

## La communauté au coeur de la santé

Mireille Audet and Jocelyne Bernier

Number 811, Winter 2020–2021

La santé au-delà de la médecine, approches alternatives, complémentaires et globales

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/94417ac>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Centre justice et foi

### ISSN

0034-3781 (print)

1929-3097 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Audet, M. & Bernier, J. (2020). La communauté au coeur de la santé. *Relations*, (811), 22–23.

# LA COMMUNAUTÉ AU CŒUR DE LA SANTÉ

*L'approche en santé communautaire développée depuis 50 ans dans le quartier de Pointe-Saint-Charles, à Montréal, a fait ses preuves. En contexte de pandémie, elle montre à nouveau comment elle contribue au mieux-être de la population et doit être vue comme une priorité par nos gouvernements.*

## Mireille Audet et Jocelyne Bernier

Les auteures sont respectivement organisatrice communautaire à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, à Montréal, et ex-coordonnatrice de la Chaire sur les approches communautaires et les inégalités de santé à l'Université de Montréal

**L**a pandémie actuelle met en lumière le fait que les personnes vivant en milieu défavorisé sont plus susceptibles de contracter la COVID-19. En mai dernier, un document de la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSPM)<sup>1</sup> révélait qu'en excluant les milieux fermés, comme les CHSLD ou les résidences pour aînés, le nombre de cas par 100 000 habitants était «près de deux fois et demie plus élevé chez les personnes vivant dans les secteurs très défavorisés que chez celles vivant dans les secteurs très favorisés». Ces écarts «proviennent d'inégalités sociales profondes qui existaient avant la pandémie», précise-t-on. Comment protéger les populations les plus vulnérables soit en raison de l'âge, soit parce que leur état de santé est déjà fragilisé par leurs conditions de vie et de santé? Le quartier Pointe-Saint-Charles offre un exemple intéressant à cet égard, considérant l'approche communautaire de la santé qui s'y est développée au cours des 50 dernières années.

### Une approche-clé

Dès sa création en 1968, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a développé une approche qui arrime étroitement les soins de santé, l'intervention psycho-sociale, la prévention et le soutien au développement communautaire. Basés sur l'entraide et la défense des personnes plus vulnérables sur le plan de la santé mentale, actifs dans le soutien des familles et des aînés ou dans le domaine du logement, les divers organismes qui ont bénéficié de l'action de la Clinique dans leur développement forment maintenant un réseau autonome tissé serré. Leur action face à la pandémie permet d'illustrer l'approche en santé communautaire.

Dès la mi-mars, et ce jusqu'à la fin juin, les organismes communautaires du quartier se sont dotés d'une cellule de coordination d'urgence. Ils ont créé une liste de diffusion large alimentée quotidiennement pour échanger rapidement toute information pertinente à leur action. Par exemple, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles y relayait entre autres les décrets gouvernementaux, les consignes et recommandations de la Santé publique, les mécanismes d'accès aux équipements de protection

individuelle, et les faits saillants sur l'évolution de la pandémie. La Corporation de développement communautaire Action Gardien y faisait pour sa part une mise à jour de l'évolution de l'offre de services des organismes, des fonds d'urgence, des projets collectifs, des documents de réflexion et d'analyse ainsi qu'un suivi des décisions de l'arrondissement Le Sud-Ouest. Les organismes ont également partagé leurs propres outils de communication, vulgarisés et adaptés à la réalité du quartier.

Afin que personne ne se retrouve isolé, chaque organisme a d'abord assuré le lien avec ses membres et participants par téléphone, par vidéoconférence ou par le porte-à-porte, en maintenant la distance sécuritaire. Les équipes de travail moins sollicitées sont venues prêter main-forte aux organismes en sécurité alimentaire. Ceux-ci, de façon concertée et complémentaire, ont su s'adapter aux consignes changeantes de la Santé publique et apporter une réponse cohérente et diversifiée à une demande en augmentation constante. Un réseau de bénévoles, soutenu par les organismes communautaires, a livré dans le quartier commandes d'épicerie, trousse pédagogique et matériel de protection. Le travail de collaboration entre les tables de quartier et l'arrondissement du Sud-Ouest, la Clinique communautaire et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a été continu et souple pour s'adapter au contexte local.

Cette approche s'inscrit dans une dynamique particulière collant à la réalité, à la culture et à l'histoire locales en misant sur les leviers d'action du réseau communautaire dans la recherche de solutions immédiates.

### Le point aveugle du réseau de la santé

Une telle action communautaire concertée en matière de santé est importante, car si la médecine standard reste bien sûr pertinente et nécessaire pour traiter et soulager les malades, elle est limitée sur le plan de la prévention. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la prédominance de la médecine spécialisée et des développements technologiques coûteux se reflète dans l'importance des postes de dépenses. En 2019, la majeure partie des fonds allait aux hôpitaux (26,6%), aux médicaments (15,3%) et à la rémunération des médecins (15,1%)<sup>2</sup>. De plus, la réforme Barrette a accentué cette prédominance avec l'extrême centralisation du réseau, la création des Centres intégrés (universitaires) de santé et services sociaux (CIUSSS et CISSS) ayant réduit le nombre d'établissements de 132 à 34. Dès lors, les services aux populations vulnérables ont été négligés, notamment la



Sandrine Corbeil, *Communauté de soins*, 2020

protection de la jeunesse et les soins et le soutien aux aînés à domicile et en hébergement. Les facteurs de vulnérabilité ne sont pas suffisamment pris en compte pour orienter la prévention et l'allocation des ressources. Pourtant, c'est un fait connu que l'état de santé de la population découle largement de la situation socioéconomique des ménages, du réseau de soutien social et du filet de sécurité sociale issu des politiques publiques.

Au début de la crise sanitaire liée à la COVID-19, des mesures ont été prises pour éviter les débordements dans les hôpitaux, mais la Santé publique a manqué de moyens pour contrer la progression rapide de la pandémie. De plus, l'approche épidémiologique classique visant la production de statistiques de prévalence standardisées est mal adaptée à une analyse contextualisée des problèmes de santé et des besoins en matière de prévention. Les programmes de promotion de la santé développés selon un modèle rationnel n'ont qu'un effet limité, car il est nécessaire de tenir compte des facteurs culturels qui en limitent l'accès et la compréhension, autant chez les populations moins favorisées que chez les personnes immigrantes. Ces facteurs comprennent un ensemble de représentations, de pratiques, de savoir-faire qui marquent leur vie quotidienne, leurs relations sociales et leur façon de communiquer leur expérience subjective; ils influencent les comportements liés à la santé et les attitudes face aux professionnels et aux établissements de santé.

Une approche cohérente en santé communautaire est attentive à ces facteurs. De plus, après avoir conçu des programmes dans le respect de la culture des groupes visés, encore faut-il faire participer ces populations cibles à leur réalisation. Il est donc essentiel de revaloriser une intervention de proximité ancrée dans le milieu et misant sur les réseaux sociaux de la communauté. «Une communauté, c'est plus que la somme de ses membres et c'est aussi plus que la somme des rapports sociaux interindividuels. C'est aussi un ensemble d'institutions

sociales, économiques et politiques, institutions qui façonnent les rapports sociaux et les rapports de l'individu à la maladie et à la santé<sup>3</sup>», écrivait l'anthropologue Raymond Massé. Une telle approche enracinée dans les besoins, les opportunités et les contraintes d'une communauté donnée, a contribué à limiter les effets de la première vague de la pandémie de COVID-19 dans Pointe-Saint-Charles.

### Des milieux communautaires indispensables

Décentralisation, action concertée et soutien communautaire sont indispensables pour une action préventive efficace. La concertation locale s'appuie notamment sur des Tables de quartier soutenues financièrement par la DRSPM, la Ville de Montréal et Centraide du Grand-Montréal dans le cadre de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local<sup>4</sup>. Ce partenariat finance un processus plutôt que des résultats recherchés et laisse le soin aux milieux de problématiser et de prioriser l'action collective locale à mener.

Dans plusieurs quartiers de Montréal, malgré des moyens limités et grâce à leur connaissance fine des besoins de leur collectivité, les organismes communautaires ont réagi rapidement pour répondre aux besoins de leurs membres et des populations les plus vulnérables fragilisées par la pandémie. Au plan régional, la capacité de divers réseaux communautaires à repérer rapidement les conséquences des mesures de confinement a aussi permis d'obtenir et d'orienter l'aide d'urgence consentie par les gouvernements en matière d'itinérance, d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence, de sécurité alimentaire et de soutien aux aînés.

### Une approche décisive

Les réformes successives du réseau des services sociaux et de santé ont réduit la place de la promotion de la santé inspirée de la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 lors d'une conférence internationale tenue sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Un retour aux conditions qui ont produit les défaillances révélées par la pandémie est inacceptable pour la plupart d'entre nous. Dans la sortie de crise, une approche décisive en santé communautaire doit être soutenue et consolidée pour développer des environnements favorables à la santé au plan social et écologique, tout en sachant qu'elle ne peut remplacer des politiques publiques visant la réduction des inégalités sociales et l'équité en santé. ©

1. Direction régionale de santé publique de Montréal, *Inégaux face à la pandémie*, données en date du 16 mai 2020.

2. Institut canadien d'information en santé, *Où va la majeure partie des fonds en 2019 ?* [en ligne].

3. Raymond Massé, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal/Paris, Gaétan Morin éditeur, 1995, p. 102.

4. Centre de recherche Léa Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, *Le point sur... l'action intersectorielle*, n° 4, février 2018.