

***Le Projet de la
Clinique Communautaire
de Pointe-Saint-Charles***



Le projet de santé d'un quartier

**Dernière mise à jour :
Août 2008**



Table des matières

1. Introduction : La santé communautaire – toujours nécessaire, toujours pertinente	1
2. Une Clinique enracinée dans son quartier	2
2.1 Pointe-Saint-Charles – un quartier ouvrier	2
2.2 Un projet né en 1968	2
2.3 Mission et rôle	2
2.4 Les valeurs à la base du projet	2
2.5 Une Clinique enracinée dans son quartier	3
3. La gestion citoyenne - pratique éprouvée d'une gestion alternative	3
3.1 La gestion citoyenne... garante de succès	3
3.2 La gestion participative	4
3.3 Une alliance entre citoyenNEs, conseil d'administration, coordination et travailleurEUSEs	4
4. Le modèle de santé communautaire	4
4.1 Un projet de santé en concordance avec la loi québécoise	4
4.2 Une approche globale en santé	5
4.3 Les citoyenNEs en contrôle de leur santé et de leur Clinique	6
4.4 Agir sur les déterminants de la santé	6
4.5 Le travail de prévention et de promotion de la santé	7
4.6 Approche citoyenne	7
4.7 Une intervention en interdisciplinarité	8
4.8. Médecine de prise en charge	8
4.9 Travail avec le réseau communautaire	9
5. La santé dans un milieu de pauvreté	9
5.1 Portrait de santé de Pointe-Saint-Charles	10
5.2 Impacts des conditions de vie sur la santé	16
6. Le projet de santé d'un quartier : Offre des services curatifs et préventifs	19
6.1 La santé mentale, au cœur des préoccupations	19
6.2 Différentes équipes aux services de la santé d'une population	20
6.3 L'équipe accueil... pour tous	20
6.4 L'équipe enfance-famille... pour les femmes enceintes et les familles avec enfants de 0 à 5 ans	21
6.5 L'équipe jeunesse... pour les jeunes de 6 à 24 ans et leurs parents	22
6.6 L'équipe scolaire... pour les enfants dans les écoles du quartier	23
6.7 L'équipe adulte... pour les adultes de 25 à 64 ans	25
6.8 L'équipe soutien à domicile... pour les personnes en perte d'autonomie	25
6.9 L'équipe communautaire... pour un quartier en santé	27
6.10 L'équipe de gestion des ressources financières, humaines et matérielles, au service de toute la Clinique	27
7. Conclusion	28

1. Introduction

La santé communautaire – toujours nécessaire, toujours pertinente

Depuis quelques années, on assiste à une remise en question des principes à la base de notre système de santé. Le sous-financement du système de santé porte atteinte au principe d'accessibilité mais il vient aussi ouvrir grande la porte à la privatisation et remettre en cause le principe d'universalité des services.¹ La ré-ingénierie² en santé imposée par le gouvernement libéral accélère ce processus et vient littéralement menacer le droit à la santé d'une population.

L'adoption des lois 25 en 2003 et 83 en 2005 a signifié la mort du réseau des 148 CLSC du Québec, et la fusion de plus de 300 établissements en 95 nouveaux mégas Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) intégrant hôpitaux, CLSC et CHSLD. Par la fusion des établissements, la restructuration des programmes et un financement par résultats, le gouvernement vise la fin de l'universalité et la privatisation des services.³ Ce changement remet en cause la mission CLSC⁴ en les fusionnant avec les autres établissements de santé qui ont des missions fort différentes des leurs. La mission CLSC est pour nous l'élément le plus intéressant de notre réseau de santé et de services sociaux puisqu'il organise l'ensemble des services de base dans une logique de prévention et de promotion de la santé en tenant compte des aspects globaux de la santé d'une population.

Cette réforme vise aussi une révision des modes d'allocation des budgets qui font craindre la standardisation et la diminution des services offerts à la population.

Dans ce contexte, il est plus qu'urgent de réaffirmer ce modèle de santé communautaire qui a été développé depuis plus de 30 ans au Québec. Il est aussi fondamental que la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, qui a un statut d'organisme communautaire ayant un mandat de CLSC, puisse défendre et consolider son modèle d'organisation, sa capacité d'intervention et ses services auprès d'une population qui en a grandement besoin.

¹ Les dépenses privées de santé, qui comprennent l'achat de services dans le secteur privé faute d'avoir accès aux services dans le secteur public - physiothérapie, services psychologiques, résonance magnétique, etc., atteignent en 2003 près de 700 \$ par année par personne, ce qui est au-delà de la capacité de payer d'une majorité de citoyennes et de citoyens et a pour effet de réduire l'accessibilité des soins de santé dans les milieux défavorisés (Coalition solidarité santé).

² La ré-ingénierie fait référence à la volonté de recourir au privé dans la gestion et la prestation des soins de santé, par les lois adoptées mais également par le recours aux partenariats publics/privés, aux ententes de services avec le privé, le mouvement coopératif et communautaire.

³ En fusionnant les établissements de santé et en donnant le mandat à ce nouvel établissement de passer des ententes avec des partenaires privés pour la prestation des services, le gouvernement provincial s'assure que les dépenses sous-traitées des nouveaux centres de santé atteignent les seuils requis pour être assujettis aux Accords sur les marchés publics (AMP).

⁴ Depuis 1972, les CLSCs ont pour mission, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de leur communauté (Association des CLSCS et CHSLD du Québec).



2. *Une Clinique enracinée dans son quartier*

2.1 **Pointe-Saint-Charles, un quartier ouvrier**

L'histoire de Pointe-Saint-Charles, comme celle du Sud-ouest de l'Île de Montréal, débute véritablement en 1821 avec la construction du canal de Lachine. Jusqu'en 1960, l'activité industrielle continue à se développer le long du canal de Lachine et de nombreuses industries de différents secteurs (métallurgie, textiles, alimentation et tabac) y prospèrent et emploient la main-d'œuvre locale.

Cependant, les effets néfastes d'années de travail en milieu industriel ont également entraîné des problèmes de santé sérieux dans la population. Chez les anciens travailleurs par exemple, on note un taux élevé d'incapacités, une forte prévalence de cancers et de nombreux cas de MPOC (maladies pulmonaires obstructives chroniques).

À partir des années '70, le déclin économique impressionnant amène la fermeture en série de nombreuses industries, la perte de milliers d'emplois locaux, et un déclin démographique considérable. Malgré tout, les résidents de Pointe-Saint-Charles ont développé un fort sentiment d'appartenance ainsi qu'une culture de lutte contre les inégalités socio-économiques. Avec le support du milieu syndical et communautaire, les citoyens se sont organisés pour contrer les effets de la désindustrialisation et du chômage. L'histoire de l'action communautaire des 40 dernières années en est témoin.

2.2 **1968, naissance du projet**

C'est en 1968 que des citoyens et citoyennes ont mis sur pied la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles pour répondre au manque d'effectifs médicaux dans le quartier. Dès sa fondation, on y a la préoccupation de faire une médecine sociale basée sur la prise en charge de leur santé par les citoyenNEs. Mise sur pied, la Clinique de Pointe-Saint-Charles a servi de modèle de santé communautaire à la création du réseau des CLSC en 1972.

2.3 **Mission et rôle**

La Clinique est un organisme de santé contrôlé par les citoyenNEs. Cette gestion citoyenne reflète la vision et les valeurs promues et défendues par la population. Son objectif est d'organiser des services préventifs et curatifs, de même que de regrouper les citoyenNEs autour des questions de santé afin d'améliorer leurs conditions de santé à court et à long terme. La Clinique communautaire a un statut d'organisme communautaire (organisme privé conventionné) mais un mandat de CLSC, tel que défini dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Ce sont les citoyens et citoyennes qui décident des orientations et des services de la Clinique et s'assurent que la Clinique réponde 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.

2.4 **Les valeurs à la base du projet**

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 citoyens et

citoyennes de même que travailleurs et travailleuses collaborent ensemble pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Être à l'écoute des gens, c'est être convaincus que les premiers concernés sont les mieux placés pour identifier les services dont ils 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. Dans ce sens, la Clinique travaille aussi à démystifier le pouvoir des professionnels pour qu'il existe un partage du pouvoir et du savoir entre les intervenants de la santé et les gens du quartier. Cette approche permet aux citoyens de se réapproprier du pouvoir sur leur santé.

2.5 **Une Clinique enracinée dans son quartier**

Depuis 1968, la Clinique travaille de près avec les citoyens et citoyennes et les organismes du quartier pour regrouper les gens, défendre leurs droits et trouver des solutions aux problèmes individuels et collectifs. La Clinique a maintes fois fait la preuve de son enracinement dans le milieu de par sa vie démocratique citoyenne mais aussi en associant de près les acteurs du milieu à la définition et la participation de ses projets. En effet, au fil de son histoire, la Clinique a contribué à la mise en place de plusieurs ressources qui agissent directement sur les déterminants de la santé, par exemple en luttant contre la pauvreté, en défendant l'accessibilité au logement social, en assurant la sécurité alimentaire ou en combattant l'isolement.

L'enracinement de la Clinique dans le milieu se vérifie 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.

3. ***La gestion citoyenne - pratique éprouvée d'une gestion alternative***

3.1 **Une gestion citoyenne... garante de succès**

La gestion citoyenne démocratique a été à travers les années garante du succès des interventions de la Clinique. La littérature en administration de la santé fait abondamment référence à l'importance fondamentale de la participation de la population pour favoriser l'appropriation par les individus, les familles et les communautés de leur santé et de leur bien-être et pour améliorer la qualité de la gestion du système de services. « Une population informée qui délibère et qui participe à la prise de décisions 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 » (Avis du Conseil de la santé et du bien-être, septembre 2003 « L'organisation locale et la régionalisation des services de santé et des services sociaux »).

L'assemblée générale décisionnelle ainsi que le conseil d'administration élu et imputable composés de citoyens et citoyennes permettent une représentation constante, multiple et variée des intérêts et des besoins de l'ensemble de la population du quartier. Par leur implication au sein des différents comités de travail (comité de sélection, comité de relation avec les citoyenNEs, comité de lutte en santé, etc.), les citoyens et citoyennes s'engagent bénévolement et solidairement à faire en sorte que leur Clinique soit en concordance avec leurs multiples réalités.

Face aux visions technocrates de l'organisation des services de santé venues du Ministère de la santé et des services sociaux ou de l'Agence de développement, cette gestion citoyenne a permis à la Clinique de garder le cap sur des approches et des pratiques qui faisaient davantage de sens pour la communauté.

3.2 La gestion participative

La Clinique s'est dotée d'une philosophie de gestion participative afin de guider les administrateurs, les gestionnaires et le personnel dans cette approche de gestion. Pour la Clinique, il est évident que l'on doit tenir compte de l'expertise particulière des travailleurs et travailleuses, ceux et celles qui dispensent les services, ceux et celles qui côtoient les usagÈRES chaque jour, ou encore ceux et celles qui sont en support aux services dans l'organisation du travail. Il est de tradition à la Clinique d'associer les travailleurEUSEs, par leur participation à différents comités de travail, aux décisions qui auront un impact sur le travail effectué. Cette gestion participative permet un investissement plus grand et plus motivant des travailleurEUSEs au sein de leur Clinique, tout en améliorant l'organisation du travail.

3.3 Une alliance entre citoyenNEs, conseil d'administration, coordination et travailleurEUSEs

Le succès de l'intervention de la Clinique et de tout projet de santé communautaire bien ancré dans les réalités d'un quartier repose sur une alliance et une communication solide entre les citoyenNEs, les travailleurEUSEs et la direction (conseil d'administration et coordination générale).

Cette alliance tripartite vient faire échec au modèle technocratique que le Ministère tente de nous imposer du haut vers le bas par l'implantation de programmes standardisés, modèle où les citoyenNEs sont pratiquement exclus de tout pouvoir de décision, où la direction n'a qu'un pouvoir exécutif, et où les employéEs ne sont que de simples exécutantEs. La Clinique innove plus que jamais par son projet alternatif qui propose une réelle décentralisation du pouvoir en mettant l'ensemble des acteurs à contribution.

4. *Le modèle de santé communautaire*

4.1 Un projet de santé en concordance avec la loi québécoise

L'action de la Clinique s'inscrit tout à fait en concordance avec la Loi 120 sur les services de santé et les services sociaux.

« Article 1 :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Elle vise particulièrement à :

- ◆ *agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;*
- ◆ *favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;*
- ◆ *diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;*
- ◆ *atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions. »*

4.2 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 englobe les grands déterminants de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale, plutôt que sur une vision strictement médicale de la maladie.

Les problèmes biopsychosociaux ont d'importantes répercussions sur la vie des citoyenNEs. Ils sont liés 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 usagerÈREs mais également, autant qu'il est possible, auprès du réseau social des personnes, et avec les ressources communautaires afin d'améliorer les conditions de santé de la population.

Dans ce sens et depuis ses débuts, la Clinique promeut une approche globale en santé alliant le social et le médical. La personne qui vient à la Clinique n'est pas « enfermée » dans un programme précis à partir d'un diagnostic médical ou social mais elle est perçue comme une personne à part entière pouvant avoir des besoins différents. Par exemple, une personne qui vient consulter un médecin pour un mal de dos peut être également guidée vers d'autres services si on s'aperçoit qu'elle a d'autres besoins. Une personne psychiatrisée peut tout aussi bien venir à la Clinique pour développer ses compétences parentales. Une future maman qui prend ses cours prénataux pourrait être orientée pour suivi de diabète, ou une personne en perte d'autonomie qui reçoit des services à domicile peut venir chercher de l'aide pour surmonter un deuil.



4.3 Les citoyenNEs en contrôle de leur santé et de leur Clinique

Si la pauvreté est de loin la première cause d'une mauvaise santé⁵, développer son pouvoir individuel et collectif sur sa vie est un facteur prépondérant d'une bonne santé. Ce pouvoir passe par la reconnaissance de chaque citoyen comme acteur de la vie individuelle et communautaire, ainsi que par l'appropriation par la communauté des projets, des moyens, et des ressources qui répondent à ses besoins. C'est à cela que la Clinique travaille en assurant un accès à l'information pour touTEs et en habilitant la population à prendre en charge sa santé physique et mentale, personnelle, familiale et sociale. C'est aussi par cette action en collaboration avec l'ensemble du réseau communautaire que la vie de quartier est si développée et épanouissante.

4.4 Agir sur les déterminants de la santé

À l'instar des grandes politiques nationales et internationales, la Clinique considère que les conditions de vie en général et les conditions socio-économiques en particulier sont parmi les principaux déterminants de la santé et c'est pourquoi elle mobilise les citoyens et citoyennes à lutter contre la pauvreté.⁶ Lieu de mobilisation dans le quartier, la Clinique a toujours assumé sa responsabilité d'agir pour la justice, dans le sens du changement social, afin de défendre les droits économiques et sociaux de la population du quartier.

Beaucoup de luttes sociales ont été entreprises à travers les années par les groupes communautaires du quartier et par la Clinique afin d'influencer les politiques qui auront un impact sur les gens du quartier. Ces actions visent l'amélioration des conditions de vie en agissant sur les déterminants de la santé.

En matière de revenu, il y a eu entre autres une action concertée pour la défense des droits des personnes sans emploi, la lutte pour la parité à l'aide sociale, la campagne pour l'obtention d'un barème plancher et la campagne « Pauvreté zéro » qui visait un revenu minimum pour les personnes sans emploi, la mise sur pied du Programme économique de Pointe-Saint-Charles (PEP), devenu le RESO, première expérience de développement économique communautaire en milieu urbain.

Le quartier travaille activement à l'obtention de logements décents et abordables ; le fruit de cette mobilisation se mesure à la forte concentration de logements sociaux, la plus élevée au Canada.⁷ En ce moment, les citoyenNEs travaillent sur un plan de réaménagement urbain qui révisé les besoins de la population à l'heure des changements apportés par l'embourgeoisement du quartier.⁸ Au cœur de ce travail citoyen se trouve le

⁵ Une analyse des statistiques fournies par le Ministère de la santé et des services sociaux (dans le cadre de la Commission Clair, 2000) démontre qu'on a plus de chances d'être en bonne santé si on est âgé que si on est pauvre au Québec.

⁶ Une étude de l'Université du Sussex au Royaume-Uni, citée dans le Journal de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) (no. 52, mars-avril 2003, p. 9), révèle que les personnes qui participent à des campagnes publiques, à des luttes et mouvements sociaux ou à des actions de protestation éprouvent un bien-être psychologique qui les aide à surmonter le stress, la douleur, l'anxiété et la dépression

⁷ Centraide, (2003) Portrait de territoire, l'arrondissement Sud-Ouest

⁸ L'embourgeoisement est la transformation socio-économique d'un quartier urbain ancien engendrée par l'arrivée progressive d'une nouvelle classe de résidents qui en restaure le milieu physique et en rehausse le niveau de vie.

débat autour de la vente des terrains du CN (Canadian National Railway). La mobilisation de la population démontre un vif intérêt à participer à la planification de leur quartier et de s'assurer que le développement tiendra compte des divers besoins.

Les groupes communautaires ont aussi activement défendu les droits des femmes en participant à la Marche « Du pain et des roses » de 1995 et à l'organisation de la Marche mondiale des femmes de l'an 2000 dans le quartier. Ces deux actions provinciales et internationales visaient l'amélioration des conditions de vie des femmes, particulièrement la réduction de la pauvreté féminine et la fin de la violence faite aux femmes.

Plus spécifiquement relié aux droits à la santé, la Clinique a mené des batailles pour la mise sur pied d'un régime public d'assurance médicaments, pour un financement adéquat des services à domicile et, plus récemment, à la sauvegarde d'un réseau public de services de santé et de services sociaux.

4.5 Le travail de prévention et de promotion de la santé

Il est de la volonté de la Clinique d'agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux en travaillant à la prévention et la promotion de la santé. Ce travail important prend une place prépondérante dans le travail des différentes équipes. Il s'exprime de multiples façons : donner au centre de femmes un atelier sur la ménopause ou le dépistage du cancer du sein ; organiser des journées de dépistage du diabète dans les tours d'habitation de personnes âgées ; bâtir des projets jeunesse pour prévenir la toxicomanie ; réaliser des ateliers scolaires pour tenter de prévenir la grossesse chez les adolescentes, etc. Par des activités de prévention et de promotion de la santé, il est possible par exemple de désamorcer rapidement la formation de « gangs de rue » dans le quartier ou encore de circonvenir les phénomènes d'isolement social ou de détresse psychologique, beaucoup moins présents à Pointe-Saint-Charles que dans les autres quartiers défavorisés.

Ce travail primordial de prévention et de promotion de la santé est particulièrement menacé par le manque de ressources financières et par les mandats pointus et exclusifs de prise en charge de certaines populations ayant des problèmes sévères. *Il est très important de se rappeler que les déterminants sociaux de la santé comportent des liens entre eux et que les gens qui souffrent le plus des maladies chroniques sont ceux qui se situent dans les catégories socio-économiques les moins privilégiées.* La recherche démontre abondamment les avantages d'une approche de prévention en santé. Il faudra pourtant qu'on se rappelle que pour travailler en amont, il faudra que les décideurs politiques investissent dans la prévention.⁹

4.6 Approche citoyenne

Intervenir selon une approche globale, c'est aussi saisir les individus à travers les multiples aspects de leur vie et s'adresser à eux non pas comme des personnes ayant un problème précis mais comme des citoyens et citoyennes à part entière, avec des intérêts multiples,

⁹ Dr. D McLean, Santé communautaire et épidémiologie, université Dalhousie, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2001. www.parl.gc.ca

des réalités complexes, et capables de participer de différentes façons à la vie de leur communauté.

L'approche citoyenne s'illustre de diverses façons. On ne verra pas par exemple que la femme « victime de violence » mais aussi la femme qui peut participer pleinement aux activités de sa coopérative d'habitation. On invitera des citoyenNEs à s'intéresser à l'ensemble des luttes sociales dans la perspective du bien commun plutôt que de les voir uniquement comme des « assistéEs sociauxALES » ou des « mal logéEs » confinéEs à n'intervenir que sur « leurs » problèmes.

4.7 Une intervention en interdisciplinarité

Pour intervenir auprès d'une personne dans les multiples aspects de sa vie qui sont en interrelation, le travail d'équipe avec les différentEs professionnelLEs de la santé est nécessaire. Ce travail interdisciplinaire implique que les intervenantEs qui apportent un soutien à une personne concertent leurs actions pour travailler dans une même direction. Ce travail exige également de ne pas multiplier inutilement les intervenantEs auprès d'un usagerÈRE. L'infirmière pourra supporter socialement une jeune faisant une dépression tout comme une travailleuse sociale pourra soutenir un homme à prendre sa médication. C'est tout le contraire du travail « en silo » où chaque intervenantE ignore ce que fait l'autre. Dans cette vision, si une infirmière recommande de prévenir les plaies de lit d'une dame en perte d'autonomie, l'auxiliaire familiale qui va à domicile pour les soins d'hygiène pourra intervenir dans le même sens.

L'intervention interdisciplinaire permet de développer davantage les connaissances et les habiletés du personnel, tout en facilitant le soutien mutuel et l'intégration des nouveaux intervenantEs. Cette cohérence des services dispensés se traduit par des services de meilleure qualité.

4.8 Médecine de prise en charge

Le projet médical en santé communautaire s'inscrit dans cette approche globale alliant la santé et le social. On veut favoriser la médecine de famille, médecine de prise en charge où on se soucie d'établir une relation de confiance permettant d'effectuer un diagnostic complet de l'état de santé afin d'intervenir globalement pour le recouvrement d'une bonne santé. Avant la rencontre avec le médecin, les infirmières prennent le temps de faire le tour de l'état de santé, ce qui permet d'identifier les différents problèmes de santé qui peuvent s'interinfluencer.

Si on reconnaît l'importance pour la population d'avoir accès à des services médicaux en « sans rendez-vous », ce modèle de médecine de prise en charge est en opposition directe à la seule médecine « fast-food » de consultation rapide en sans rendez-vous qui est malheureusement la plus accessible à la population au Québec. On peut comprendre facilement que la médecine sans rendez-vous, où le médecin ne voit que des patients aux 5 minutes, dans une logique de « bobo = prescription » ne peut être garante de la santé d'une population.

Si la population ne peut se priver de ce modèle de santé communautaire, il faut savoir que la Clinique fait face à d'énormes difficultés pour recruter suffisamment de médecins qui

acceptent de s'inscrire dans une telle pratique et dans un milieu économiquement si défavorisé. Il faut dire que les politiques salariales de la RAMQ sont très désavantageuses pour les médecins qui pratiquent en CLSC, notamment sur le territoire montréalais.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles compte à peine l'équivalent de 3 omnipraticiens pratiquant à temps plein, soit le tiers de notre plan d'effectifs médicaux. Il n'y a pratiquement pas d'autres ressources médicales disponibles dans le quartier et la Clinique est très inquiète des difficultés réelles d'accès à un médecin de famille pour une population qui en a grandement besoin et dénonce l'absence de volonté ministérielle pour réellement mettre en place les conditions favorables à la promotion de la médecine communautaire de prise en charge.

4.9 Travail avec le réseau communautaire

Depuis ses débuts, la Clinique intervient en collaboration étroite avec le réseau communautaire du quartier. La Clinique reconnaît et valorise la richesse de ce travail en partenariat et a souvent soutenu, en allouant des ressources humaines et financières, le travail précieux effectué avec les groupes. Énormément de projets de prévention et de promotion de la santé sont mis en place avec différents groupes dans le respect des compétences, des expertises et des traditions de chacun des groupes.

Les lieux de concertation avec le milieu sont précieux pour mettre en commun les visions, les approches et développer des projets novateurs répondant aux différents besoins. Avec Concertation jeunesse, cela a pris la forme d'un colloque pour cibler les interventions prioritaires à réaliser. En Enfance-famille, on a unit les forces pour développer des services de garde. En santé mentale, on a réalisé un rallye pour faire connaître les ressources. En sécurité alimentaire, on a bâti un projet de jardins collectifs. Et avec la table de quartier Action-Gardien, on a développé des stratégies de lutte à la pauvreté ou encore consulté le milieu sur l'aménagement du quartier.

Le support aux initiatives citoyennes et le travail à la cohésion des interventions dans le milieu fait en sorte que le réseau communautaire de Pointe-Saint-Charles est l'un des plus dynamiques et stimulants de la province.

5. *La santé en milieu défavorisé*

La mission de la Clinique est d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population. Réaliser cette mission dans un quartier touché par des conditions socio-économiques extrêmement difficiles pose tout un défi. De nombreuses études, dont les rapports annuels de 1998 et de 2002 de la Direction de la santé publique de Montréal, démontrent que le statut socio-économique a un impact prépondérant sur l'état de santé des populations. Nous savons, par exemple, que les taux de mortalité et d'hospitalisation observés chez les Montréalais à faible revenu sont deux fois plus élevés que ceux des Montréalais à revenu élevé¹⁰.

¹⁰ Direction de la santé publique, Rapport annuel 1998 sur la santé de la population, « Les inégalités sociales de la santé »

Pour le territoire de Pointe-Saint-Charles, les effets d'une marginalisation socio-économique marquée ont des impacts désastreux sur la santé et le bien-être de la population. Le fait que 58,9% des familles¹¹ vivent sous le seuil de la pauvreté¹² a des impacts extrêmement néfastes pour toutes les couches de la société. Il y a des conséquences importantes pour la communauté quand 63,4%¹³ de la population n'a pas atteint le niveau collégial. La réalité de Pointe-Saint-Charles reflète un contexte plus large où l'on voit l'accentuation des inégalités économiques et un appauvrissement grandissant, ayant pour effet la fragilisation, la marginalisation et l'exclusion d'une partie de la population.

Comme explique la Direction de la santé publique de Montréal, la relation entre la santé et le revenu s'observe par quelques 140 indicateurs de santé.¹⁴ Tout comme l'ensemble des études sur cette question, cette analyse démontre clairement que plus le revenu des Montréalais est bas, moins ces personnes seront en bonne santé. Le portrait de santé qui suit confirme, par les indicateurs tirés de la Direction de la santé publique de Montréal et de Statistiques Canada, ce lien entre les conditions de vie défavorables et la moins bonne santé de la population du quartier.

5.1 Portrait de santé de Pointe-Saint-Charles¹⁵

Le quartier en un coup d'œil

-  **13 280** habitants
-  **30 %** sont de langue maternelle anglaise et **59%**, française
-  **13 %** des résidents sont nés hors du pays
-  **12 %** de la population a 65 ans ou plus
-  **43,2%** des personnes de 65 ans ou plus vivent seules
-  **52 %** des familles avec enfant sont monoparentales
-  **43,9%** des enfants de 0-5 ans vivent de la sécurité du revenu
-  **15,5 %** des 15 ans et plus sont en chômage
-  **33,5 %** des ménages vivent de la sécurité du revenu
-  L'espérance de vie à la naissance est de **73,7** ans
-  Cohésion sociale et longue tradition d'action communautaire

¹¹ Familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans

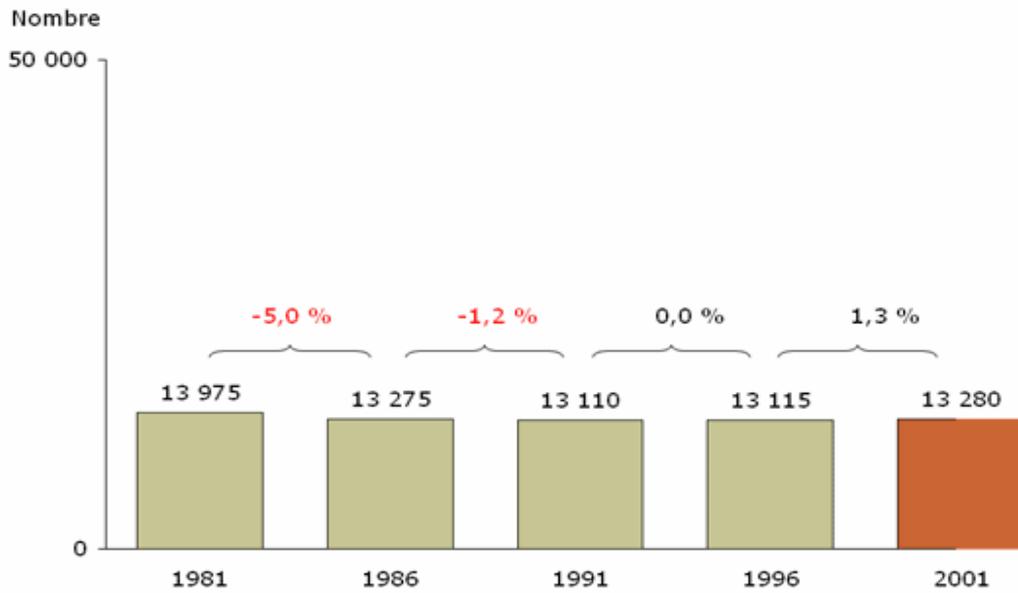
¹² Direction de la santé publique, Faibles revenus, population et familles 1990 à 2000 <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Clsc/stcharles/faiblerevenu.html>

¹³ Ibid

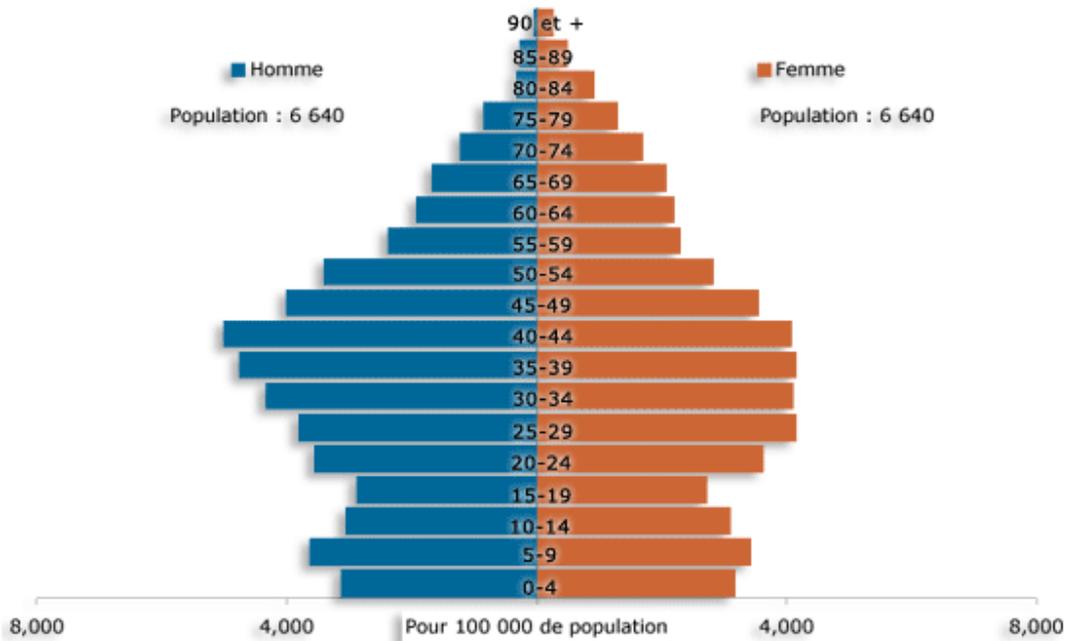
¹⁴ Étude réalisée à la Direction de la santé publique (www.santepublique-mtl.qc.ca)

¹⁵ Sauf indication contraire, les données utilisées dans le portrait du quartier sont tirées du site Direction de la santé publique de Montréal

**Population totale et taux d'accroissement,
CLSC Pointe Saint-Charles, 1981 à 2001**



**Répartition de la population selon le groupe d'âge et le sexe,
CLSC Pointe-Saint-Charles, 2001**



Environnement physique¹⁶

Logement	PSC	MTL
Logements locatifs dont le coût mensuel dépasse 50% du revenu du ménage - 2001	29.8%	25.3%
Logements nécessitant des réparations majeures - 2001	11%	9%
Logements locatifs	76%	64%
Logements construits avant 1946	46%	20%
Ménages d'une seule personne – 2001	44%	37,7%
Population ayant déménagé au cours des 5 dernières années	57%	48%

Sur le territoire, des logements peu dispendieux ont été remplacés par des logements et des condos moins accessibles à des personnes à faible revenu. La hausse du coût des logements, le déplacement des gens vers l'extérieur a mené à un certain déracinement de la population ou à son appauvrissement, ce qui contribue, entre autre, à l'augmentation de la détresse psychologique.

Socioéconomique

Revenu	PSC	MTL
Revenu annuel moyen des particuliers - 2001	\$19 614	\$28 250
Taux de chômage (15 ans et plus) - 2001	15,5%	9,2%
Là où la proportion de 15 ans et plus sans emploi est élevée, on note une fréquence supérieure de maladies et de problèmes sociaux, accompagnés de forts taux d'échec et de décrochage scolaire. ¹⁷		
Fréquence de la population à faible revenu - 2001	49,3%	29%
Personnes vivant de la sécurité de revenu - 2003	35,2%	12,8%

Prestataires d'aide sociale à Pointe-Saint-Charles selon les groupes d'âge 2004 :

	0-5 ans	6-17 ans	18-29 ans	30-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
PSC	43,9 %	36,2 %	25,3 %	31,3 %	31,1 %	42,4 %
CSSS-S0	28,9 %	23,6 %	17,4 %	18,7 %	19,9 %	21,7 %
Montréal	17 %	13 %	10 %	12 %	12 %	14 %

¹⁶ Même si Pointe-Saint-Charles compte la plus forte concentration de logements sociaux au Canada (Centraide, 2003), entre les logements sociaux et les condominiums haut de gamme, les habitations intermédiaires font défaut (RESO, 2002)

¹⁷ Le Rapport annuel 1998 de la Régie régionale sur la santé de la population (p. 21)

Espérance de vie à la naissance selon le sexe, 1997-1999

	PSC	MTL	
Hommes	72,2	(-)	75,3
Femmes	75,7	(-)	81,4
Sexes réunis	73,9	(-)	78,5

(-) Espérance de vie significativement plus faible que celle de la région de Montréal

Espérance de vie à la naissance ajustée selon l'incapacité 1994-1998

	PSC	Montréal
Espérance de vie totale	73,7	78,2
Espérance de vie avec incapacité	11,8	8,6
Espérance de vie sans incapacité	61,9	69,6

Bien être des familles

Familles	PSC	MTL
Familles monoparentales 2001 ¹⁸	50,2%	33,0%
Familles monoparentales vivant sous le seuil de la pauvreté	79,1 %	
Grossesses et issues chez les 14-19 ans- 1995-1998	10.6%	5.9% ¹⁹
Nouveau-nés		
Nouveau-nés de mères faiblement scolarisées 1998-2000 (moins de 11 années)	30.6%	17.5%
Nouveau-nés de faible poids -1998-2000 (poids inférieur à 2500 grammes).	6,7%	4,7%
Nouveau-nés prématurés, 1998-2000 (gestation inférieure à 37 semaines)	9,3%	6,4%
Proportion de nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérine 1998-2000 ²⁰	9%	4,7%

¹⁸ Recensement 2001

¹⁹ Direction de la Santé publique de Montréal « Prévenir la grossesse à l'adolescence. Défi ou illusion ? » <http://www.santepub-mtl.qc.ca/jeunesse/domaine/grossesse/index.html>

²⁰ Un nouveau-né ayant un retard de croissance intra-utérine est un nouveau-né dont le poids est insuffisant compte tenu de la durée de gestation. Cette notion s'appuie sur des courbes de croissance in-utero qui diffèrent selon le sexe du nouveau-né et le type de naissance (simple ou gémellaire). À partir de ces courbes, on établit une frontière qui délimite une croissance normale d'une croissance retardée.

0-5 ans	PSC	MTL
Santé dentaire des enfants 4-5 ans qui ont au moins une carie dentaire ²¹	55%	20%.
Suivi vaccination : 51% des enfants 4-5 ans n'ont pas complété leurs programmes de vaccination.		
Pauvreté infantile : Dans le quartier, les deux-tiers (67%) des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu comparé à 25 % pour le Québec (Institut national de santé publique du Québec). En 2003, 49% des enfants du quartier et de ce groupe d'âge vivaient dans une famille prestataire de l'aide sociale.		
Enfants victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou d'abus physique	6,4%	2,1%

Santé jeunesse

Scolarité	PSC	MTL
Population n'ayant pas atteint le niveau collégial - 2001	63,4%	48,4%
Population de 15-24 ans ne fréquentant pas l'école à plein temps en 2001	49%	39%
L'arrondissement du Sud-ouest affiche le plus haut taux de décrochage scolaire sur l'ensemble du territoire montréalais ²²		
Victimisation (les enfants qui ont été victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou d'abus physique) :		
les 6 à 11 ans	6,6%	2,5%
les 12-17 ans	3,7%	1,7%
Tabagisme et dépendances		
Tabagisme : 15 ans et plus - 2003	37,2%	25,4% ²³
Toxicomanie : présence accrue d'utilisateurs de drogues injectables dans le quartier. ²⁴		

²¹ M.D.M. Michael Levy, (2005) Direction de la Santé publique de Montréal.

²² Ville de Montréal (17 avril 2002). Profil – Arrondissement du Sud-Ouest, Sommet de Montréal, p.9

²³ Personne qui fumait au moment du sondage téléphonique, chaque jour ou à l'occasion - Direction santé publique Montréal, enquête sur le tabagisme à Pointe-Saint-Charles, mars 2003 (données non publiées).

²⁴ Bilan évaluatif du programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies (2004) Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Santé adulte

Santé mentale²⁵	PSC	MTL
Détresse psychologique	25% ²⁶	20%
Pointe-Saint-Charles reçoit annuellement trois fois plus de demandes d'évaluation en psychiatrie que les autres quartiers du Sud-Ouest de Montréal ²⁷		
Suicide : Pointe-Saint-Charles a un indice d'hospitalisation pour tentative de suicide significativement supérieur à la moyenne régionale.		
Le quartier accueille beaucoup plus de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale que la moyenne québécoise. ²⁸		
Santé physique	PSC	MTL
Une enquête récente indique que la consommation insuffisante de fruits et de légumes est plus répandue chez les personnes ayant un niveau de revenu faible. ²⁹		
Diabète ³⁰ chez les 20 ans et +, 1999-2000		
femmes	7,4%	5,8%
hommes	6,8%	5,9%
Cancer, taux d'incidence pour 10 000 (femmes), 1997-2000	60,5	43,8
Hospitalisations³¹		
Durée moyenne (en jours) dans les centres hospitaliers	9.9	7.7

²⁵ Devant l'ampleur grandissante des problèmes de santé mentale des pays occidentaux, la Direction de la santé publique a réalisé une enquête sur la santé mentale des Montréalais. «Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes.» Louise Fournier, Odette Lemoine, Carole Poulin, Léo-Roch Poirier. 1^{er} trimestre 2002.

²⁶ Hôpital Douglas, 2002 :9

En ordre d'importance les personnes consultent pour des troubles de l'humeur, la schizophrénie et des problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle (Banque ICLSC, 2002-2003)

²⁷ Hôpital Douglas, 2002, "Nouvelles requêtes ouvertes à l'externe dans les équipes de secteur".

²⁸ Environ 2% de la population. Rapport annuel sur la santé de la population, 2001, Direction santé publique

²⁹ Direction santé publique. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - volet montréalais, 2000-2001. Consommation de fruits et de légumes

³⁰ Sachant que le taux de diabète du quartier est au-dessus de la moyenne régionale, la Clinique fait beaucoup de travail de prévention auprès des personnes âgées. La Direction de la santé publique remarque que le pourcentage de personnes diabétiques augmente avec l'âge pour atteindre un sommet dans le groupe des 75-79 ans. Chez les personnes de 80 ans et plus, l'ampleur du diabète serait sous-estimé, particulièrement chez celles résidant en établissement de longue durée.

³¹ Les effets de la pauvreté et de la malnutrition se font sentir dans les soins post-hospitaliers, où la guérison prend plus longtemps que la norme. Cette guérison suit une hospitalisation qui est plus longue en moyenne de deux jours pour les patients venant de Pointe-Saint-Charles que pour la moyenne montréalaise. Une fois le patient rentré à la maison, l'équipe SAD constate que les plaies prennent plus de temps à guérir ou ne guérissent pas du tout, phénomène connu là où sévit la malnutrition.

1997-2001

Hospitalisations de courte durée, tous diagnostics, 2000-2002³²

femmes	10,6%	0,01%
hommes	8,8%	0,06%

Mortalité

Indices comparatifs de mortalité selon la cause, 1997-1999 Pointe-Saint-Charles

Ensemble des causes	141	(+)
Tumeurs	136	(+)
Appareil circulatoire	154	(+)
Appareil respiratoire	133	(+)
Blessures	154	(+)
Tabagisme : par cancer du poumon ³³	151	(+)
Suicide	154	(+)

(+) Indice significativement plus élevé que celui de la région de Montréal qui est égal à 100³⁴

Comme ce portrait alarmant le démontre, il y a proportionnellement beaucoup plus de gens malades à Pointe-Saint-Charles que pour l'ensemble de Montréal. Pour la population du quartier, ces données se traduisent par une lutte constante pour subvenir aux besoins de base et combattre les problèmes de santé reliés à leurs conditions de vie.

5.2 Impacts des conditions de vie sur la santé

Il a été clairement démontré que la pauvreté a des conséquences négatives sur le bien-être de la population. Non seulement les personnes qu'elle affecte doivent subir de nombreuses privations d'ordre matériel et social, mais elles sont aussi exposées à des stress chroniques causés par l'exclusion sociale. Conséquemment, les inégalités sociales et économiques a des effets néfastes sur la santé physique et mentale. À titre d'exemple, voici trois situations où se trouvent intimement liées pauvreté, conditions de vie défavorables et problèmes de santé à Pointe-Saint-Charles.

a) *Malnutrition*

Dans ce quartier fortement touché par la pauvreté et mal desservi par les commerces au détail en alimentation, s'est développée une situation d'insécurité alimentaire et de malnutrition. La population souffre de plusieurs carences nutritionnelles, comme c'est

³² Taux ajustés pour 10 000 personnes

³³ Un indice égal à 100 correspond au taux équivalent à celui de l'ensemble de la région montréalaise; les valeurs de Pointe-Saint-Charles traduisent un indice significativement supérieur à celui de la région

³⁴ Un indice égal à 100 correspond à une mortalité équivalente à celle de l'ensemble de la région montréalaise; les valeurs supérieures de Pointe-Saint-Charles traduisent une surmortalité.

généralement le cas dans les milieux économiquement défavorisés. Ces carences contribuent à la dégradation de l'état de santé et du bien-être des personnes vulnérables, commençant bien souvent dès la grossesse.

La malnutrition est révélée par certains problèmes de santé très présents dans le quartier, comme les troubles endocriniens, les problèmes thyroïdiens, le diabète, la non-guérison des plaies, les caries dentaires chez les enfants, les accouchements prématurés et les bébés de petit poids. On note que 9% des nouveau-nés du quartier présentent déjà un retard de croissance intra-utérine (1998-2000).³⁵ Des études sur la nutrition³⁶ démontrent que des carences, par exemple, en protéines, en fer ou en vitamines, qui se retrouvent aussi parmi les enfants dont les repas peuvent être irréguliers et mal équilibrés, figurent parmi les causes de certains retards dans le développement mental et dans l'apprentissage des enfants.

Une enquête de la Direction de la santé publique³⁷ révèle que près de la moitié des personnes à faible revenu souffrent d'insécurité alimentaire alors que le pourcentage est presque nul chez celles à revenu élevé. D'ailleurs, des études faites par le Carrefour d'éducation populaire³⁸ ont fait la preuve qu'il est impossible pour les personnes à faible revenu ou vivant de l'aide sociale de manger selon le guide alimentaire canadien.

Pour la Clinique, il ne suffit donc pas de promouvoir uniquement, par exemple, de bonnes habitudes alimentaires mais de se préoccuper de la sécurité alimentaire et de l'accès pour tous à une nourriture saine et abordable. La mise sur pied de groupes d'éducation populaire en alimentation, les cuisines collectives, les programmes de repas pour écoliers, et la lutte à la pauvreté, etc., constituent divers moyens entrepris dans le quartier pour assurer un mieux-être et de meilleures perspectives en vue du maintien de la santé.

b) Santé respiratoire - Tabac et pauvreté

Les facteurs de risque principaux d'une mauvaise santé respiratoire sont, entre autres, le tabagisme et les conditions de vie difficiles reliées à des situations de pauvreté. Des études démontrent que le tabac affecte considérablement ceux qui sont déjà les plus pauvres. Tabac et pauvreté forment un cercle vicieux dont il est difficile de se sortir. Le tabac accroît la pauvreté parce que les fumeurs ont plus de probabilité de devenir malades ou de mourir prématurément d'une maladie liée au tabagisme.³⁹ Les facteurs de stress important relié aux conditions de vie extrêmement difficiles contribuent également à encourager le tabagisme.

³⁵ Statistiques Direction santé publique de Montréal, « Nouveau-nés, faible poids à la naissance, prématurité et retard de croissance intra-utérin (1995-1997 et 1998-2000) »

³⁶ Mongeau, E et Serge Larivée (2000) "Nutrition et intelligence", Journal international de psychologie, 35 (1). 10-23

³⁷ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-volet montréalais, 2000-2001 Insécurité alimentaire Définition : Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir éprouvé de l'insécurité relativement aux aliments liée au manque d'argent au cours des 12 mois précédant l'enquête.

³⁸ Le Carrefour d'éducation populaire de Pointe-Saint-Charles, un organisme communautaire établi dans le quartier depuis plus de 30 ans, a réalisé plusieurs recherches-action et produit des outils d'information et d'éducation sur l'impact négatif de la pauvreté sur l'alimentation.

³⁹ Coalition nationale contre le tabac « Tabac et pauvreté : un cercle vicieux » 31 mai 2004 – Journée mondiale sans tabac

Ce sont les personnes qui vivent dans la pauvreté qui fument le plus et qui, par conséquent, supportent les frais de soins de santé et les charges économiques les plus élevés. Le tabac appauvrit donc l'ensemble des plus démunis, plus que les autres, car la dépendance qu'il crée touche deux, trois ou jusqu'à quatre fois plus de personnes parmi les plus pauvres.⁴⁰

Une recherche faite en 2003 illustre que parmi les fumeurs actuels, ce sont les personnes du quartier qui ont de 8 à 12 ans de scolarité qui fument le plus (48,2%) ; celles ayant 16 ans et plus de scolarité fument le moins (28,2%).⁴¹

L'indice comparatif d'incidence du cancer du poumon ⁴²	PSC	MTL
femmes	285	100
hommes	151	100

Les indices pour les deux groupes sont significativement supérieurs à celui de la région, mais pour les femmes la situation est extrêmement alarmante.⁴³

c) La détresse psychologique augmente dans les situations de pauvreté

La pauvreté, l'isolement, une sous-scolarisation, et un faible réseau de soutien social sont associés à un niveau de détresse élevé. La détérioration socio-économique d'une population contribue aussi à une augmentation importante des troubles anxieux chez les adultes souffrant déjà d'un problème de santé mentale.

Les situations d'extrême pauvreté et de grand isolement⁴⁴ vécus par une bonne proportion de la population créent un niveau de détresse élevé. En effet, une recherche présentée par l'Hôpital Douglas⁴⁵ en 2002 démontre un lien étroit entre les problèmes de santé mentale et les conditions socio-économiques difficiles, les individus ayant un faible revenu étant les plus vulnérables. Dans ce sens, la moitié des prestataires de la sécurité du revenu des quartiers de Saint-Henri et de Pointe-Saint-Charles présentent un niveau de détresse psychologique élevé. Ce taux est plus deux fois plus élevé que celui de la population québécoise.

Une enquête faite par la Direction de la santé publique sur la santé mentale des Montréalais⁴⁶ établit que les jeunes adultes et les personnes se percevant comme pauvres sont particulièrement susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale. Une scolarité très faible ainsi qu'un statut financier perçu comme pauvre sont aussi associés au

⁴⁰ La Direction de la santé publique calcule que lorsque dans une famille, deux membres ont besoin chacun d'un paquet de cigarettes par jour, c'est plus de 5000 dollars par an qui partent en fumée. Ceci représente du quart au tiers du revenu familial annuel. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/manchette/24052004.html>

⁴¹ Direction santé publique Montréal, enquête sur le tabagisme à Pointe-Saint-Charles, mars 2003 (données non publiées).

⁴² Direction santé publique Montréal, statistiques

⁴³ Il y a une différence significative difficilement explicable de 130 points entre Pointe-Saint-Charles (285) et le quartier limitrophe de Saint-Henri (155).

⁴⁴ 44% de la population adulte et 43% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seuls

⁴⁵ L'Hôpital Douglas, 2002, Rapport de recherche présenté à L'initiative sur la santé de la population canadienne, « Le soutien social, la santé mentale et la qualité de vie des populations pauvres de Montréal »

⁴⁶ Direction santé publique, Enquête sur la santé mentale des Montréalais

fait de percevoir sa santé mentale comme moins bonne. Cette enquête démontre aussi que certaines personnes souffrant des problèmes de santé mentale - celles âgées de 18 à 44 ans, celles jugeant leur revenu pauvre ou très pauvre et les femmes - sont plus à risque de vivre des incapacités relevant des troubles d'anxiété et de dépression.⁴⁷

6. *Le projet de santé d'un quartier : offre des services curatifs et préventifs de la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles*

La prochaine section de ce document démontre que même si la Clinique reçoit des enveloppes budgétaires relativement plus élevées que dans la moyenne des CLSC, ces sommes demeurent très insuffisantes en regard des besoins d'un milieu aussi défavorisé que Pointe-Saint-Charles.

La Clinique est fière de son rayonnement dans le quartier où près de 40% (2003-2004, 37.3%) de la population du quartier reçoit annuellement ses services. Il faut réaliser ici que ce « taux de pénétration » est exceptionnel par rapport à la moyenne des CLSC.

Les services à la population dans le quartier sont organisés autour de plusieurs équipes selon les groupes d'âge et/ou selon les interventions plus spécifiques. On retrouve l'équipe Accueil, l'équipe Enfance-famille, l'équipe Jeunesse, l'équipe Scolaire, l'équipe Adulte, l'équipe Maintien à domicile (MAD), l'équipe Soins intensifs à domicile (SIAD) et l'équipe de Planification et de développement communautaire qui offrent des services médicaux et sociaux.

6.1 La santé mentale, au cœur des préoccupations

La grande vulnérabilité des personnes souffrant des problèmes de santé mentale nécessite plusieurs formes d'aide et d'intervention. Dans ce sens, les services de santé mentale à la Clinique font partie intégrante des services médico-sociaux dispensés par des équipes multidisciplinaires non spécifiques à la problématique de santé mentale. Plutôt que de reléguer les problématiques de santé mentale à une équipe spécialisée en psychiatrie, la Clinique a choisi de redonner à chaque équipe la responsabilité de l'intervention face aux problèmes de santé mentale vécus par ces populations.

Une personne suivie en psychiatrie ira voir la même infirmière qu'une personne adulte ayant des problèmes de contrôle de sa pression artérielle. Personne ne saura qu'elle consulte pour des problèmes de santé mentale, elle n'a pas à se rendre en « hôpital psychiatrique » ou en clinique externe en psychiatrie. Mieux encore, cette personne sera suivie pour l'ensemble de ses besoins, par exemple, ses compétences parentales, aide à l'organisation budgétaire, et non exclusivement pour son problème de santé mentale. Pour la Clinique, cette approche est essentielle pour ne pas stigmatiser les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale.

Les intervenantEs peuvent compter sur l'enseignement et le support de l'intervenantE support en santé mentale et des consultantEs de l'Hôpital Douglas, ainsi que du comité santé mentale à la Clinique.

⁴⁷ Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Ibid.

Dans une perspective de santé communautaire et préventive, la Clinique collabore avec le mouvement communautaire à la formation des intervenantEs aux problématiques de santé mentale, à l'organisation d'activités pour la promotion de la santé mentale, ainsi que de la promotion des droits des personnes présentant une déficience intellectuelle. Par exemple, la Clinique a mis sur pied et intervient toujours au groupe Action-santé, ressource alternative en santé mentale où les personnes et leurs proches peuvent briser leur isolement, s'entraider, faciliter leur intégration dans la communauté, défendre leurs droits et organiser des activités selon leurs intérêts. Un autre exemple est un rallye organisé en 2002 avec les groupes du milieu pour faire connaître les différentes ressources en santé mentale.

6.2 Différentes équipes au service de la santé d'une population

6.3 L'équipe Accueil...pour tous

Comme son nom l'indique, c'est l'équipe qui accueille et évalue les besoins des personnes qui s'adressent à la Clinique pour recevoir des services de santé ou des services psychosociaux. L'équipe Accueil offre les services suivants :

- Services médicaux courants, services infirmiers
- Services psychosociaux à court terme
- Services de prélèvements (prise de sang, test d'urine, etc.)
- Services de vaccination
- Services Info-santé,
- Services d'information générale et de référence vers les autres équipes de la Clinique ou vers des ressources externes.

Cette équipe est souvent la « porte d'entrée » des citoyensNEs à la Clinique. On vient pour voir un médecin, pour une prise de sang ou pour voir une intervenante sociale et on est, au besoin, acheminé vers le service le plus approprié à la Clinique ou à l'externe. On téléphone aussi à la Clinique pour avoir diverses informations ou pour être référé vers une autre ressource.

Le quartier assiste à une augmentation rapide du nombre d'immigrantEs (7.5% depuis 1986⁴⁸), augmentation qui pose le défi de l'intégration harmonieuse de ces personnes, qui sont pour plusieurs sans ressource et qui ne comprennent pas toujours l'anglais ni le français. Ces immigrantEs représentent actuellement 13% de la population. Si cette proportion est sous la moyenne montréalaise (26%), on y note une croissance plus rapide qu'à Montréal, puisque 57% des immigrantEs se sont installés sur le territoire du Sud-Ouest depuis 1981, comparativement à 49% à Montréal. Les communautés culturelles les plus importantes en présence sont : la communauté latino-américaine, la communauté vietnamienne, la communauté congolaise et la communauté bangladaise.

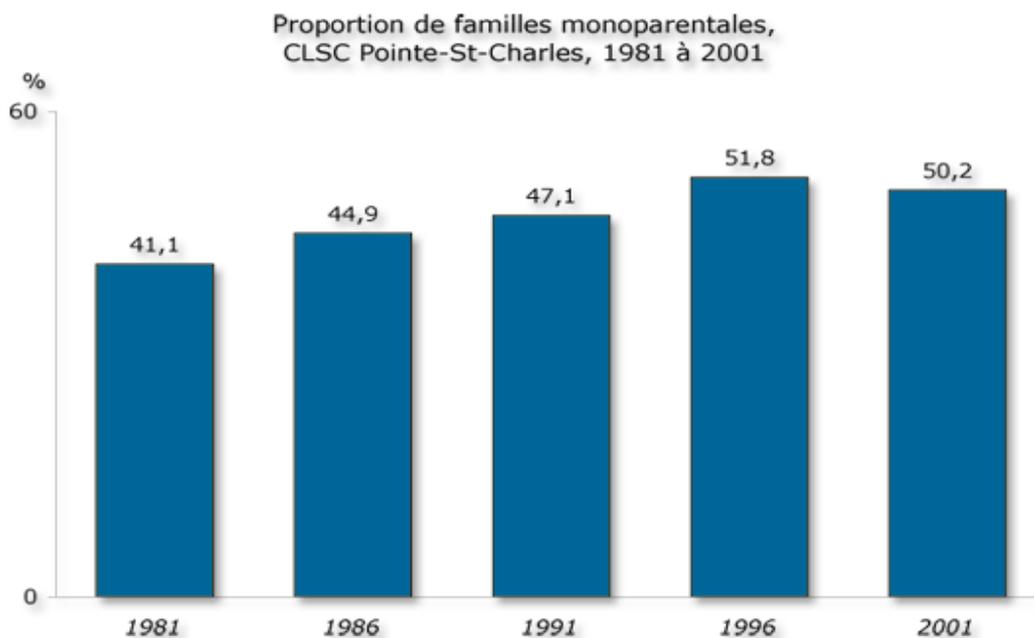
Afin de rejoindre ces nouvelles communautés culturelles, l'équipe Accueil a offert, en collaboration avec un groupe communautaire, un projet d'accueil pour faciliter l'intégration des nouveaux arrivants dans le quartier.

⁴⁸ Centraide, (2003) Portrait de territoire, l'arrondissement Sud-Ouest

6.4 L'équipe Enfance-famille... pour les femmes enceintes et les familles avec enfants de 0 à 5 ans

L'équipe Enfance-famille offre des services variés aux familles ayant de jeunes enfants ainsi qu'aux femmes enceintes afin de prévenir l'apparition, l'aggravation et la répétition des problèmes de santé ou psychosociaux, et de promouvoir le développement des enfants et des familles.

Pointe-Saint-Charles affiche un des taux les plus élevés de familles monoparentales sur l'île de Montréal. Les statistiques des dernières années démontrent clairement que les familles monoparentales, particulièrement celles dirigées par une femme, sont parmi les plus pauvres au pays.⁴⁹ Outre les familles monoparentales, les deux-tiers (67%) des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu,⁵⁰ comparé à 25% pour le Québec (Institut national de santé publique du Québec). En 2003, 49% des enfants du quartier de ce groupe d'âge vivaient dans une famille prestataire de l'aide sociale.⁵¹



Pointe-Saint-Charles a aussi le taux régional le plus élevé de nouveau-nés prématurés (gestation inférieure à 37 semaines), soit de 9,3%, comparé à 6,4% pour toute l'île de Montréal, et de nouveau-nés de faible poids, 6,7% (inférieur à 2500 grammes) contre 4,6% pour la région.⁵²

D'une perspective psychosociale, il est reconnu que les conditions de vie difficiles ont un impact important sur la capacité des parents à maintenir des relations harmonieuses et

⁴⁹ Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec, Mémoire (2004 déposé à la Commission parlementaire sur le Projet de loi 57

⁵⁰ Direction de la Santé publique de Montréal

⁵¹ Ibid, <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Clsc/stcharles/aidesociale.html>

⁵² Direction de la santé publique

pacifiques avec les enfants. Dans leur étude, Bouchard et Tessier⁵³ concluent que «les résultats sont remarquablement convergents et confirment les liens maintes fois observés entre les difficultés dans les relations intrafamiliales et la présence de difficultés financières».

De nombreuses activités sont réalisées pour accroître les compétences parentales des familles, pour supporter les familles en situation de vulnérabilité tant prénatale que postnatale. Outre le suivi infirmier, nutritionnel, psychosocial et éducatif offert aux familles le requérant, l'approche préventive de groupe est proposée comme mode d'intervention privilégié : rencontres prénatales, ateliers de nutrition pour femmes enceintes, ateliers de stimulation des enfants, ateliers de support à l'allaitement maternel, rencontres post-natales pour valoriser l'implication du père, ateliers d'éducation populaire sur la santé des enfants, sur la santé dentaire, l'alimentation, le développement de l'estime de soi, etc. Ces interventions de groupes sont tout indiquées pour briser l'isolement, favoriser le support et la solidarité, permettre aux familles de mettre en commun leurs expertises.

La mixité sociale des groupes est un outil fort apprécié pour que les compétences des unEs servent à renforcer celles des autres. En effet, entre 1998-2000, 36,9% des nouveau-nés du quartier naissaient dans une famille où au moins un des parents est né à l'extérieur du Canada. Les données statistiques de la Clinique démontrent que plus de 40% des personnes recevant des services de cette équipe proviennent des communautés culturelles. (L'intervention interculturelle qui y est pratiquée nécessite temps et accompagnement pour répondre aux besoins variés des familles nouvellement arrivées au pays.)

L'équipe Enfance-famille s'implique aussi activement dans le milieu en intervention communautaire, par exemple pour les questions de sécurité alimentaire, pour promouvoir le rôle du père dans l'éducation des enfants ou au sein des différentes concertations visant le mieux-être des enfants et de leurs familles.

6.5 L'équipe Jeunesse... pour les jeunes de 6 à 24 ans et leurs parents.

Pointe-Saint-Charles est l'un des quartiers du Sud-Ouest affichant la population la plus jeune. Le groupe d'âge des 6-24 ans représente le quart de la population (Recensement 2001). Face à un portrait statistique désolant et en raison de la diversité des problèmes rencontrés (décrochage scolaire, faible scolarisation, violence, grossesse et avortement chez les jeunes filles, toxicomanie), le soutien aux jeunes et aux familles est un enjeu prioritaire pour la Clinique.

Par exemple, en plus d'afficher un taux de tabagisme significativement supérieur au taux régional, les jeunes du quartier sont nombreux à éprouver des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. À Pointe-Saint-Charles on parle d'une consommation de drogues développée comme mode de vie et qui a des racines profondes, car l'habitude de consommer des psychotropes existe chez certains parents. Dès la deuxième année du primaire, les jeunes semblent avoir une certaine connaissance des drogues, en raison de leurs proches : parents, grands frères, grandes sœurs. Dans le bilan évaluatif du programme régional de promotion de la santé et prévention des toxicomanies (avril, 2004), on remarque que pour trois

⁵³ Bouchard et Tessier, 1996:39

quartiers pauvres, Hochelaga-Maisonneuve, Centre-Sud et Pointe-Saint-Charles, le fait de consommer des drogues est pratiquement vu comme une « automédication » face à la pauvreté.⁵⁴

Aux jeunes de 6 à 24 ans, ainsi qu'à leur famille, l'équipe Jeunesse offre une large gamme de services préventifs et curatifs pour améliorer leur qualité de vie et les accompagner dans le développement de leur autonomie. Plusieurs services infirmiers et psychosociaux adaptés aux besoins et aux approches des jeunes sont offerts ; que l'on pense aux services préventifs d'éducation et de dépistage en regard de la santé sexuelle, de la toxicomanie, aux suivis des jeunes présentant des difficultés familiales ou scolaires, aux services de support à la famille d'enfants handicapés etc.

La Clinique trouve essentiel d'offrir des services infirmiers sans rendez-vous accessibles quotidiennement pour ces jeunes qui ne sont pas toujours en mesure d'attendre au lendemain quand un besoin ou une crise survient. Les infirmières de l'équipe ont un rôle élargi qui permet aux jeunes femmes de faire faire leur examen gynécologique par l'intervenante avec laquelle elles ont développé un lien de confiance.

L'équipe Jeunesse trouve essentiel cette capacité d'intervenir rapidement, avant que les problèmes s'intensifient... pour désamorcer des crises, éviter des suicides ou prévenir la formation de gangs de rues, rapidité mise en cause par les orientations ministérielles standardisées qu'on tente d'imposer. De plus, l'accès à un médecin de façon stable et continue, l'accès à des ressources d'éducateurTRICES dans un contexte où les ressources en centre jeunesse sont nettement insuffisantes, et l'accès à une vaste gamme de services sont essentiels pour répondre aux besoins des jeunes.

Plusieurs services préventifs sont offerts, tels des ateliers parents-enfants pour mieux s'équiper dans la période parfois difficile de l'adolescence, des programmes de prévention des toxicomanies en collaboration avec le milieu, un programme pour les adolescentes enceintes, des fêtes de quartier où les jeunes ont leur place ou encore l'implication communautaire pour donner l'occasion à des centaines de jeunes chaque année d'aller dans un camp de vacances et de donner un peu de répit à leur famille.

6.6 L'équipe scolaire... pour les enfants dans les écoles du quartier et leurs familles

L'équipe scolaire est au cœur de la vie du quartier car elle rejoint toutes les familles et les jeunes qui gravitent autour des écoles. L'équipe travaille dans cinq écoles du quartier et rejoint 1150 élèves. Le jeune est considéré comme un être social en relation d'interdépendance dans son milieu de vie qui est sa famille, son école et son quartier. Les interventions de la Clinique visent à contribuer au développement intégral et optimal des jeunes dans les écoles sur les plans physique, affectif, social et cognitif.

⁵⁴ Expression utilisée en entrevue lors du Bilan évaluatif du programme régional promotion de la santé et prévention des toxicomanies (avril, 2004)

L'équipe scolaire est directement intégrée aux écoles du quartier pour voir vivre les jeunes dans leur environnement mais aussi pour comprendre leurs besoins, ceux de leurs parents, de l'école et du milieu.

Des suivis individuels ou familiaux sont offerts par les infirmières, les intervenantes sociales et les hygiénistes dentaires. Ceux-ci ont pour but d'évaluer les besoins, offrir support, écoute, information et accompagnement selon les besoins spécifiques qui peuvent varier grandement, que ce soit les problèmes scolaires, le deuil d'une personne proche de l'enfant, une difficulté suite à une séparation, des problèmes d'abus, de violence, des problèmes de santé, allergie sévère, asthme, diabète, santé dentaire, etc.

Pour des problèmes de plus en plus fréquemment rencontrés, tels que l'hyperactivité ou le déficit d'attention, les parents qui sont souvent désemparés ou dépassés par la situation, par la pression qui peut être exercée par l'école, hésitent à donner ou non une médication. L'équipe va accompagner le jeune et ses parents, les informer, les aider à comprendre la situation, les diriger vers les ressources appropriées et donner le support nécessaire.

En plus des programmes curatifs, l'équipe a développé une gamme de programmes éducatifs et de prévention pour répondre aux différents besoins exprimés par les jeunes ou leurs parents. En voici quelques exemples : mise sur pied d'un groupe pour faciliter l'expression d'enfants timides ; cours de gardiennage et de secourisme, puisque plusieurs enfants doivent souvent se garder eux-mêmes ; ateliers sur l'estime de soi et prévention de la solitude pour éviter les problèmes de santé mentale et favoriser la réussite scolaire ; cours sur la sexualité et les changements pubertaires ; ateliers sur la prévention des abus physiques et sexuels ; projet informel de support aux parents, etc.

Les hygiénistes dentaires de la Clinique ont cherché depuis des années à faire diminuer le taux alarmant de carie chez les enfants du quartier. Trop de familles à petit salaire n'ont pas d'assurance dentaire et n'ont pas les moyens d'assurer une alimentation adéquate pour la santé buccale et corporelle. Plus du tiers des enfants ayant des caries dentaires ne sont pas traités. Les conséquences des problèmes dentaires sont graves car la douleur empêche la bonne alimentation et la capacité de se concentrer en classe. Différentes activités de prévention et d'éducation sont aussi mises en place, telles l'application de fluor deux fois l'an et le projet de scellent dentaire pour les élèves de deuxième année vulnérables à la carie dentaire. Le projet « Autobus dentaire », en partenariat avec des universités, offre aux jeunes le transport et l'encadrement nécessaires pour qu'ils puissent recevoir des soins dentaires gratuits.

Les défis à surmonter dans l'avenir sont nombreux : sous-financement du milieu scolaire et des ressources communautaires qui gravitent autour des jeunes, pauvreté grandissante, décrochage scolaire, toxicomanie, problème de santé mentale, violence, etc.... L'avenir du quartier est intimement lié aux jeunes ; il est donc primordial d'y accorder les ressources de prévention et d'intervention nécessaires.

6.7 L'équipe adulte... pour les 25 à 64 ans

L'équipe adulte offre des services aux personnes de 25 à 64 ans dans le but de maintenir et d'accroître le bien être physique, psychologique et social des personnes. L'équipe offre des soins infirmiers, des interventions psychosociales, de l'enseignement, du support auprès des organismes et des familles d'accueil, des suivis nutritionnels, l'intervention en protection, du travail communautaire en concertation avec les groupes du milieu, etc.

Pour cette raison, la Clinique a également développé depuis de longues années des interventions en santé mentale en intervenant activement auprès des personnes souffrant d'une détresse psychologique et de problèmes de santé mentale graves, persistants et transitoires. La Clinique assume des suivis de moyen à long terme en psychiatrie, ce qui dans d'autres territoires est généralement fait par les cliniques externes des hôpitaux psychiatriques. De plus, où l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec ont identifié que, très majoritairement, les intervenants en CLSC ont adopté une approche de très court terme,⁵⁵ la Clinique privilège une approche à long terme.

Dans ce cadre, des négociations ont été menées et des ententes prises avec l'Hôpital Douglas afin d'obtenir des ressources de consultantEs spécialiséEs : un psychiatre, un infirmier et un travailleur social consultants. La Clinique assure donc le mandat de «Clinique externe» en psychiatrie pour l'Hôpital Douglas à Pointe-Saint-Charles. L'approche utilisée vise le maintien dans la communauté, l'intégration sociale, la participation pleine et entière aux activités de la communauté et à la prise en charge de leur quartier.

Ces suivis permettent un mieux-être réel des personnes aux prises avec ce problème, mieux-être qui se traduit par une limitation du recours à l'urgence hospitalière. Ce type de suivi augmente aussi la compétence des personnes à comprendre leur maladie mentale, à reconnaître les symptômes et les signes de compensation et à gérer leur médication.

La Clinique travaille d'ailleurs dans le sens des grandes pistes identifiées par la Direction de la santé publique pour améliorer la santé mentale des Montréalais. Parmi celles-ci, mentionnons que la Clinique minimise les barrières à l'accès aux services, elle agit précocement pour réduire les risques d'hospitalisation, elle travaille sur les déterminants de la santé mentale tels la réduction de la pauvreté, le contrôle citoyen sur le développement du quartier, le renforcement du tissu social, et elle informe les citoyenNEs sur leurs droits en santé ainsi que sur les enjeux socio-politiques ayant un impact sur leur santé.

6.8 L'équipe Soutien à domicile... pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches

La nouvelle équipe soutien à domicile (SAD), qui a vu le jour l'été 2006, est composée des anciennes équipes maintien à domicile (MAD) et l'équipe de soins intensifs à domicile (SIAD).

Le soutien à domicile vise au maintien à domicile des citoyens dans des conditions satisfaisantes et sécuritaires pour la personne, ses aidantes et sa famille. Le domicile est un

⁵⁵ État de situation des services courants en CLSC 2000-2001, p. 11

lieu privé et considéré comme une option, au choix de l'utilisateur, où il/elle peut recevoir des services. On ne vise pas ici à se substituer aux proches aidantEs mais plutôt à respecter leur libre choix et reconnaître leurs droits à recevoir des services comme usagerÈRES. Les décisions des personnes prévalent toujours quant à leurs choix de vie au quotidien et aux choix des ressources qui les soutiennent. L'intervention à domicile se déroule dans le respect des valeurs culturelles et de la situation familiale et sociale et se construit sur des relations de confiance.

Cependant, la Clinique n'échappe pas au sous-financement généralisé des services de soutien à domicile. L'Institut national de santé publique⁵⁶ mentionne que dans un contexte où les ressources financières sont limitées, les CLSC sont amenés à choisir entre servir le plus grand nombre de usagerEs ou servir intensément un nombre restreint de usagerEs.⁵⁷ L'Institut signale que c'est le cas plus particulièrement dans le domaine de l'aide à domicile et des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, dont le financement au Québec est l'un des plus faibles au Canada. Dans ce contexte et à l'instar des CLSC, la Clinique a dû, à plusieurs reprises, réviser à la baisse sa grille d'allocation de services afin de donner un minimum de services aux nombres grandissant d'usagerÈRES le requérant.

Composant avec cette réalité, la Clinique offre une gamme de services curatifs et préventifs aux personnes, et leurs aidantes, et à leurs familles : services médicaux, infirmiers, psychosociaux, services d'adaptation du domicile, de réadaptation, de support ou de compensation au niveau des activités de la vie quotidienne et aux activités domestiques. Cette équipe vise également à répondre aux besoins bio-psychosociaux des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces services maintient ou améliorent la qualité de vie des personnes en fonction des besoins particuliers de chacunE en préservant leur intégrité et dignité en optimisant leur habilité de prise en charge, leur potentiel et leur autonomie.

Le soutien à domicile voit aussi à informer, à organiser des activités de prévention et de promotion de la santé, à appuyer le développement communautaire en vue de soutenir les personnes ayant des incapacités, leurs aidantes et leurs familles et à soutenir les luttes politiques pour défendre leurs intérêts et droits. Nommons les activités de support aux proches aidantEs, la participation à la table de concertation contre les abus faits aux aînéEs, les projets communautaires d'accompagnement spirituel en fin de vie ou encore la mise sur pied d'un conseil des aînéEs avec d'autres groupes communautaires du quartier.

L'équipe (et toute la Clinique) s'est grandement mobilisée dans les dernières années pour dénoncer le manque de ressources nécessaires pour prendre soin adéquatement des personnes en perte d'autonomie. Tant que les gouvernements ne prendront pas l'engagement de financer les services à domicile à la hauteur des besoins réels, les défis restent entiers.

⁵⁶ Institut national de santé publique du Québec, « Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC », avril 2004 : 22

⁵⁷ Le Québec est la province canadienne qui alloue le moins de ressources aux services à domicile (65\$ par année contre 129\$ au Manitoba et 83\$ au Canada). MSSS, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, Printemps 2001.

6.9 L'équipe de planification et de développement communautaire... pour un quartier en santé

L'équipe de planification et de développement communautaire a pour mandat la mobilisation des citoyenNEs du quartier afin d'améliorer leurs conditions de vie et de santé. Pour réaliser ce mandat, l'équipe travaille avec le Conseil d'administration, avec des comités d'usagerÈREs, avec les autres équipes de la Clinique et en collaboration étroite avec les organismes communautaires du quartier, entre autre au sein de la Table de concertation Action-Gardien.

L'équipe mène des dossiers de lutte pour le respect des droits économiques et sociaux. Que l'on pense à la lutte contre la pauvreté ou à celle du droit à la santé. L'équipe travaille également au développement du quartier, à la prise en charge des groupes et des citoyens de l'aménagement du quartier, en support à des groupes communautaires en difficulté, etc.

Une large place est faite à l'analyse des politiques socio-économiques actuelles afin d'informer adéquatement les citoyenNEs et les groupes pour qu'ils puissent faire valoir leurs intérêts et puissent dégager des stratégies d'action variées. L'équipe tente de rejoindre et d'impliquer largement les citoyenNEs du quartier dans la perspective de s'adresser à eux et elles non pas uniquement comme des personnes ayant un problème précis de logement, de mauvaise santé ou de pauvreté mais comme des citoyenNEs à part entière pouvant participer au développement global de leur communauté et se solidariser pour la défense des droits collectifs.

Les projets et les activités sont très variés : réalisation d'une enquête pour documenter et dénoncer les difficultés d'accès aux médicaments, assemblée citoyenne d'information et de consultation sur les enjeux d'aménagement du quartier, campagne d'opinion pour le financement des services à domicile, soupers communautaires pour vulgariser et mobiliser autour des enjeux de privatisation des services publics, réalisation de feuillets et d'affichettes distribués par le porte-à-porte pour informer sur les impacts des lois votées, mobilisation de la communauté pour réaliser un portrait de quartier guidant nos futures interventions, organisation d'une fête de l'engagement citoyen, réalisation d'une démarche d'orientation d'un groupe en restructuration, etc.

Dans un quartier économiquement aussi défavorisé que Pointe-Saint-Charles et face aux attaques tous azimuts contre les droits économiques et sociaux, les demandes d'intervention sont évidemment très nombreuses. En l'absence de ressources supplémentaires, le défi de taille de l'équipe communautaire consiste à tenter de faire des choix de dossiers les plus judicieux, sans éparpillement inefficace, pour défendre le mieux possible les droits et les intérêts de la collectivité de Pointe-Saint-Charles.

6.10 L'équipe de gestion des ressources financières, humaines et matérielles, au service de toute la Clinique.

L'équipe de gestion des ressources donne le support matériel en vue d'offrir des services de santé aux usagers de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Cette équipe s'occupe activement des finances, des paies, du recrutement du personnel, de l'application des conventions collectives, des assurances, des bâtiments, des installations, des équipements, des achats de matériel, de la santé et de la sécurité au travail, de la téléphonie, de l'informatique, des statistiques, du centre de documentation, de l'entretien, de l'installation du matériel ergonomique chez les usagerÈREs et du transport.

Tous les membres de l'équipe participent de près ou de loin à l'ensemble des activités organisées par la Clinique dans la communauté : organisation des assemblées générales, des fêtes de quartier et des actions politiques. C'est un support non visible mais combien nécessaire aux différents événements organisés par la Clinique et dans le quartier.

Le service de transport est sûrement le service le plus direct en regard des usagers. La Clinique a fait le choix de financer ce service indispensable à une population en perte d'autonomie qui n'a pas les moyens financiers de se déplacer à ses rendez-vous médicaux, que ce soit pour aller à la Clinique ou ailleurs dans les autres établissements. Ce service de transport est également utile aux citoyens et citoyennes qui autrement ne pourraient participer à différentes activités communautaires.

7. *Conclusion*

Dans cette période de réorganisation du réseau de la santé, la Clinique compte poursuivre son action en santé communautaire afin d'agir sur les déterminants de la santé et offrir des services à la population locale. À l'heure du déploiement des programmes restreints s'adressant à des populations ciblées (très vulnérables), l'enjeu fondamental pour la Clinique est d'être en mesure d'assurer l'accès universel de ces activités préventives et curatives et ce, **à l'ensemble de la population.**

Dans le cadre de cette réforme, l'Agence de santé de Montréal tente de forcer la Clinique à intégrer le réseau institutionnel de santé et à devenir un sous-traitant du nouveau CSSS Sud-Ouest-Verdun. Les citoyens et citoyennes tiennent à garder la maîtrise d'œuvre de leur clinique communautaire et luttent pour le maintien de son statut particulier. Depuis un an, la Clinique négocie avec l'Agence et le CSSS Sud-Ouest. Ce mandat de lutte a été approuvé à son assemblée générale de 2006, « Il ne faut pas faire respecter l'autonomie de la Clinique, il faut l'imposer ! ».

De plus, reconnaissant que la santé d'une population dépend à la fois des personnes et des systèmes sociaux, la Clinique vise le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et, également, celui de la communauté. Dans ce sens, la Clinique a un mandat de services publics et continuera à appartenir à la population locale afin d'être l'expression d'actions locales en matière de santé. La Clinique poursuivra son objectif principal de développer son projet de santé avec les citoyensNEs du quartier et avec ses partenaires communautaires, dans la perspective de sa vision sociale, de ses valeurs et de ses principes.

La Clinique réaffirme, donc, son choix de pratiques et d'approches en santé communautaire qui s'articulent autour des quatre composantes suivantes :

1. Développer les services et programmes de la Clinique en fonction des besoins de la communauté ;
2. Renforcer l'appui au milieu, développer des nouvelles collaborations, initier davantage d'approches « milieu » en vue d'accroître la prévention/promotion de la santé et l'auto-prise en charge ;
3. Réaffirmer le contrôle des citoyenNEs sur les programmes et services de santé;
4. Développer des liens de partenariat entre la Clinique et le CSSS Sud-Ouest qui amélioreront la coordination des services aux usagers tout en respectant le modèle alternatif de santé communautaire de la Clinique.

Rédaction du document :

Dans la foulée des suites du rapport du comité de quartier et de la révision de la programmation, le CA voulait se doter d'un outil décrivant les composantes principales du Projet de la Clinique pour présenter à l'ensemble de ses partenaires, aux citoyens et aux employés de la Clinique.

Ce document a été rédigé par Isabelle Matte en collaboration avec le comité de programmation et le comité de relation avec les citoyens (CRC) dans une démarche exhaustive de réflexion incluant certains allers-retours avec les équipes de la Clinique. Il a été adopté par le CA en avril 2004.

En août 2006, Elizabeth Cobbett a révisé et ajouté les données statistiques. Elle a également ajusté l'introduction et mis à jour la configuration des équipes face au contexte actuel.

En août 2008, Isabelle Matte a mis à jour le point sur la gestion participative suite à la révision par le CA, en avril 2007, du modèle de gestion participative.

