



50 ans de santé et de solidarité d'un quartier!

**Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles**

500 avenue Ash, Montréal, Québec, H3K 2R4 • 1955 rue du Centre, Montréal, Québec, H3K 1J1

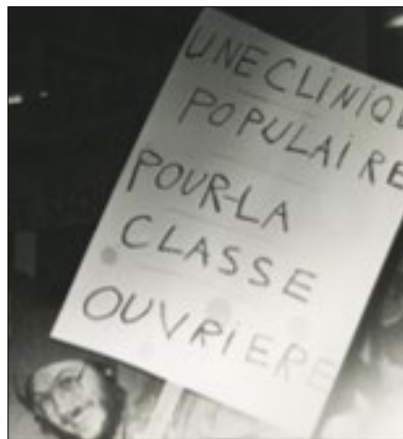
Téléphone: 514 937-9251 • Télécopieur: 514 937-3492

## Historique : Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles

### Les premiers occupants du quartier

Avant la venue des Européens et jusqu'au 19<sup>e</sup> siècle, certains historiens affirment que les autochtones chassaient et pêchaient sur ce territoire marécageux nommé à l'origine Teontiakon (nom donné par les autochtones aux pointes de l'île de Montréal). Des Iroquois ont continué d'y pratiquer la chasse et la pêche de façon saisonnière même après l'installation des fermes des communautés religieuses à Pointe-Saint-Charles. En 1654, Paul Chomedey de Maisonneuve a concédé une terre sur cette pointe à Charles Lemoyne, seigneur de Longueuil. Le beau-frère de Charles Lemoyne, Jacques Le Ber, a obtenu également un lot adjacent. Par la suite, d'autres personnages historiques sont venus s'y installer et ont légué leur nom à l'histoire du quartier : Gabriel de Queylus (1659), qui y a établi le domaine Saint-Gabriel et Marguerite Bourgeoys (1662), qui y a établi une ferme et un ouvroir pour l'éducation des jeunes filles. En 1737, les Sœurs de la Charité de Marguerite d'Youville se sont établies à Pointe-Saint-Charles. Au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, le territoire appartenait donc à 80% à des communautés religieuses.

### Pointe-Saint-Charles, un quartier industriel et ouvrier



Après une période d'occupation du territoire par diverses fermes et institutions religieuses, l'histoire de Pointe-Saint-Charles a pris un tournant majeur en 1821 avec la construction du canal de Lachine. Jusqu'à l'ouverture de la voie maritime du Saint-Laurent en 1959, l'activité industrielle s'est développée le long du canal de Lachine et de nombreuses industries de différents secteurs (métallurgie, textile, alimentation et tabac) y ont prospéré et ont employé une main-d'œuvre locale. Un industriel nommé Augustin Cantin y a ouvert un chantier maritime d'envergure internationale en 1846. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, Pointe-Saint-Charles est devenu ainsi le plus grand quartier industriel du Canada. Toutefois, avec l'ouverture de la voie maritime du Saint-Laurent, le contournement des rapides de Lachine par le canal n'était plus nécessaire. Combiné au

développement routier d'après-guerre et l'émergence de vastes zones industrielles longeant ces nouvelles autoroutes, les années 60 et 70 ont marqué le déclin de l'industrie et de l'emploi à Pointe-Saint-Charles. Sa population est ainsi passée de 30 000 à 13 000, entre les années 1950 et 1990. Isolé géographiquement du reste de la région de Montréal par le canal, le quartier s'est isolé aussi socialement et économiquement. Une bonne partie de sa population a glissé graduellement vers la pauvreté et la dépendance aux allocations gouvernementales pour vivre.

### La mobilisation citoyenne et l'essor communautaire

Paradoxalement, c'est de cet isolement géographique, social et économique vécu par un petit quartier populaire « tricoté serré » qu'a émergé plusieurs projets d'entraide, de solidarité, de luttes et de développement social. Ainsi, Pointe-Saint-Charles est devenu un lieu d'expérimentation sociale marquant. Si la Pointe est demeurée longtemps un quartier fortement défavorisé, elle est devenue à partir des années 1970 un formidable creuset de mobilisation citoyenne et de fierté qui sert souvent de modèle de prise en charge citoyenne et de développement social.

De ce contexte socio-économique difficile, les résident-e-s de Pointe-Saint-Charles ont développé un fort sentiment d'appartenance au quartier ainsi qu'une culture de lutte contre les inégalités socio-économiques. Avec le support du milieu syndical et communautaire, les citoyen-ne-s se sont organisés pour contrer les effets de la désindustrialisation et du chômage. C'est ainsi qu'ils ont créé des services qui ont souvent servi de modèle, notamment : la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, la Clinique juridique de Pointe-Saint-Charles et Petite-Bourgogne, le Carrefour d'éducation populaire, le Club populaire des consommateurs, le Regroupement information-logement (RIL) et le Regroupement pour la relance économique du Sud-Ouest (RÉSO). L'histoire de l'action communautaire du quartier des 50 dernières années témoigne de ces nombreuses réussites.

### **Création de la Clinique communautaire**



En 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est mise sur pied par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill, préoccupés par le peu de services médicaux et de santé offerts dans le quartier de Pointe-Saint-Charles. Ces étudiants se sont inspirés entre autres de cliniques populaires mises sur pied dans certains quartiers pauvres des États-Unis qui, en plus de donner accès à des services de santé à des populations vulnérables, établissaient le lien entre les conditions socio-économiques et l'état de santé de la population. Ces personnes ont par la suite intégré les citoyen-ne-s du quartier à leur projet en dotant la Clinique d'une charte et d'une structure démocratique en 1970.

Le 28 juillet 1970, la Clinique est enregistrée officiellement comme organisme à but non lucratif. Les objectifs de la corporation sont alors formulés de la façon suivante : 1) Promouvoir, obtenir et fournir des services de santé communautaires; 2) Créer, encourager et maintenir des cliniques de santé communautaires; 3) Encourager et promouvoir toute loi ou autre mesure qui aurait pour effet d'aider les membres de la communauté à améliorer leurs conditions de santé.

La Clinique est ainsi devenue la première clinique communautaire établie dans un quartier populaire au Québec dans laquelle on pratiquait la médecine familiale et où les résident-e-s du quartier pouvaient recevoir des services

médicaux, sociaux et communautaires gratuitement. Surtout, il s'agissait d'une clinique où l'on s'attaquait aussi aux causes sociales des mauvaises conditions de santé. L'équipe de travail comptait alors 17 personnes.

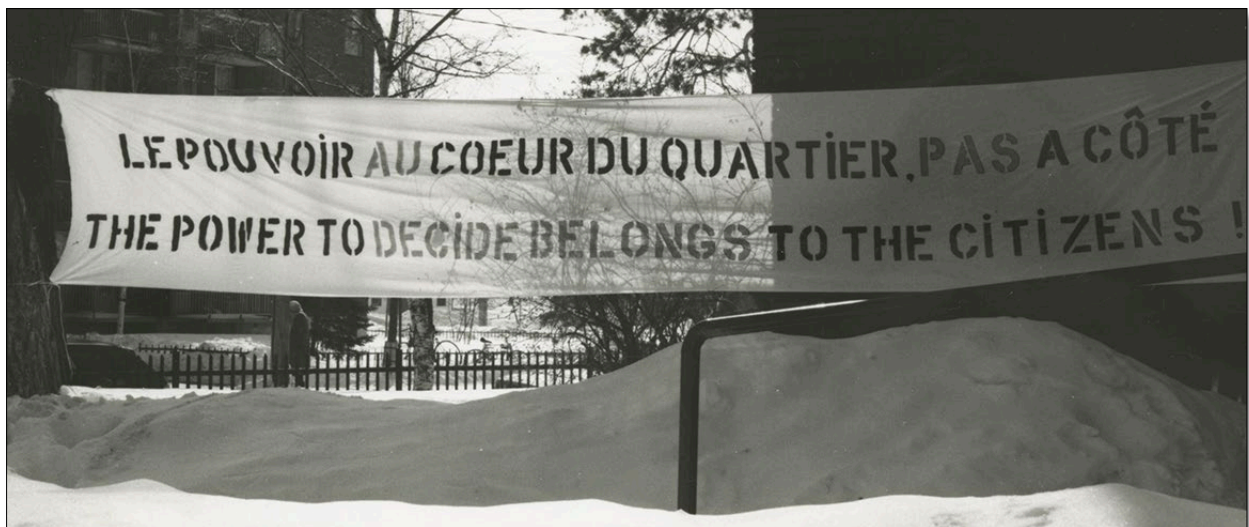
### **Maintien de la particularité de la Clinique à travers les réformes**

En 1974, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés par l'entrée en vigueur de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Au cours du processus législatif, la Clinique s'est mobilisée pour revendiquer un amendement à la loi afin que les cliniques populaires soient reconnues au même titre que les CLSC. La lutte a porté fruit et la Clinique a été reconnue comme organisme communautaire autonome qui accepte de répondre au mandat de CLSC et qui est financé en conséquence pour offrir des services dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Au fil des ans, la Clinique a augmenté son offre de services et son personnel est passé de 30 à 90 employé-e-s entre 1974 et 1986.

L'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec s'est développée et professionnalisée. Parallèlement, les mécanismes de reddition de compte et d'évaluation des services se sont aussi développés. Du côté médical, le mode de rémunération et l'organisation du réseau a fait en sorte que les médecins de famille se sont peu intégrés aux CLSC et ont plutôt développé à la même époque un réseau de cliniques privées envers lesquelles le MSSS a été plus favorable économiquement.

En 1990, on comptait 30 CLSC sur le territoire de l'île de Montréal. En 1991, le projet de loi 120 (*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*) du gouvernement libéral a placé la Clinique devant un choix qui n'en était pas un : soit elle conservait sa charte d'organisme communautaire « privé » et perdait alors son permis de CLSC, soit elle devenait un CLSC public et renonçait à sa charte et à son mode de fonctionnement communautaire.

Une large mobilisation citoyenne s'est mise en place : assemblées publiques, pétition, participation à la commission parlementaire et manifestations devant les bureaux de la Régie régionale et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a finalement cédé face à la pression populaire et le projet de loi 120 a été amendé pour protéger le statut particulier de la Clinique.



En 2004, le gouvernement libéral a mis en place une réforme majeure du réseau de la santé, par le biais du projet de loi 25 (*Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) et le projet de loi 83 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*). Cette réforme a aboli les Régies régionales, a créé les Agences régionales de la santé et services

sociaux et, surtout, a fusionné de multiples établissements de santé (CHSLD, CLSC, CH) au sein d'un même établissement, les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Les CLSC sont disparus à titre d'établissements et d'entités juridiques distinctes et sont passés sous la gouverne des conseils d'administration des CSSS.

La Clinique a négocié fermement la reconnaissance et le maintien de son statut particulier dans le réseau. Après plus de deux années de négociations avec l'Agence de santé de Montréal et le CSSS du Sud-Ouest-Verdun, une convention de financement qui reconnaît et maintient son statut particulier a été signée en décembre 2006.

Moins de 10 ans plus tard, soit le 1<sup>er</sup> avril 2015, le gouvernement libéral a poursuivi la voie des fusions en abolissant les Agences régionales et en fusionnant les CSSS pour créer des mégastuctures, par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (projet de loi 10). Le nombre d'établissements de santé et de services sociaux au Québec est passé de 182 à 34, dont 22 sont des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de service sociaux (CIUSSS).

## **Mission, valeurs et philosophie de gestion**

### **Un projet de santé communautaire – toujours nécessaire, toujours pertinent**

Malgré les divers bouleversements et remises en question de notre système de santé public, les fusions d'établissements et les restructurations de programmes, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles est toujours des plus actives après 50 années d'existence. La Clinique, qui a servi de modèle à l'implantation du réseau de CLSC au Québec au début des années 70, s'acquitte toujours des services curatifs, de promotion et de prévention liés à cette mission en 2018. Refusant la standardisation et la diminution des services offerts à la population, notamment à celle de Pointe-Saint-Charles, la Clinique revendique encore fièrement son statut communautaire, son approche citoyenne de la santé et son modèle d'organisation. Sa capacité à intervenir tout en demeurant connectée aux besoins de la population du quartier contribue concrètement et quotidiennement à l'amélioration des conditions de vie des citoyen-ne-s de Pointe-Saint-Charles.

### **Notre mission**

La mission de la Clinique est d'organiser des services préventifs et curatifs et de regrouper les citoyens et citoyennes autour des enjeux de santé afin d'améliorer leurs conditions de vie à court et à long terme. Ce sont les citoyen-ne-s qui décident des orientations de la Clinique et qui s'assurent que celles-ci répondent aux besoins en santé et en services sociaux du quartier. Au cœur de ces orientations se trouve une conviction fondamentale : la santé est un droit essentiel et collectif non négociable.

### **Nos valeurs**

À la Clinique, tout est mis en œuvre pour que chaque personne y trouve le respect de ses valeurs, de sa dignité et de son autonomie. C'est dans un respect mutuel que les citoyen-ne-s et employé-e-s collaborent pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Être à l'écoute de la population, c'est être convaincu que les premiers et premières concerné-e-s sont les mieux placé-e-s pour identifier les besoins et les services dont ils et elles ont besoin. La Clinique favorise ainsi l'éducation et la prise en charge par les individus de leurs problèmes individuels et collectifs, dans une perspective d'empowerment et de solidarité de la communauté. En ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le statut des professionnel-le-s par un partage du pouvoir et du savoir entre les intervenant-e-s de la santé et les gens du quartier. Cette approche permet aux citoyen-ne-s de consolider leur pouvoir individuel et collectif sur leur santé et sur celle de leur communauté.

## **La gestion citoyenne**

La gestion citoyenne démocratique a été, à travers les années, garante du succès des interventions de la Clinique. La littérature sociologique en santé fait abondamment référence à l'importance fondamentale de la participation de la population pour favoriser la prise en charge de leur condition de vie et de santé :

« Une population informée qui délibère et qui participe à la prise de décision va choisir des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité et des moyens efficaces et souvent moins coûteux pour y arriver. Elle ne s'inscrit pas dans un mode de revendication, mais dans un mode de responsabilité. La compétence unique des citoyens et des citoyennes participant aux décisions publiques est complémentaire aux compétences techniques et administratives. »<sup>1</sup>

L'assemblée générale décisionnelle composée des membres de la Clinique, ainsi que le conseil d'administration élu, imputable et composé majoritairement de citoyen-ne-s, est une structure démocratique assurant une représentation des intérêts et des besoins de la population. De plus, par leur implication au sein des différents comités de travail, les citoyen-ne-s s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique réponde à leurs besoins. Ainsi, tout en respectant les priorités déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les citoyen-ne-s adoptent leurs propres priorités en assemblée générale.

## **La gestion participative**

La Clinique s'est dotée d'une philosophie de gestion participative afin de guider les administrateurs et administratrices, les gestionnaires et le personnel dans cette approche de gestion. Pour la Clinique, il est important que l'on tienne compte de l'expertise des employé-e-s qui dispensent les services, côtoient les usagers et usagères au quotidien et supportent l'organisation. Il est de tradition à la Clinique d'associer les employé-e-s à différents comités de travail et aux décisions qui concernent l'organisation de leur travail.

## **Une alliance entre les citoyen-ne-s, le conseil d'administration, les employé-e-s et la coordination**

Le succès de l'intervention de la Clinique repose sur une alliance et une communication ouverte entre les citoyen-ne-s, les employé-e-s et la direction (conseil d'administration et coordination générale). Cette alliance se distingue du modèle hiérarchique où les citoyen-ne-s sont davantage exclus des prises de décision, où la direction n'a qu'un pouvoir exécutif et où les employé-e-s sont des exécutant-e-s. Dans le respect des domaines de compétence et d'imputabilité respectifs des différents lieux décisionnels, la Clinique favorise ainsi une décentralisation du pouvoir en mettant l'ensemble des acteurs et actrices à contribution.

## **Une approche globale de la santé**

La Clinique communautaire fait sienne la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. Le projet de santé de la Clinique repose sur une vision sociale de la santé et du bien-être, vision qui comprend l'intervention préventive sur les déterminants sociaux de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale, plutôt que sur une vision strictement médicale et curative de la maladie.

Les problématiques psychosociales ont d'importantes répercussions sur la vie des citoyen-ne-s. Elles sont liées à des conditions socio-économiques difficiles contre lesquelles la Clinique se donne le mandat d'intervenir. Dans cette perspective, la Clinique intervient non seulement auprès des usager-e-s, mais également, autant que possible, dans

---

<sup>1</sup> CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Position du Conseil de la santé et du bien-être sur les propositions adoptées dans le cadre du Rendez-vous stratégique sur la santé organisé par l'Institut du Nouveau Monde* (2005), en ligne : <[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200506\\_INM\\_PositionConseil.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200506_INM_PositionConseil.pdf)> (consulté le 26 avril 2018).

le réseau social de ceux-ci et celles-ci en collaboration et en solidarité avec les ressources communautaires du milieu.

### **Une clinique enracinée dans son quartier**

Depuis 50 ans, la Clinique travaille de près avec les citoyen-ne-s et les organismes du quartier pour regrouper les gens, défendre leurs droits et trouver des solutions à leurs problèmes individuels et collectifs. Au fil de son histoire, la Clinique a contribué de plus à la mise en place de plusieurs ressources communautaires qui agissent directement sur les déterminants sociaux de la santé.

L'enracinement de la Clinique dans le milieu se manifeste également par son souci de formation continue du personnel aux réalités du quartier et par l'encouragement constant au développement de projets ancrés dans le milieu.

### **Un fonds social et de dépannage pour les plus démunis**

La lutte pour le maintien du statut de la Clinique dans le réseau de la santé et des services sociaux est depuis toujours motivée par la volonté des citoyen-ne-s de défendre et préserver la mission et les valeurs de la Clinique. La Clinique est aussi reconnue auprès de l'Agence canadienne du revenu comme organisme de bienfaisance. Quoique peu active dans la sollicitation de fonds, la Clinique a mis sur pied un fonds social et de dépannage pour les personnes qui requiert immédiatement des médicaments qu'elles n'ont pas les moyens de payer (ex. : une personne en attente d'un premier chèque de la Sécurité du revenu).