qui devient un lieu de rencontre pour tous les intervenants travaillant dans le quartier (IQ, intervenants partenaires, intervenant établissement). Il permet aux divers intervenants de partager les difficultés vécues individuellement afin d'en faire des difficultés partagées : « [...] les mêmes citoyens ou familles qui se promènent [...] qui vont au RAME [...] au local des jeunes [...] à la soupe » (citoyen). Quand l'enjeu se traduit dans une problématique collective du quartier, on la ramène à la table de concertation du quartier pour dire : « [...] il y a tel problème [...] alors comment on peut intervenir pour régler ou améliorer ces enjeux ou ces problématiques évoquées? » (Intervenant communautaire). Certains imaginent que ce comité pourrait aider à l'arrimage entre les IQ et les intervenants du CSSS : « [...] qui rentrent et sortent des quartiers sans nécessairement connaître l'ensemble des acteurs qui y interviennent » (intervenant établissement). Enfin, les rôles de l'IQ et de l'organisateur communautaire se sont précisés : l'IQ assumant un rôle plus micropsychosocial auprès des personnes et des familles et l'organisateur communautaire assumant un rôle macro auprès des systèmes communautaires afin d'assurer de travailler dans une même direction. Quant à l'ACP, il



représente l'IQ auprès des autres directions, fait la promotion de l'intervention de quartier, agit comme liaison entre les IQ et l'OC, voit au développement des interventions, des questions administratives et des techniques.

En somme, au-delà des situations vécues ayant servi d'occasion de travailler ensemble —intervenantes de quartiers, intervenants de l'établissement, du réseau communautaire et des institutions publiques — dans l'intervention de quartier, on parle davantage de mécanismes de collaboration, de communication et de prise de décision en construction.



## 5. LES RÉSULTATS

La synthèse des résultats met en lumière l'analyse des effets perçus par les acteurs à propos des actions mises en œuvre ou soutenues par l'IQ dans Ascot et Jardins Fleuris et par l'Équipe itinérance au centre-ville. Plusieurs catégories d'effets concernant diverses catégories d'acteurs et de systèmes sont répertoriées. Avant de présenter ces catégories, quelques données issues du *monitoring* seront détaillées.

### 5.1 Données quantitatives

Cette sous-section a pour but de donner de l'information en ce qui a trait aux données statistiques de l'intervention de quartier, pour les années 2009 et 2010. Six dimensions seront présentées : 1) les modalités de la prise de contact; 2) les cibles de l'intervention; 3) les collaborateurs; 4) le lieu; 5) les types d'intervention et 6) les raisons. Les modalités se détaillent en cinq aspects : 1) par téléphone; 2) par contact un à un; 3) par contact à plus d'un; 4) par intervention de groupe et 5) par une tournée du quartier. On peut ainsi constater des variations significatives dans les deux quartiers pour les périodes étudiées. Ainsi, à Ascot la première année, 48 % des modalités ont été du contact un à un et le contact par téléphone représentait seulement 29 % des modalités alors qu'en 2010, ce dernier est de l'ordre de 42 %. À Jardins-Fleuris, c'est le contraire qui se produit puisque le contact téléphonique diminue de manière radicale la deuxième année, de 53 % à 25 %.

En regard des cibles de l'intervention, la catégorie « usager fidélisé » ressort nettement et connaît une augmentation considérable dans les deux quartiers la deuxième année; pour Ascot, de 53 % à 75 % et pour Jardins-Fleuris de 50,5 % à 81 %. Ce terme réfère à des personnes avec lesquelles les intervenantes ont des contacts réguliers. Au niveau des collaborateurs, le CSSS-IUGS est le principal collaborateur dans Ascot pour les deux années alors que dans Jardins-Fleuris, ce sont les organismes communautaires. Dans Jardins-Fleuris, on semble s'appuyer de manière importante sur les membres de la communauté puisque les voisins (45 %) et les aidants naturels (21 %) ressortent nettement dans les données de 2010.

Quant au lieu d'intervention, des différences importantes se manifestent entre les deux territoires même si le local du CSSS-IUGS tend à devenir en 2010 le lieu d'intervention privilégié avec respectivement 88 % pour Jardins-Fleuris et 60 % pour Ascot. Ainsi, à Ascot, le domicile représente un lieu significatif d'intervention : 34 % en 2009 et 21 % en 2010 alors qu'à Jardins-Fleuris, ce lieu est très peu privilégié. En ce qui a trait aux types d'interventions, on constate une certaine variation entre les quartiers et les années. Ainsi, à Ascot, l'information (32 %) est le premier type d'intervention en 2009 alors que c'est la discussion de cas (22 %) en 2010. Pour Jardins-Fleuris l'analyse de problématique (32 %) en 2009 et l'animation de groupe (19 %) en 2010 se classent en tête de liste. Avec la coanimation (11 %), c'est 30 % des types d'interventions en 2010 dans Jardins-Fleuris qui réfèrent à une intervention de groupe. Le soutien direct demeure important : 18 % dans Jardins-Fleuris et 15 % dans Ascot en 2010.

Finalement en regard de la raison principale d'intervention, trois catégories ressortent de manière significative : les liens avec les réseaux, la dimension interculturelle et la santé mentale. Cette dernière catégorie englobe ici l'intervention en situation de crise (santé mentale menacée). Dans Ascot, nous sommes passés de 15 % en 2009 à 30 % en 2010 et c'est la même situation dans Jardins-Fleuris, de 12 % à 26 %. La dimension interculturelle est demeurée stable dans Ascot à 16 % alors que dans Jardins-Fleuris, il est passé de 5 % en 2009 à 28 % en 2010, toujours selon les données disponibles. De même, les liens réseaux ont bondi de 11 % à 26 % tandis que dans Ascot cette catégorie a diminué de 21 % à 15 %. Tous ces chiffres sont significatifs puisqu'il y a 28 catégories de raisons.

## 5.2 Analyses qualitatives

Nous avons d'abord constaté des effets récurrents transversaux touchant les trois quartiers. Nous en avons noté six qui font l'unanimité parmi les personnes interrogées : 1) réduction de l'isolement des personnes; 2) information sur les ressources et les droits; 3) accès aux ressources communautaires et institutionnelles; 4) création de réseaux dans le quartier; 5) amélioration du climat de confiance et 6) soutien à la participation sociale. Les personnes interviewées mentionnent des effets de l'IQ et de l'Équipe itinérance chez cinq catégories d'acteurs et de systèmes. Ces effets sont de divers ordres. Ils convergent toutefois en un ensemble de résultats qui ont pour effet d'améliorer la situation des personnes et des milieux concernés.

### 5.2.1 Effets sur les personnes

Un effet manifeste est celui qui témoigne de l'action de l'IQ et de l'ÉI sur la qualité de vie des personnes en général. Réduire l'isolement, en favorisant l'implication et la participation des personnes et en les reliant entre elles, contribue à construire un climat de confiance et de solidarité basé sur les rencontres formelles et informelles des personnes à diverses activités organisées ou soutenues par l'IQ (cuisine collective, groupe de marche, groupe de femmes africaines)<sup>2</sup>. L'information contribue également à la qualité de vie et elle est au cœur de la plupart des démarches soutenues par les intervenants : elle permet de connaître les ressources communautaires et institutionnelles, de diriger les gens aux ressources adaptées à leurs besoins et en favorise l'accès. La défense des droits représente une autre contribution de l'IQ (droit aux services de santé, assurance-maladie, aide sociale, etc.) particulièrement auprès des personnes immigrantes nouvellement arrivées, des réfugiés et des personnes itinérantes. L'IQ dans Ascot et Jardins-Fleuris de même que celle de l'ÉI se distingue par son action concrète, immédiate sur les situations précaires ou préoccupantes (trouver un logement, aider à trouver un professionnel de la santé ou en intervention psychosociale, trouver une garderie, etc.). Une usagère témoigne de ce qui a changé dans sa vie depuis qu'elle a été en contact avec l'IQ :

« L'intervenante m'a donné plein de conseils, elle m'a référée à des organismes et en plus j'ai eu le bonheur de rencontrer la Soupe du quartier qui se fait au CLSC et maintenant, je fais partie du comité, et je fais du bénévolat, ce qui m'a permis aussi de rencontrer le Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME) qui est juste à côté. L'intervenante m'a fait rencontrer un organisme qui pouvait m'offrir une halte-garderie, ce qui m'a facilité la tâche » (usagère J-F).

Cet extrait illustre une intervention aux effets en cascade démontrant un enchaînement vertueux d'une première intervention qui s'est finalement prolongée bien au-delà des attentes probables de l'usagère. Ce premier contact l'a reliée à tout un réseau de services qui lui a fourni de l'aide concrète et dans lequel elle a pu se placer et s'impliquer, devenant à son tour une ressource pour le quartier. L'IQ a fourni l'occasion à plusieurs personnes de développer leurs talents et leurs habiletés et d'en faire profiter les autres : a) retour aux études; b) défendre ses droits; c) développer leurs capacités d'affirmation et de confiance en soi; d) participer activement et e) prendre une place prépondérante dans l'organisation et la tenue d'activités; etc.

La prévention secondaire est constitutive de ce type d'intervention. Certaines situations familiales ou individuelles qui sans intervention *ad hoc* pourraient se détériorer et aboutir à une crise sont évitées (santé mentale, urgence alimentaire, crise familiale, etc.). Dans le même ordre d'idées, la réduction des

---

<sup>2</sup> Ces effets sur les personnes résultent de l'action sur le soutien social (déterminant social) grâce au réseautage entre les résidents et réapparaissent dans la section des résultats qui porte sur les déterminants sociaux.

méfaits est un principe d'intervention bien connu de l'Équipe itinérante en particulier et elle porte des fruits.

Les effets de l'IQ touchent une clientèle spécifique du quartier Ascot et auprès de laquelle on retrouve les composantes décrites plus haut dans l'action sur la qualité de vie des personnes : l'intégration des immigrants à la culture québécoise :

« On a fait tomber la peur à cause des réunions, des rencontres qu'on a faites avec les gens du CLSC, avec la police [...]. C'est ça qui m'a soutenu, pas moi seul, mais ça nous a entrés dans le monde, ça nous a fortifiés, ça nous a mis vraiment beaucoup de forces et on est ici, on doit construire notre Sherbrooke [...]. On s'est senti qu'on est dans un pays » (bénévole d'Ascot).

Plusieurs témoignages d'intervenants, de bénévoles et d'usagers convergent en ce sens et témoignent de l'éveil à un sentiment de citoyenneté dû à l'action de l'IQ.

### 5.2.2 Effets sur les groupes

Très tôt après la mise en place du projet, les intervenantes de quartier ont mis sur pied et animé des groupes d'éducation, de soutien social, de socialisation, de réduction du stress et de thérapie d'une durée allant de six semaines à plus d'un an. Les exemples qui suivent permettent de saisir concrètement la couleur spécifique des groupes et d'illustrer combien l'intervention de quartier constitue un contexte extrêmement propice à la mise en place de groupes diversifiés, bien ancrés dans la communauté. Ainsi, les « *Ladys de la cocina* » d'Ascot fournissent l'exemple d'un groupe fermé alliant un volet éducatif et un volet de soutien, dont le contenu a été développé à partir des besoins énoncés par les participantes lors de la première rencontre (voir la programmation du groupe à l'annexe II). À l'autre extrémité, on retrouve « la Soupière », une activité hebdomadaire ouverte et informelle de socialisation, d'entraide et d'information, accessible à tous les résidents du territoire de Jardins-Fleuris et qui se poursuit depuis. Devenus une véritable « institution », les résidents appellent fréquemment le local de quartier, « la Soupière ». Ceci illustre combien cet espace communautaire est investi et significatif pour les résidents (Aber, Maton et Seidman, 2010; Goldsworthy, 2002). Également, un groupe de marche, institué pour répondre à un besoin formulé par la communauté de réfugiés bhoutanais, a pris la forme d'une activité bihebdomadaire ouverte à tous les résidents du quartier d'Ascot qui se termine par un café-rencontre permettant aux différents groupes culturels du quartier d'établir des premiers contacts. Dans ces deux derniers cas, il semble juste de considérer que ces groupes participent au développement de leur communauté respective. En effet, ils s'appuient sur un partenariat territorial et ils relient la dimension clinique et communautaire de l'intervention, tout en répondant à des besoins pour l'ensemble des résidents de la communauté (amélioration de la santé et création de liens sociaux) (Caillouette *et al.*, 2008). Seule la dimension de l'*empowerment* est peu présente puisque les personnes concernées sont peu mobilisées dans la mise en œuvre de cette activité, ce qui serait, par ailleurs, facilement envisageable. Dans le cas de la Soupière, par contre, c'est un petit comité qui est responsable de la réalisation de cette activité hebdomadaire et ses membres vivent un processus d'*empowerment* qui leur permet de développer simultanément leur estime de soi, diverses habiletés techniques et organisationnelles, une participation active et dans une certaine mesure, une conscience critique face aux enjeux de la sécurité alimentaire (Dallaire, 2010, 2011; Ninacs, 2008).

Le groupe de réfugiées africaines à Ascot a pu de son côté offrir un service adapté aux besoins très spécifiques de femmes africaines ayant connu la violence organisée et de nombreux traumatismes avant leur migration au Québec. Ce groupe a offert un espace sécurisant d'échange et d'information permettant de renforcer ainsi les liens entre les femmes, de partager un vécu, de se centrer autour de préoccupations communes plutôt que de rivalités interethniques et de mieux connaître les services de

santé et les organismes communautaires. Le témoignage d'une Africaine vivant à Sherbrooke depuis une dizaine d'années a représenté un modèle positif et une source d'inspiration pour les participantes. Un dernier exemple inspirant en santé mentale est le groupe d'art communautaire comprenant des citoyens dont certains sont suivis pour des problèmes de santé mentale. Ce groupe formel, mais non structuré, favorise l'inclusion et la participation sociale sans distinction.

Les points forts des interventions de groupe se déclinent de la façon suivante : a) besoins des participants décelés, reconnus et pris en compte dans la planification des groupes; b) souplesse, adaptabilité, créativité dans la conception des groupes; c) nombreux participants qui demandent une aide individuelle après s'être impliqués dans un groupe (dépassement de la méfiance); d) transitions du rôle d'aidés à celui d'aidants; e) nouvelle perception du quartier et du développement de réseaux informels d'entraide; f) transition pour quelques personnes de la participation sociale à la participation citoyenne et g) capacité de joindre des communautés culturelles qui n'ont pas l'habitude de demander des services au CSSS-IUGS.

### ***5.2.3 Effets sur les partenaires***

L'IQ a eu pour effet de renforcer les liens existants avec les partenaires, de soutenir leur action et de consolider la mobilisation qu'ils cherchent à créer par leur action. La mise sur pied et le maintien de la cuisine collective dans Jardins-Fleuris de même que les liens étroits et la collaboration développée avec la Chaudronnée par l'Équipe itinérance en constituent de bons exemples. « Les intervenantes de quartier sont des courroies de transmission dans tous les événements qui se passent dans le quartier. Elles permettent aux partenaires d'avoir une cohésion au niveau du quartier sur plusieurs dossiers » (partenaires communautaires J-F).

La métaphore de la courroie de transmission est révélatrice de la couleur qu'a prise l'IQ dans les quartiers. On a aussi, par ailleurs, illustré son action par des termes comme « gare de triage » et « point de ralliement » qui indiquent dans un langage imagé d'autres rôles de l'IQ. Le renforcement des liens, la collaboration et le soutien aux partenaires et la présence de l'IQ dans Ascot et Jardins-Fleuris ont favorisé la création de comités cliniques conjoints partenaires-intervenants dans les quartiers. Le principal objectif du comité clinique de quartier est de développer une communauté de pratique entre les intervenantes IQ, les intervenants du milieu et l'OC. Ces intervenants s'apportent du soutien, mais l'idée de soutenir davantage des changements dans les conditions de vie des résidents du quartier est aussi un objectif important : « Le fait d'avoir une présence d'intervenants, de professionnels dans un quartier peut avoir cet effet-là au niveau des partenaires qui sont là, les gens sont consultés. Je pense que c'est pour ça aussi peut-être qu'ont pris naissance les groupes de codéveloppement avec les partenaires communautaires » (ACP). La présence dans le milieu, la concertation maintenue avec les partenaires et les ressources multidisciplinaires accessibles combinées à l'expertise des organismes communautaires assurent une cohérence et une meilleure continuité dans l'action des partenaires communautaires et institutionnels dans les milieux.

### ***5.2.4 Effets sur les réseaux et le quartier***

Le développement d'un meilleur climat social, souvent nommé « climat de confiance », le déploiement d'une dynamique nouvelle et positive dans les quartiers et l'essor d'une « communauté d'intervention » constituent les principaux résultats observés.

Plusieurs interviewés ont mentionné avoir observé une amélioration du climat dans les quartiers Ascot et Jardins-Fleuris. On souligne à plusieurs reprises une meilleure dynamique sociale liée au sentiment de sécurité éprouvé. L'exemple de la participation de policiers à certaines activités a fait en sorte de

mieux comprendre leur rôle et de les considérer davantage comme des acteurs positifs dans le quartier. À l'inverse, cela a permis aux policiers de mieux connaître quelques résidents et d'envisager le quartier sous un autre angle. Un intervenant traduisait bien les liens entre confiance, sécurité et réseau : « Plus on est en réseau, moins on se sent insécure. » La formation de réseaux informels est une réalité plus difficile à observer. On fait toutefois souvent référence au développement de réseau de voisinage entre quelques personnes dans un immeuble ou élargi à la reconnaissance des résidents entre eux dans le quartier par le fait de se reconnaître et de se saluer. Un partenaire l'exprimait ainsi : « Une communauté qui se tient et qui nous permet de réapprendre à vivre en communauté » (partenaires d'Ascot). Dans les fêtes de voisinage, notamment dans l'Est, on a observé que plusieurs personnes qui y participaient avaient été en contact ou dans l'entourage de l'IQ. Dans Ascot, plusieurs Bhoutanais ont été incités par l'intervenante de quartier à participer au plan d'action sur la santé. Les interventions de groupe renforcent la présence du CSSS dans les quartiers et complètent judicieusement les interventions cliniques individuelles à domicile. L'IQ conduit ainsi à une concertation élargie des acteurs de plusieurs niveaux dans le quartier.

Parmi les réalisations de l'IQ, on mentionne la création d'une communauté d'intervention dans les quartiers. Cela est plus particulièrement observé avec l'ÉI implantée depuis plusieurs années et avec des caractéristiques qui lui sont propres et qui favorisent le déploiement d'une communauté d'intervention. On peut faire l'hypothèse toutefois qu'elle est embryonnaire dans les quartiers d'Ascot et de Jardins-Fleuris. La communauté d'intervention réfère au fait de relier des personnes et des organismes afin d'agir, par diverses actions concrètes et convergentes, dans le but de « faire communauté » dans l'intervention. Un intervenant la décrit ainsi : « Toi, tu as le pouvoir de faire un petit bout, puis nous aussi, on prend un autre bout. Ça arrive très fréquemment. On a de la crédibilité : eux sont là, ça me donne le goût aussi de faire quelque chose » (intervenant établissement). Il s'agit de faire en sorte que des intervenants ne se retrouvent pas dépourvus devant une situation très complexe mais qu'ils se sentent au contraire capable d'agir sur la situation en concertation d'intervention avec d'autres intervenants dans une action structurante à moyen et à long terme. Les comités cliniques en constituent un exemple. La communauté d'intervention comprend aussi des personnes activement impliquées dans le quartier (personnes-pivots) qui agissent aussi comme sentinelles par leur connaissance des ressources institutionnelles et communautaires.

### ***5.2.5 Effets sur le système de santé***

Les effets perçus sur le système de santé sont de divers ordres. Joindre des personnes qui ne viendraient pas d'elles-mêmes demander des soins de santé ou une intervention psychosociale, sauf en cas d'urgence, éviter l'aggravation d'une condition, atténuer une situation de crise et réduire la méfiance envers le système de santé et les services sociaux résument les propos des personnes interrogées. On donne l'exemple d'une personne qui a un trouble de santé mentale, qui n'a jamais eu de suivi ou n'a jamais consenti à recevoir des soins, qui est difficilement joignable, qui va de ressource en ressource, séjourne dans un refuge, fait des séjours en prison, passe par la soupe populaire, perd son logement, on la perd de vue, elle change de ville puis elle revient. Il n'y a jamais eu aucun suivi, ni accompagnement au-delà de l'urgence et dans la contrainte parfois. Il se fait un lien graduellement avec l'Équipe itinérance qui va l'accompagner, puis la suivre et enfin lui proposer des soins. La personne se stabilise, obtient un diagnostic et prend sa médication.

L'IQ clarifie les besoins, informe et oriente vers les ressources, tant communautaires qu'institutionnelles. On a mentionné à plusieurs reprises qu'il y avait des avantages à moyen et à long terme d'agir en prévention pour les institutions elles-mêmes, notamment en termes de coûts et

d'efficacité. La création d'un groupe de marche ou d'un groupe pour aider des personnes à perdre du poids profitera probablement au système de santé à moyen et à long terme par exemple.

#### *5.2.6 Effets sur les déterminants sociaux de la santé*

Quatre déterminants sociaux de la santé sont plus particulièrement concernés par les actions de l'IQ : 1) soutien social; 2) accès au logement; 3) sécurité alimentaire et 4) participation sociale.

L'intervention de quartier a un impact direct et fort sur le soutien social accessible aux résidents. L'ensemble des activités et des interventions de groupe déployé a permis, à de nombreux citoyens, de créer des liens significatifs et des relations d'entraide, tout en développant leurs connaissances sur les ressources du quartier. Dans bien des cas, les participants poursuivent leur implication au sein de groupes après une première expérience positive (ex. : participation à la Soupière puis au groupe d'art communautaire, implication dans le groupe d'information pour les réfugiés africains suivie d'une participation aux cuisines collectives). Ainsi, l'effet positif du soutien social se poursuit dans le temps pour certains d'entre eux. Le souci de réseautage de la part des intervenantes, des partenaires associés, des personnes-pivots et des citoyens eux-mêmes, contribue également à consolider le tissu social du quartier. L'accès au logement et à la sécurité alimentaire sont deux déterminants mesurables que l'on associe habituellement aux actions concrètes de l'ÉI. Le principal objectif de l'ÉI est de favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes itinérantes. Par exemple, l'organisateur communautaire a accompagné le Partage Saint-François dans la mise en place du projet Refuge. Son rôle était de concevoir le projet, mobiliser un réseau de partenaires autour du projet, faire la recherche d'immeubles et de financement. Quant à l'intervenant social, il participait aux travaux du comité pour l'implantation du refuge et à l'élaboration des services qui y seraient offerts. Le projet de construction d'une coopérative, l'Autre-Toit constitue un autre exemple d'action sur les déterminants sociaux. Cette coopérative de solidarité, dont le CSSS-IUGS et plusieurs organismes communautaires sont les promoteurs, comprendra 22 logements. Ce projet vise, entre autres, à offrir de l'habitation à prix modique et garantissant l'intégrité physique des résidents, vise également à créer un milieu de vie qui contribue à l'établissement d'un réseau social et à favoriser la prise en charge du milieu par les résidents.

Les déterminants sociaux ont aussi été l'objet d'actions ciblées et concrètes par les intervenantes de quartier dans Ascot et Jardins-Fleuris. L'aide dans la recherche de logements plus convenables, salubres et convenant par exemple à une famille avec plusieurs enfants, constitue une action significative s'appuyant sur des liens développés avec des propriétaires d'édifices à logements. La Soupière, qui agit directement sur la sécurité alimentaire, porte aussi ses fruits à l'égard des deux autres déterminants sociaux que sont le soutien social et la participation sociale :

« Il y a comme la leader puis une de ses amies qui est proche, puis elles roulent beaucoup là, elles carburent à ce projet-là. C'est vraiment une motivation importante dans leur vie. Elles y tiennent vraiment beaucoup, c'est leur fierté. On a une espèce d'affichage en avant, c'est le groupe la Soupière. Puis on les applaudit à la soupe. Puis il y a d'autres bénévoles qui gravitent tout autour, ils donnent un coup de main de temps en temps. Il y a un monsieur qui est venu il y a deux semaines, puis là il revient pour essayer de voir comment elles cuisinent. La bénévole aime ça parce qu'elle montre ses trucs de cuisine » (intervenante établissement).

Cette activité illustre aussi un effet en cascade où une action conduit à des effets souvent non prévus, mais porteurs de multiples retombées. Trois déterminants sociaux sont ici visés par cette seule activité. Le soutien social et la participation sociale constituent, par ailleurs, des déterminants régulièrement



mentionnés par l'ensemble des acteurs dans les retombées concrètes et observables de l'IQ, particulièrement dans Ascot et Jardins-Fleuris.



## 6. LES LIMITES DU PROJET D'INTERVENTION DE QUARTIER

Le projet d'intervention de quartier représente une innovation sociale, dont la mise en branle s'est faite par étapes successives, de façon très expérimentale et campée sur les réalités des terrains. Une des étapes charnières fut la recherche d'un local et l'installation des intervenantes dans leur nouvel environnement. La prise de contact avec les lieux, ses ressources et ses résidents, s'est déroulée de concert avec l'utilisation de diverses stratégies pour faire connaître le local de quartier et petit à petit des services ont commencé à être dispensés. Au fur et à mesure du déploiement du projet, les points de jonction entre le local de quartier et les programmes à l'interne se sont précisés. À l'origine, le processus de fonctionnement convenu apparaissait assez simple. Il était entendu que les intervenantes réalisaient le processus d'accueil psychosocial proactif dans le milieu de vie des gens et s'efforçaient, dans un premier temps, de répondre à la demande par une intervention brève ou par une référence aux services à l'interne. Cependant, ce profil initial s'est avéré plus complexe une fois mis à l'épreuve de la réalité et rapidement, certains manques en termes de mécanismes de décision, de coordination et de communication sont devenus apparents et problématiques. Ces lacunes se sont manifestées de façon particulièrement aigüe dans le contexte des transferts de dossiers et tout particulièrement dans celui des interventions de crise. Voici un exemple relatif aux transferts de dossiers. Il arrive que des membres de la communauté africaine, informés par leurs compatriotes de l'existence d'une intervenante de quartier, se présentent au « local ouvert »<sup>3</sup> espérant un suivi avec celle-ci. Au moment d'une proposition de transfert, ceux-ci résistent parfois fortement aux propositions de référence aux programmes à l'interne, lesquels sont loin de leurs référents culturels, alors que l'IQ revêt à leurs yeux l'image d'une personne très accessible, inspirant confiance, capable de comprendre leur réalité et voulant leur bien. Ceci donne lieu à des situations ambiguës pour l'intervenante qui, en principe, n'a pas le mandat de faire de la prise en charge, mais qui souhaite en même temps que les personnes, dont elle connaît les besoins, reçoivent un service. La tentation est forte à ce moment de faire elle-même le suivi. Un intervenant abonde en ce sens en observant que la consigne de référer les gens aux services à l'interne n'apparaît pas nécessairement pertinente vu du terrain, étant donné que plusieurs résidents n'ont ni le réflexe d'aller à l'interne pour de l'aide, ni nécessairement confiance dans les services institutionnels. Ainsi, il semble légitime de se demander si dans de telles situations il ne serait pas plus adéquat de reconsidérer les mécanismes de suivi afin d'atténuer ces résistances. Il est enfin mentionné que les dossiers issus des communautés culturelles seraient traités moins rapidement compte tenu de l'inconfort et du manque d'expérience en intervention interculturelle de la part des intervenants.

À Ascot, les interventions en contexte de crise occupent un espace considérable. L'IQ reçoit d'ailleurs des éloges pour « le travail formidable accompli » et sa détermination à trouver des solutions d'urgence au sein de situations « où tout est en train de se démolir ». Il n'est pas rare cependant que l'intervenante vaque à ses occupations normales tout en étant engagée dans un processus d'intervention de crise susceptible d'exiger l'interruption abrupte de ses activités, ce qui place beaucoup de pression sur ses épaules. Il peut s'agir de situations de placement d'urgence ou d'hospitalisations. Encore une fois, le lien privilégié noué avec des résidents fait en sorte que des demandes d'urgence lui sont adressées. Les mécanismes prévus pour gérer ce type de situations, qui nécessitent fréquemment la collaboration d'intervenants à l'interne, s'avèrent insuffisants. Ces situations lourdes se doublent souvent de préoccupations éthiques en raison des délais perçus trop longs entre la gestion de crise et la prise en charge des dossiers. Le fait, pour l'IQ, de connaître les situations de l'intérieur, dans le cadre d'un lien de proximité, entraîne une conscience forte des besoins et un sentiment d'inquiétude quant aux

---

<sup>3</sup> Il s'agit de périodes de temps réservées où l'intervenante est disponible pour recevoir des citoyens qui n'ont pas de rendez-vous.

répercussions d'un trop grand sursis avant la prise en charge et entraîne également une frustration à l'endroit des mécanismes bureaucratiques.

Plus largement, les intervenantes de quartier ressentent beaucoup de pression et souffrent d'un sentiment de solitude et du manque de soutien perçu de la part de l'organisation. Elles se voient confrontées au quotidien à de grandes souffrances sociales, à la pauvreté et à des situations très complexes de plus en plus nombreuses. Elles ont le sentiment de ne pas « fournir » à tout faire, que « c'est trop pour une seule personne », que « ce n'est pas viable pour une seule personne » et que « le quartier est trop grand ». Elles expriment aussi le manque de possibilités de ventiler au quotidien cette lourdeur. Le comité clinique de quartier, dont elles ont eu l'initiative, permet tout au moins de partager collectivement avec d'autres intervenants sur une base mensuelle et la présence de stagiaires constitue une autre source importante de soutien. D'ailleurs, la solitude et le risque d'épuisement sont mentionnés par plusieurs acteurs différents et concernent l'ensemble des sites. On répète fréquemment qu'il y a beaucoup de pression sur les épaules des intervenants, tant par l'intensité des besoins que par la complexité des situations rencontrées. Certains mentionnent la difficulté d'établir des frontières, d'être tenté « de tout prendre » et le risque d'un manque d'objectivité, inhérent à cette grande proximité avec une clientèle vulnérable.

Il semble cependant qu'une expérience d'immersion au cœur de l'intervention de quartier de la part des intervenants à l'interne peut avoir un impact sur leur perception de l'importance de soutenir cette modalité d'intervention. Ainsi, une intervenante du CSSS-IUGS raconte que l'IQ lui a permis de s'intégrer à la communauté culturelle à laquelle appartenait une famille qu'elle suivait. Elle a ainsi pris conscience des particularités de l'intervention de quartier, dont la quantité élevée d'interventions ponctuelles dans les communautés africaines, et les exigences qui pèsent ainsi sur l'intervenante de quartier.

Un conflit entre l'IQ et des représentants d'une communauté culturelle, autour d'un processus d'intervention concernant l'un de ses membres, a nécessité un travail délicat de médiation interculturelle. Il a, du même coup, permis de saisir les processus de leadership qui s'exercent dans la communauté et la façon dont la situation est vécue et interprétée collectivement par celle-ci. Ce qui est soulevé témoigne d'une réalité qui ne se découpe pas selon les procédures de distribution de services élaborées par des systèmes de gestion qui ont comme cible les services à des clients individualisés. Or, l'expérience en cours montre que : 1) certaines communautés sont désireuses de recevoir des services sur une base plus collective — ce qui crée la confiance nécessaire pour qu'ensuite des demandes individuelles soient formulées et 2) que dans certains cas, il est difficile de séparer le vécu qui se rapporte à la communauté et le vécu de ce que nous considérons comme la sphère privée dans notre culture (la communauté se sentant personnellement concernée par les services sociaux reçus par ses membres). Nous pouvons y voir des opportunités de créer des liens de confiance avec des communautés, ceci se répercutant sans doute de façon positive par la suite dans les services offerts sur des bases plus individuelles ou familiales. De plus, les opportunités de travailler sur le plan communautaire peuvent être saisies, et les forces de ces cultures reconnues.

Au-delà de ces situations précises (transferts et intervention de crise), l'importance de la sensibilisation et de l'appui concret au projet de la part des intervenantes à l'interne est rappelée. D'une part, le système de reddition de comptes, le contexte général de surcharge, tant des intervenants que des OC, ne sont pas favorable au déploiement de ces collaborations. D'autre part, certains intervenants cliniques n'ont pas le « réflexe communautaire », connaissent peu les ressources du milieu et n'interviennent pas hors du cadre de leur bureau. Or, les possibilités d'intervenir davantage dans la proximité ne manquent pas (des interventions conjointes avec des mamans d'un même bloc ou à proximité pour intensifier le

réseautage et favoriser l'entraide; l'accompagnement d'un petit groupe de mamans avec leurs enfants au groupe de marche; inviter des clients aux activités de quartier telles que « fleurir mon quartier », le Souk, etc.). Ainsi, les mécanismes de gestion et les logiques bureaucratiques entrent en tension avec le modèle d'intervention de quartier.



## CONCLUSION

Les projets au cœur de ce rapport sont très différents des programmes qui peuvent être évalués par leur capacité de satisfaire les besoins d'une clientèle particulière et d'atteindre des cibles. Les indicateurs de la « qualité » d'une intervention de proximité diffèrent, car cette dernière est en étroite interdépendance avec le milieu dans lequel elle est implantée et comporte plusieurs cibles de changement (individuelle, groupe, réseau, quartier). Ceci implique en conséquence, une évaluation multiniveau et amène à considérer les processus se rattachant à plusieurs cibles d'actions différentes (Chapell et al, 2005; Goyette et al, 2009). Il y a aussi une dynamique évolutive particulière à chacun des projets à prendre en considération, puisqu'ils se déploient dans des environnements uniques comportant des limites, des ressources et des compétences qui leur sont propres. Ainsi, les projets peuvent difficilement être comparés entre eux, en termes d'efficacité ou de volume de services, sans prendre en compte leurs particularités. Tout comme pour les organismes communautaires, l'intervention de proximité qui fait l'objet de cette évaluation s'appuie sur sa spécificité et sa capacité d'innovation.

« Ces deux dernières caractéristiques sont, par ailleurs, intimement liées à la qualité de leurs services [organismes communautaires] qui dépend, non pas de normes codifiées en vertu d'un certain volume de services à produire ou d'un processus de production à respecter, mais plutôt en fonction de leur capacité d'établir un rapport de proximité avec les personnes et les communautés d'un territoire, de maintenir une dynamique de réciprocité au sein de leur organisation (bénévolat et militantisme) et de susciter la mobilisation et la participation citoyenne autour d'enjeux socioéconomiques locaux, régionaux et même nationaux » (Goyette *et al.*, 2009, p. 14).

**Quelques grands constats.** De par sa dynamique propre, le projet d'IQ est en évolution constante. Il se transforme en fonction de plusieurs paramètres, ce qui entraîne par la même occasion une meilleure compréhension des besoins auxquels il peut répondre et des opportunités qu'il recèle, comme l'illustrent les observations qui suivent.

- L'IQ a montré que bien des citoyens ont profité à la fois de services spécialisés (ex. : intervention familiale, suivi en santé mentale, soutien pour des difficultés fonctionnelles, etc.) et d'un accompagnement psychosocial orienté vers la communauté qui favorise, entre autres, l'insertion dans des réseaux de soutien et l'utilisation des ressources du milieu. Ainsi, le maintien d'un lien avec le local de quartier ne dédouble pas les services, ni ne crée de dépendance, mais favorise l'insertion sociale des résidents.
- L'évolution du *mapping* se traduit par une augmentation des demandes d'accueil psychosocial proactif en raison du nombre de personnes-pivots susceptibles de référer ou d'accompagner des personnes aux prises avec des difficultés qui ne demandent pas de services habituellement.
- Des résidents manifestent le désir de poursuivre ou de diversifier leur implication après avoir profité de l'IQ. Par exemple, les activités de couture et de poésie, issues de la Soupière, le groupe pour la cuisine collective formé de participants issus de la communauté africaine et initialement membres d'un groupe d'information. L'implication momentanée de l'IQ en co-intervention avec une intervenante de la cuisine collective aura été nécessaire pour que cette insertion du groupe dans une ressource communautaire s'opère, ce qui constitue un autre des multiples volets du travail des IQ.
- La mise à jour du haut taux de prévalence de certaines problématiques, dont la souffrance liée au stress post-traumatique d'un nombre significatif de résidents, ayant connu les violences associées à la guerre et aux séjours prolongés en camps de réfugiés, a nécessité une offre de services adaptée, soit la mise en place de deux groupes d'intervention. Les besoins sous cet aspect nécessitent une continuité d'action.

- L'arrivée dans le quartier d'un groupe de réfugiés bhoutanais a été suivie par la mise en place d'un groupe de marche répondant aux besoins formulés par ces citoyens. L'initiative a été un succès sur plusieurs plans (amorce d'action sur les déterminants sociaux de la santé physique offerte à l'ensemble des résidents du quartier, opportunités d'intégration de ce groupe de réfugiés à la population québécoise, entre autres, à travers le café-rencontre qui suit l'activité physique). Ce groupe, malgré son potentiel d'action sur les déterminants sociaux de la santé et termes de développement des communautés, n'a pas été poursuivi faute de ressources.
- L'intervention de quartier fait ressortir l'intensité des besoins des personnes et des familles réfugiées. Elle permet de comprendre de l'intérieur les besoins, les modes de demandes d'aide, les particularités culturelles qui favorisent la création du lien. Elle permet également de comprendre la façon dont la communauté élargie se trouve impliquée dans les situations familiales difficiles et les formes d'aide les mieux adaptées, dont l'intervention en groupe pour laquelle ces communautés sont très ouvertes. L'IQ s'avère ainsi particulièrement favorable à l'adaptation des services aux réalités culturelles diverses. En corollaire, dans le quartier d'Ascot, le potentiel de l'intervention de quartier, auprès des autres résidents du quartier, reste à explorer et à exploiter. Il apparaît clairement cependant qu'une seule IQ ne peut, à la fois, maintenir ce qui est mis en place auprès des membres des communautés culturelles et poursuivre l'expansion du projet. Déjà, elle constate que l'espace du quartier est beaucoup trop vaste pour une seule intervenante et qu'il s'avère nécessaire de réduire le nombre de rues desservies.
- Le potentiel d'action de l'IQ sur le soutien social est démontré, mais l'action du comité clinique de quartier, avec la présence de l'OC sur d'autres déterminants, recèle de nombreuses autres possibilités en tant qu'espace de mobilisation en vue d'actions collectives.

Un regard attentif sur ces évolutions permet de mieux comprendre certaines réalités sociales du quartier et les changements en cours sur une base plus locale. L'intervention de quartier est apparue comme une pratique innovante misant sur la territorialité et produisant des effets sur plusieurs niveaux systémiques. Notre démarche évaluative montre effectivement que les effets des pratiques d'intervention de quartier concernent des individus et des familles, mais aussi des réseaux sociaux nouvellement créés, quelques espaces d'implication citoyenne, une amplification et des façons nouvelles de collaborer entre les organisations locales. Tous ces changements se déploient sur le long terme et sont difficiles à mesurer, mais dans une optique de santé des populations, ils apparaissent très favorables. Or, un seul intervenant ne peut suffire à accompagner ces déploiements et les nouvelles demandes qu'ils entraînent. Le danger d'épuisement des intervenantes a été constaté. Trente-cinq heures de travail ne suffisent pas pour mener à bien toutes ces tâches dont le poids s'alourdit à mesure que les projets se développent. Il importe donc maintenant de penser en termes d'une équipe territorialisée sur les deux territoires desservis.



## RECOMMANDATIONS

### 1- *En regard de la poursuite de l'expérience d'intervention de quartier :*

- Attendu la responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS;
- Attendu que cette pratique s'inscrit dans un modèle reconnu efficace en santé publique dans lequel on privilégie l'arrime des interventions auprès des individus et des familles avec des interventions auprès des communautés et à des interventions sur l'environnement global et des facteurs socioculturels; cet ensemble d'intervention s'appuyant sur les capacités des individus, des familles et des communautés;
- Attendu la pertinence d'intervenir en proximité des populations habitant en milieux défavorisés;
- Attendu que l'action sur les déterminants sociaux de la santé requiert une action intersectorielle coordonnée et structurante impliquant les principaux acteurs concernées dont la population;
- Attendu que l'intervention de quartier ne peut être l'apanage des intervenantes de quartier mais doit être portée par l'ensemble de l'organisation;
- Attendu que les partenaires appuient la poursuite de l'intervention, notamment dans le cadre des comités cliniques de quartier;
- Attendu que l'évaluation de l'intervention de quartier a démontré les forces mais aussi les limites du déploiement actuel sur le terrain.

Il est recommandé de poursuivre l'expérience d'intervention dans les quartiers avec des modalités quelque peu différentes mais plus structurantes. Nous privilégions ainsi la mise sur pied d'une petite équipe territorialisée dans chacun des quartiers. Les rôles des intervenants tel que présentement définis seraient maintenus tel que l'accueil psychosocial proactif. Sous la direction d'un ACP, cette équipe pourrait regrouper par exemple un intervenant en santé mentale, en négligence, en intervention psychosociale, une infirmière et un organisateur communautaire. Cela aurait comme avantage de collectiviser les dossiers individuels en les reliant aux forces individuelles et collectives du quartier. La mise sur pied de ces deux équipes territorialisées doit pouvoir compter sur un soutien clinique inter-direction ainsi que d'un corridor de services afin que les dossiers puissent circuler aisément dans le système. Il est également recommandé de poursuivre l'expérience des comités cliniques de quartier en y associant étroitement les membres des équipes et tout intervenant du CSSS-IUGS dont la présence peut être pertinente. Ceci doit se faire dans le respect des dynamiques propres à chaque comité.

### 2- *En regard des indicateurs de gestion et d'imputabilité :*

- Attendu la mission universitaire reliée à notre mandat CLSC;
- Attendu l'importance de la reconnaissance de l'intervention de groupe;
- Attendu la pertinence d'expérimenter une approche qui s'appuie sur les forces des personnes et des communautés, notamment dans la perspective de connaître les résultats effectifs de l'intervention dans la vie des personnes et des communautés;
- Attendu les enjeux associés à la transformation des services de santé mentale;
- Attendu le patrimoine d'expériences de l'équipe itinérance;

Il est recommandé d'expérimenter une approche centrée sur les résultats, tant individuels, de groupe et collectif au sein de l'équipe itinérance, de l'équipe d'intervention de quartier et d'une sous-équipe en santé mentale.

### 3- *En regard de la mission universitaire reliée à notre mandat CLSC :*

- Attendu la nécessité de continuer à développer une culture de recherche au sein de l'établissement;

- Attendu la pertinence de développer un créneau d'intervention interdisciplinaire en lien avec la programmation scientifique du CAU;
- Attendu l'obligation du MSSS d'être contributif à la formation du secteur de la santé quant aux déterminants sociaux;
- Attendu la pertinence de développer un lieu de pratiques et d'enseignement interdisciplinaires;
- Attendu la pertinence d'avoir un mécanisme où chercheurs, gestionnaires, intervenants et usagers sont associés afin de croiser les différents savoirs;

Il est recommandé que soit mis sur pied une équipe permanente de suivi, d'analyse et d'évaluation sous la responsabilité du CAU.

## RÉFÉRENCES

- Aber H, S., Maton, K. I. Seidman, E. (2010). Empowering settings and voices for social change, Oxford.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., et Z. Hartz (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les Presses de l'Université de Montréal, 306 p.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., Ellyson, A. (2008). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie*. Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 124 pages
- Chappell, N. L. Funk, A. Carson, P. MacKenzie, and R. Stanwick (2006) Multilevel community health promotion: How can we make it work? *Community Dev. J.*, July 1, 41(3): 352 - 366.
- Chen, H-T. (2005). *Practical Evaluation Program*. Thousand Oaks (Calif.): Sage Publications.
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé – (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Côté, Michèle et Roxanne Côté (2009). Portrait quantitatif des quartiers Jardins-Fleuris et Ste-Famille, projet chapeauté par le comité portrait de la Table ÉPÉ, 54 p.
- De Leonardis, O. et Emmenger, T. (2006). Le istituzioni dell contraddizione, *Rivista Sperimentale di Frenniatria*, no 3, pp. 48-59.
- Dallaire, N. (2010). « Développer des liens entre l'intervention de groupe orientée vers l'empowerment et le développement des communautés », *Intervention*, volume 133.
- Garipey-Brisson, A. (2011). *L'intervention auprès des réfugiés ayant vécu de la violence organisée : vers une pratique de groupe adaptée*, Essai présenté pour l'obtention de la Maîtrise en Service social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke.
- Gélineau, L. et Langlois, L. (2008). Intervention de proximité : Projet d'implantation en expérience, dans le cadre de la Semaine de la recherche sociale, 12 mars.
- Germain, C.B. et Gitterman, A. (2007). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Goldsworthy, J. (2002). Resurrecting a model of integrating individual work with community development and social action, *Community Development journal*, 37(4), 327-337.
- Goyette, M., Jetté, C., Corneau, M., (2009). La gestion de la qualité du point de vue des pratiques sociales, *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, Vol. 14(3), 2009, article 4
- Guay, J., Chabot, D., Belly, C. et Dulude, D. (2000). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche-milieu*. Fonds de soutien à l'innovation du MSSS.
- Laurin, I., René, J.-F., Dallaire, N. et Ouellet, F. (2007). Mères et pères en contexte de vulnérabilité, in H. Dorvil (dir.) *Problèmes sociaux, tome III, Théories et méthodologies de la recherche*, Québec. Les Presses de l'Université du Québec. 491-520.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*, Éditions d'organisation, 4<sup>e</sup> éd.
- Massiotta, Sari (2011). *Des lieux de soins au soin des lieux : Pratiques d'intervention microterritoriales à Trieste*. Conférence prononcée dans le cadre Semaine de la recherche sociale, Colloque sur l'innovation sociale et les interventions territoriales, 4 octobre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Direction du programme de santé publique, Québec, 120 p
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*, Québec, PUL.
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), (2010a). Communauté locale des Grands-Monts (C-14), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, [En ligne],

- [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres\\_disent\\_Des\\_Grands-Monts.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres_disent_Des_Grands-Monts.pdf) (Page consultée le 14 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC, (2010b). Communauté locale de l'Immaculée-Conception (C-13), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres\\_disent\\_LImmaculee-Conception.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres_disent_LImmaculee-Conception.pdf) (Page consultée le 18 septembre 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010c). Communauté locale du Phare (C-15), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres\\_disent\\_Du\\_Phare.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres_disent_Du_Phare.pdf) (Page consultée le 18 septembre 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010d). Tableau de bord des communautés en Estrie, Indicateurs démographiques et socioéconomiques, Recensement 2001 et 2006, Communauté locale des Grands-Monts (C-14), Ville de Sherbrooke, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/619\\_-\\_Communaute\\_14\\_Tableau\\_de\\_bord.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/619_-_Communaute_14_Tableau_de_bord.pdf) (Page consultée le 14 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010e). Communauté locale des Jardins-Fleuris (C-6), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres\\_disent\\_Jardins-Fleuris.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres_disent_Jardins-Fleuris.pdf) (Page consultée le 3 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010f). Communauté locale de Ste-Famille (C-5), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres\\_disent\\_Jardins-Fleuris.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/Chiffres_disent_Jardins-Fleuris.pdf) (Page consultée le 3 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010g). Tableau de bord des communautés en Estrie, Indicateurs démographiques et socioéconomiques, Recensement 2001 et 2006, Communauté locale des Jardins-Fleuris (C-6), Ville de Sherbrooke, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/620\\_-\\_Communaute\\_6\\_Tableau\\_de\\_bord.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/620_-_Communaute_6_Tableau_de_bord.pdf) (Page consultée le 3 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010h). Tableau de bord des communautés en Estrie, Indicateurs démographiques et socioéconomiques, Recensement 2001 et 2006, Communauté locale de Saint-Michel (C-5), Ville de Sherbrooke, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/620\\_-\\_Communaute\\_6\\_Tableau\\_de\\_bord.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/620_-_Communaute_6_Tableau_de_bord.pdf) (Page consultée le 3 août 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), (s.d.i). Secteur défavorisé de la communauté de Saint-Jean-Baptiste (C-10) de Sherbrooke, [En ligne], [http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/AD\\_defavorisees\\_C-10.pdf](http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/tdb/AD_defavorisees_C-10.pdf) (Page consultée le 13 juillet 2011).
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010j). Communauté locale du centre-ville de Sherbrooke (C-12), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, 6 p.
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010k). Communauté locale de Saint-Jean-Baptiste (C-10), Ville de Sherbrooke, Ce que les chiffres nous disent, 6 p.
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010l). Tableau de bord des communautés en Estrie, Indicateurs démographiques et socio-économiques, Communauté locale « communauté 12 », Recensements 2001 et 2006, 4 p.
- Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) (2010m). Tableau de bord des communautés en Estrie, Indicateurs démographiques et socio-économiques, Communauté locale « communauté 10 », Recensements 2001 et 2006, 4 p.
- OMS (2011). Comblent le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants de la santé, Rio de Janeiro, 19-21 octobre

- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*, Sage, London, 256 pages.
- Steinberg, D. (2008). *Le Travail de Groupe: Un Modèle Axé Sur L'aide Mutuelle: Pour Aider les personnes à s'entraider*. Les Presses de l'Université Laval, 290 pages.
- Trickett, E. J., Schensul, J. (2009). Summary comments: Multi-level community based culturally situated interventions, *American Journal of community Psychology*, 43, 377-381.
- Turcotte, D., et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes*. Boucherville, Éditions Gaëtan
- Van Wormer, K. (2007). *Human Behavior and the Social Environment, Micro Level: Individuals and Groups*, New York: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. G., Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization, Geneva. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (last accessed 23 December 2009).
- Zastrow, C., Kirst-Ashman, K. K. (2010). *Understanding human behavior and the social environment*, 6th ed, Belmont : Ca.



## ANNEXE I

### RÔLES ET TÂCHES DES INTERVENANTES DE QUARTIER ET PROFIL DE COMPÉTENCES

Les rôles et les tâches réalisées par les IQ sont extrêmement variés et comportent parfois un haut niveau de complexité, ce qui requiert de leur part la maîtrise de plusieurs compétences. Selon Le Boterf (2002), le professionnel doit savoir gérer des situations allant du simple au complexe en intégrant les savoirs classiques (connaissances, habiletés, attitudes, valeurs) dans une perspective large et dynamique. Il doit, entre autres, être en mesure de mobiliser et de combiner de nombreuses ressources, de transposer des savoirs, de réfléchir sur ses pratiques pour les transformer en expérience ainsi que de s'engager et de prendre des risques. Deux tableaux présentent schématiquement les tâches mentionnées, ainsi que les compétences (ressources mobilisables en lien avec la diversité de situations professionnelles) qui nous apparaissent essentielles pour occuper un tel type de poste.

#### **Profil de la diversité des tâches que les IQ ont réalisées (nous ne reprenons pas ici la description des rôles et ne prétendons pas être exhaustifs)**

- Évaluations, suivis court terme, interventions de crise, transferts et rédaction de dossiers
- Planification et animation d'interventions de groupe, coordination de l'implication de nombreux partenaires à l'interne et à l'externe, rédaction des notes évolutives, évaluation des interventions
- Activités de réseautage variées, tant auprès des ressources formelles qu'informelles (personnes pivots, porte-à-porte, présence dans les espaces publics, tournées des ressources communautaires, participation à des événements communautaires, etc.)
- Activités de représentation (présentations du projet à l'interne), contribution à la recherche et présentation à des colloques (ex. : Symposium international d'intervention de groupe, juin 2010)
- Partage d'expertise (à l'interne et à l'externe)
- Gestion du comité clinique de quartier
- Supervision de stagiaires
- Monitoring, bilans annuels et programmations annuelles
- Mapping, publicité

**Profil de compétences** – ressources mobilisables (savoir, savoir-faire, savoir être, savoir communiquer) dans l'action, qui apparaissent particulièrement importantes dans le profil des rôles décrits à la section « Rôles et stratégies » et des tâches actuelles des IQ.

#### Savoirs et savoir-faire

- Maîtriser le processus d'évaluation psychosociale et plus spécifiquement être en mesure d'analyser l'influence des déterminants sociaux sur la vie des personnes, des familles, des groupes et de la communauté territoriale et les inégalités de santé qui en découlent; proposer des pistes d'actions qui en tiennent compte; connaître le fonctionnement des programmes de l'établissement, des règles formelles et des procédures diverses pour être en mesure de faire le « triage ».
- Connaître les fondements et appliquer les principes d'action des approches de proximité
- Connaître les fondements et appliquer les principes d'intervention interculturelle

- Connaître les fondements et appliquer les principes d'intervention de groupe misant sur le développement des systèmes d'entraide
- Connaître les fondements et appliquer les principes d'intervention en situation de crise
- Capacité à travailler en multidisciplinarité et en intersectorialité
- Habiletés de médiation<sup>4</sup> et de résolution de conflits (ex. : conflit entre voisins)
- Habiletés à exercer un leadership
- Habiletés réflexives (développer et consolider des savoirs d'expériences en combinaison aux savoirs théoriques en contexte d'expérimentation)
- Capacité à cerner les problématiques collectives et les enjeux sociopolitiques de l'intervention, afin de mieux s'engager face aux inégalités de santé à travers les actions sur les déterminants sociaux de la santé

#### Savoir être

- Capacité à supporter l'incertitude, l'imprévu et le stress
- Faire preuve de souplesse, d'adaptabilité, d'esprit d'initiative et de créativité
- Ouverture à la diversité

#### Savoir communiquer

- Savoir s'exprimer en public (colloques, assemblées, étudiants universitaires, collègues, etc.)
- Savoir s'exprimer par écrit (lettres, rapports, publicité, bilans, évaluations, etc.)

---

• <sup>4</sup> entre autres pour travailler avec les communautés ethniques en raison de leur culture très « collectiviste » qui fait en sorte que la communauté s'investit à l'égard de problèmes vécus par des membres, allant jusqu'à se sentir trahie ou indignée si l'écart culturel entre les solutions et ses valeurs est perçu trop grand



## ANNEXE II

### LES ACCOMPLISSEMENTS DES INTERVENANTES DE QUARTIER EN INTERVENTION SOCIALE DE GROUPE

#### Diversité et caractéristiques des interventions de groupe déployées

#### *Quartier Ascot*

Type de groupe	Composition	Objectifs principaux	Ouvert /fermé	Durée	Nombre de participants (si disponible)
Groupe de réduction du stress	Femmes d'origine latine du quartier	Réduire le stress par la pratique de la pleine conscience	Fermé	01/10 au 03/10	9
Thérapie	Femmes africaines victimes de violence en contexte de guerre		Fermé	04/10 au 06/10 (10 sem.)	6
Aide mutuelle Éducatif	Mères monoparentales immigrantes	Soutenir et informer; favoriser le développement de liens	Fermé	07/09 au 12-09	7
Information, socialisation, (échanges et prévention psychosociale)	Réfugiés africains de plusieurs ethnies différentes et une traductrice	Faciliter l'intégration des Africains nouvellement arrivés dans le quartier, en leur faisant connaître les ressources, les lois et les valeurs québécoises	Ouvert	07-09 au 02/11	Autour de 10 par rencontre et 50 personnes différentes
Information, socialisation (échanges et prévention psychosociale)	Réfugiés bhoutanais	Faciliter l'intégration de Bhoutanais nouvellement arrivés dans le quartier, en leur faisant connaître les ressources, les lois et les valeurs québécoises	Ouvert	09/10 au 03/11	Autour de 10 par rencontre et 36 personnes différentes
Socialisation et promotion de la santé /groupe de marche	Ouvert à tous les résidents du quartier – mais proposé tout d'abord aux Bhoutanais	Développer les liens entre les résidents du quartier et favoriser l'activité physique et les liens interculturels	Ouvert à tous	03/11 au ....	Environ 8 personnes par groupe (environ 30 personnes différentes)

## *Quartier Jardins-Fleuris*

<b>Type de groupe</b>	<b>Composition</b>	<b>Objectifs principaux</b>	<b>Ouvert /fermé</b>	<b>Durée</b>	<b>Nombre de participants (si disponible)</b>
Groupe de tâches et d'action sociale	Parents d'enfants de 0 à 5 ans	Réalisation d'une enquête dans le quartier en vue d'identifier des objectifs permettant de rendre le quartier plus favorable à la vie familiale	Fermé	04-09 au 10/09	10
Groupe éducatif	Communauté afghane	Acquisition d'une 3 <sup>e</sup> langue à la demande des immigrants afghans	Ouvert	11/09 au 6/10	Environ 8
Socialisation « La Soupière »	Résidents du quartier (groupe intergénérationnel)	Permettre aux résidents du quartier de créer des liens	Ouvert	02/10 au .....	10 à 20 par activité, 1 à 2 nouvelles personnes à chaque fois
Groupe de tâches « La Soupière »	Comité organisateur de La Soupière formé de citoyennes	Assurer la planification et la réalisation de la Soupe	Ouvert	02/10 au .....	Environ 4 par activité, total de 10
<i>Art-Quartier-Communauté</i> Croissance et socialisation	Citoyens du quartier dont une partie sont suivis par l'équipe Santé mentale et une partie sont des citoyens recrutés dans le quartier, avec ou sans problème de santé mentale	Groupe d'art communautaire favorisant la participation sociale, le développement de nouvelles compétences et de nouveaux intérêts	Ouvert	04/10 au....	Environ 15 personnes différentes
Groupe de partage et d'information converti, à la demande des participants, en groupe de conversation française	Membres des communautés afghane et colombienne		Ouvert	03/10 au 05/10	6

