

Le service d'information et d'aide à la communauté «L'Agent de quartier»

The " Agent de quartier " : information and help service to the community

Gilles Brousseau, François Chassé et Raymond Rochette

Volume 11, numéro 2, novembre 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030353ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030353ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Brousseau, G., Chassé, F. & Rochette, R. (1986). Le service d'information et d'aide à la communauté «L'Agent de quartier». *Santé mentale au Québec*, 11(2), 143-148. <https://doi.org/10.7202/030353ar>

Résumé de l'article

Cet article présente le cheminement vécu au cours de l'implantation d'un programme de prévention en santé mentale en milieu communautaire, qui a pour origine d'une institution psychiatrique de troisième ligne. Il raconte les différentes phases de la mise sur pied de ce projet autant du point de vue du vécu des intervenants, de révolution idéologique, des modalités d'organisation que de son impact sur le réseau de distribution des services de santé mentale. L'implantation de ce système innovateur n'a pas été facile, pour la communauté et pour les initiateurs. Mais heureusement les efforts ont valu la peine car la nécessité d'un tel type de services est maintenant reconnue.

Le service d'information et d'aide à la communauté «L'Agent de quartier»

*Gilles Brousseau, François Chassé et Raymond Rochette**

Cet article présente le cheminement vécu au cours de l'implantation d'un programme de prévention en santé mentale en milieu communautaire, qui origine d'une institution psychiatrique de troisième ligne. Il raconte les différentes phases de la mise sur pied de ce projet autant du point de vue du vécu des intervenants, de l'évolution idéologique, des modalités d'organisation que de son impact sur le réseau de distribution des services de santé mentale. L'implantation de ce système innovateur n'a pas été facile, pour la communauté et pour les initiateurs. Mais heureusement les efforts ont valu la peine car la nécessité d'un tel type de services est maintenant reconnue.

PRÉAMBULE

Comme toute institution psychiatrique, le Centre hospitalier Robert-Giffard est fortement impliqué dans le phénomène de la désinstitutionnalisation. Son implication s'est concrétisée en 1976 par la création du «Service des ressources extérieures». Sa mission était le développement de structures qui faciliteraient la réintégration sociale des bénéficiaires. Après cinq ans de fonctionnement, la Direction Générale a mandaté un comité d'évaluation pour faire le point sur ce Service. Une conclusion majeure est ressortie du rapport d'évaluation: le Service des ressources extérieures a rempli sa mission de désinstitutionnalisation en s'occupant des bénéficiaires à leur sortie d'hôpital, mais il n'a proposé ou créé aucune mesure avant l'hospitalisation.

C'est à partir des conclusions de ce rapport qu'a été mis sur pied le «Service d'information et d'aide à la communauté». Il s'agissait de fournir une aide à la communauté afin qu'elle puisse garder dans ses rangs les personnes ayant des problèmes de santé mentale, pour limiter l'hospitalisation aux cas la nécessitant vraiment. Une telle philosophie se situait dans une perspective de prévention au niveau communautaire.

Dans les pages qui suivent, nous retracerons succinctement les grandes étapes de développement de ce service, les diverses modalités d'organisation qu'il a empruntées, et l'impact qu'il a eu dans le réseau de distribution des services de santé mentale.

PHASE D'IMPLANTATION: CENTRALISATION SUR LE QUARTIER

C'est à l'automne de 1982, à l'instigation de deux personnes¹, qu'allait être mis en opération ce programme d'aide et de soutien communautaire.

L'équipe d'intervenants fut constituée au départ de quatre personnes. Outre qu'elles voulaient faire l'expérience d'un nouveau milieu d'intervention, elles ont été recrutées pour des qualités personnelles spécifiques: autonomes dans l'organisation de leur travail, non directifs dans leurs interventions (aide à prendre les décisions), capables de travailler dans un cadre non structuré, créateurs et imaginatifs dans la recherche de solutions novatrices.

La répartition des effectifs, naturellement, s'est basée sur une délimitation géographique donnée, le quartier, et sur l'évidence de problèmes de santé mentale spécifiques à tel quartier. C'est ainsi que deux points de service furent aménagés dans des quartiers: l'un dans le quartier Saint-Pascal, voisin du Centre hospitalier Robert-Giffard, et l'autre dans Saint-Sauveur, quartier limitrophe du centre-ville de Québec.

La stratégie d'implantation était simple: il s'agissait pour les intervenants de recenser dans leur quartier respectif les ressources formelles et surtout in-

* Gilles Brousseau est cadre responsable du programme des agents de quartier au Service de Réintégration Sociale du Centre hospitalier Robert-Giffard. François Chassé, Ph.D., est agent de programmation et de recherche au Service de Réintégration Sociale du Centre hospitalier Robert-Giffard. Raymond Rochette est conseiller en ressources communautaires au Service de Santé mentale du C.R.S.S.S.M.M.

formelles qui concouraient ou pourraient concourir au maintien et à la préservation de la santé mentale des gens, bref les ressources qui pouvaient servir d'appuis alternatifs ou complémentaires à l'aide professionnelle généralement octroyée; et de prendre contact avec ces ressources pour les connaître et les faire se connaître entre elles; en agissant ainsi, les promoteurs et les intervenants croyaient pouvoir identifier les besoins en santé mentale d'un quartier donné pour mieux agir et contribuer à l'élaboration d'une réponse plus communautaire, plus centrée sur les aidants naturels et les ressources du milieu...

En fréquentant les ressources, formelles et informelles, communautaires et étatiques, les intervenants se sont aperçus qu'on leur référerait vite des «cas individuels» qui, pour ces ressources, apparaissaient comme de sérieux problèmes, sans solution. Maintenant, l'expert était à leur disposition.

Les modalités d'action à ce stade étaient simples.

L'horaire de travail était généralement de 9h à 17h. Cependant, cet horaire était flexible. Une garde de soirée et de nuit était assurée par un intervenant, sur une base de sept journées consécutives, afin de répondre aux demandes pressantes et urgentes. La «garde» se faisait donc à tour de rôle, aux trois semaines, et entraînait un congé de cinq jours pour l'intervenant qui l'avait assurée.

L'intervenant opérait à partir d'un secrétariat téléphonique et d'un télé-avertisseur. Très souvent, il se rendait là où se trouvait le requérant pour juger de la situation. Le service était disponible et accessible à toute clientèle, quel que soit le cas.

La tenue de dossier n'était pas systématique: le dossier était d'usage interne et servait de point de repère aux intervenants et aux discussions d'équipe. La bureaucratie était réduite à sa plus simple expression. Outre la rencontre d'équipe hebdomadaire aux fins de supervision, l'intervenant n'avait d'autres contraintes que celles qu'entraînaient les demandes des usagers.

LE DILEMME INTERVENTION COMMUNAUTAIRE – INTERVENTION INDIVIDUELLE

La phase d'implantation avait amené presque systématiquement le recours à l'agent de quartier pour des fins d'action auprès des individus.

Dès lors, les débats internes entre les promoteurs du projet et les intervenants portaient sur «l'absence de prise en charge des individus», le transfert à l'équipe à des fins de «suivi» et la façon de rendre opérante une idéologie communautaire qui veut apporter information, aide, conseil à la communauté (organismes communautaires, aidants naturels, bénévoles, maisons d'accueil et de refuge, autorités religieuses et policières,...) en suscitant la concertation entre les organismes et la prise en charge par la communauté de besoins qui n'ont rien à voir avec le réseau de traitement ou de réadaptation et en provoquant et appuyant toute démarche pour abolir les préjugés sur la maladie mentale...

Une première tentative de résoudre le problème fut de distinguer dans chaque quartier l'intervenant qui répondrait aux demandes individuelles de l'autre qui interviendrait auprès des collectivités, groupes et organismes. Les demandes d'actions auprès des individus furent très nombreuses et les intérêts des intervenants allaient également dans ce sens, de sorte que peu de temps s'écoula avant que tous les intervenants ne se retrouvent en train d'agir auprès des individus.

Une deuxième façon de dissiper la tension entre l'individuel et le communautaire a consisté encore une fois à attribuer le travail auprès des individus à un groupe de travailleurs et à un autre groupe d'intervenants l'action auprès des collectivités et des groupes sociaux. Il s'est agi à ce moment d'affecter spécifiquement deux intervenants pour répondre aux problématiques individuelles. Ces derniers devaient recevoir de leurs collègues impliqués au niveau communautaire le signalement des cas nécessitant l'intervention individuelle.

S'il s'avérait que la demande ou la solution des problèmes exigeait une certaine prise en charge, une continuité d'action, l'intervenant communautaire devait référer le cas au collègue qui assurait les suivis individuels. Cette tentative s'est aussi soldée par un échec: il y eut peu de références d'un groupe d'intervenants à l'autre. Les raisons invoquées par les agents pour expliquer leur attitude revenaient à ceci: c'est humainement inadmissible de référer à très court terme une personne qui vient à peine d'établir un contact, de faire confiance, d'amorcer une relation. Cela leur paraissait professionnellement inefficace et insatisfaisant. Ils citaient à cet égard les systèmes de santé dépersonnalisés et dé-

personnalisants, où le malade est écartelé entre une multitude d'experts et renvoyé de l'un à l'autre.

En outre, l'intervenant communautaire arguait qu'il ne se situait pas dans une perspective de prise en charge à long terme puisque son temps d'intervention auprès des individus durait en moyenne de un à deux mois.

Au-delà des débats, des aspirations, et des raisons idéologiques, une réalité a commandé sa réponse: les organismes communautaires, les familles, les maisons d'accueil faisaient appel aux agents de quartier pour des individus en détresse, très souvent profondément perturbés et perturbants, dont ils étaient préoccupés et vis-à-vis de qui ils se sentaient impuissants et démunis.

Malgré le peu de rapports statistiques concernant cette période, une analyse sommaire des demandes laisse voir que le service a surtout été utilisé par la police de Québec et une maison d'accueil et d'hébergement temporaire du centre-ville. La requête de service concerne généralement un individu très perturbé sur le plan psychologique et social, ou encore présentant une fragilité émotionnelle évidente et à l'égard de qui les ressources communautaires existantes, le milieu familial et l'entourage immédiat déclarent manquer de solutions et de ressources. Aussi, s'agit-il le plus souvent d'une demande d'évaluation et de prise en charge du client, pour assurer sa relocalisation, faciliter et assurer son accessibilité à des soins et exercer un «suivi social».

Cette concentration sur l'intervention individuelle a eu pour conséquence de mettre en veilleuse l'intervention communautaire. Le «quartier» comme lieu d'intervention et de délimitation géographique a également été abandonné au profit du Québec métropolitain. Toutefois, l'appellation «agent de quartier» pour qualifier ce type d'intervenant s'est maintenue.

PHASE DE CONSOLIDATION : CONCENTRATION SUR LA CRISE

La structure d'organisation est demeurée la même soit: des intervenants sur demande, se rendant dans le milieu de vie où s'exprimait le malaise ou la désorganisation, cherchant à évaluer avec les personnes concernées la nature des difficultés rencontrées, la nature des ressources possibles, les actions à poser, et facilitant l'accès aux ressources. Cette structure d'organisation s'est même enrichie au cours de la période considérée.

L'équipe a vu ses effectifs doubler; elle s'est adossée au personnel infirmier et du personnel à temps partiel. Une réorganisation de l'horaire en fonction des effectifs nouveaux a permis, en un premier temps, l'affectation de trois intervenants de jour, deux intervenants de soir et un intervenant de nuit, sur une base de roulement.

À l'automne 1984, le travail de nuit fut assumé par du personnel spécifique. Les modalités d'action se sont diversifiées; parmi celles qui sont apparues à ce stade, mentionnons: les requêtes d'examen psychiatrique, l'accompagnement de la police pour faire face à des situations d'agression pressenties, l'utilisation de bénévoles pour assurer le transport et les déménagements, la référence à certains programmes spécifiques du C.L.S.C., les recours plus fréquents à l'institution hospitalière pour fins de traitement.

À cet égard, souvent d'ailleurs par les institutions de traitement, les agents de quartier ont été perçus comme des «rabatteurs» qui conduisaient dans les hôpitaux généraux une clientèle du Centre hospitalier Robert-Giffard; et inversement par cette institution, ils étaient considérés comme des «rabatteurs» qui dirigeaient au Centre hospitalier Robert-Giffard une clientèle qui devait être confiée aux hôpitaux généraux. Aussi, l'accessibilité aux organismes de traitement (consultation en psychiatrie à des fins d'évaluation et de traitement) ne leur a jamais été facile ni facilitée; à cet égard, ils n'ont joui d'aucun avantage ou préjudice favorable de la part d'aucune institution hospitalière.

Au cours de cette période également, des critères de sélection se sont précisés: le référentiel à la problématique psychiatrique (atteint d'une maladie mentale, manifestant une perturbation émotive grave, susceptible d'être référé pour un traitement psychiatrique) est devenu un critère de référence et d'acceptation de la demande. Toute demande qui d'évidence, ou après évaluation, ne relevait pas de la psychiatrie, était dirigée vers des organismes et ressources appropriés.

Les loisirs sont apparus au programme d'activités des agents de quartier, afin de faciliter et de favoriser l'intégration des individus aux loisirs communautaires existants.

Le mode d'intervention s'est précisé et s'est articulé de plus en plus pour répondre aux manifestations de crise, de sorte qu'on nous perçoit de plus en plus comme un service d'urgence psychiatrique,

et nous nous définissons aussi de plus en plus comme un service de ce type. Un rapport statistique portant sur une année laisse voir que sur 350 signalements ou demandes de service aux agents de quartier, 40% des individus rencontrés étaient fortement perturbés sur le plan mental alors que 25% souffraient d'une détresse reliée à la perte d'un être cher (séparation, décès, rupture...).

La philosophie à la base de notre action visait la prise en charge de l'individu tout au long du processus de résolution de la crise; plus souvent qu'autrement, ce processus s'étalait sur une période de quatre à six semaines, et impliquait le recours aux ressources curatives et réadaptatives du réseau de soins.

Face à des situations de crise, l'accessibilité aux organismes de traitement (clinique externe des hôpitaux généraux) à des fins d'évaluation ou de traitement n'a jamais été facile ni facilitée.

L'établissement d'un centre pour répondre aux situations de crise nous est apparu nécessaire pour compléter les ressources existantes, en dehors des hôpitaux. Cela suppose la mise en disponibilité d'un personnel clinique rapidement et directement accessible.

Enfin, nous avons pu dégager un profil d'apparition de l'état de crise, selon les cycles de la journée; par crise, nous entendons l'aggravation de l'état mental de l'individu, telle que perte de contrôle de ses émotions, de ses pensées et parfois de ses gestes. Cette crise prend de graves proportions quand l'environnement humain de l'individu s'avère incapable de la réduire, de la circonscrire ou encore de la vivre. De jour, la crise est peu fréquente; elle se prépare, elle couve. En début de soirée, elle s'exacerbe, pour éclater en fin de soirée, souvent entre 22h et minuit; et plus rarement, la nuit, entre trois et quatre heures du matin.

PRÉSENTATION DE CAS

Afin de rendre un peu plus concret le travail de l'agent de quartier, nous présentons ici deux situations types où des services ont été requis, avec le type d'action qu'il a dû poser.

ROBERT T.

Robert est un chambreur du centre-ville. Il a fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique et il est

reconnu dans son milieu comme un «ex» et un malade du Centre hospitalier Robert-Giffard. Le cas est signalé par le vicaire de la paroisse; Robert vient aux offices religieux et il perturbe: il allume des lampions sans payer, fume et fait jouer sa radio durant la messe, veut communier deux fois de suite...

Suite à ce signalement, Robert reçoit la visite d'un agent de quartier à sa chambre. Ce dernier se présente comme un travailleur de rue, comme une ressource d'aide pour les chambreurs. Il laisse entendre que les autorités religieuses de la paroisse sont avisées de son travail, et qu'il vient offrir sa disponibilité d'aide si besoin est. Cette première rencontre dure plus de trois heures. Robert tient un discours fort délirant durant toute la soirée; il fait montre d'agressivité verbale à plusieurs reprises. Il a senti jusqu'à un certain point dans la présence de l'agent de quartier le prolongement hospitalier; il y a vu une menace d'hospitalisation... L'agent de quartier va le voir de nouveau le lendemain. Un dépannage nourriture (achat d'épicerie) lui est proposé. L'accueil n'est toujours pas cordial, Robert n'accepte pas la présence de l'agent de quartier. Quelques jours plus tard, une nouvelle visite est faite par un autre agent de quartier; cette fois, le contact s'établit et Robert accepte la présence et les visites de l'agent. Celui-ci y va de deux à trois fois par semaine. Il réussit à convaincre Robert d'aller consulter un médecin... Suite à son arrestation pour des délits mineurs et à une détention, Robert est transféré au Centre hospitalier Robert-Giffard pour fins de traitement... C'est au sortir de l'hospitalisation, après un mois de cure, que le contact avec Robert pourra porter fruit. Il reçoit la visite de l'agent de quartier une fois par semaine durant les trois mois qui suivent sa sortie d'hôpital. On l'a aidé à se refaire une routine de vie plus satisfaisante et plus ordonnée, notamment pour son alimentation, la tenue de son logement et l'administration de son argent.

NATHALIE S.

Nathalie est une jeune fille mère de dix-neuf ans. Sa fillette a un peu plus d'un an à peine. Elle a plus ou moins rompu avec son milieu familial, qui n'approuve pas la relation qu'elle entretient avec son concubin actuel.

Abandonnée récemment par ce concubin, elle a déménagé dans un autre logement. Se sentant démunie et dépassée par les événements, elle ne sait

plus comment s'organiser et s'adresse à la Centrale de police.

Le cas nous est signalé par un travailleur social affecté à un projet de déjudiciarisation à la Centrale de police. Au cours de la dernière année, Nathalie a attenté à sa vie en absorbant des médicaments. On l'a référée en psychiatrie mais elle n'est plus suivie activement.

Suite à ce signalement, l'agent de quartier s'est rendu rencontrer Nathalie à son appartement en s'identifiant comme travailleur de quartier. Nathalie se montre découragée, démunie, et dépassée par les événements. Elle veut retourner vivre chez ses parents. Ceux-ci, après qu'on les a rencontrés, acceptent d'héberger leur fille pour une période temporaire, le temps qu'elle retrouve sa stabilité émotionnelle et qu'elle dénicher un logement moins dispendieux.

Un contact étroit s'est établi entre Nathalie, sa famille et l'agent de quartier, principalement au cours des trois premiers mois. L'agent de quartier a guidé Nathalie et sa famille de près pour la résolution de ses difficultés; il a entrepris les démarches nécessaires pour résilier le bail que Nathalie avait signé par impulsivité; il a conseillé Nathalie et l'a dirigée auprès des services juridiques pour faire face à des mesures de saisie de ses meubles; il l'a dépannée sur le plan financier en lui prêtant de l'argent lorsque le chèque d'aide sociale retardait; il l'a aidé à trouver du gardiennage à tarif réduit par l'intermédiaire du C.L.S.C. ...

IMPACT SUR LE RÉSEAU: LE CHEMIN PARCOURU

La nécessité de ce type de service est désormais formellement établie: les différentes tables de concertation et de discussion du C.R.S.S.S., les divers appuis des organismes communautaires et des organismes du réseau (C.L.S.C.) en témoignent. Le développement d'expériences analogues dans divers milieux, notamment les Centres de jour par leur volet socio-communautaire, en font également foi. Cette nécessité et cette reconnaissance étaient cependant loin d'être évidentes au départ. Aujourd'hui, nous voyons ce modèle, ce type de ressources, s'implanter au Québec dans des formes ou avec des visées analogues. Nous le voyons notamment sur la rive sud de Québec, à Lévis, et dans la ré-

gion montréalaise.

Il s'agit là, à notre avis, d'un grand progrès dans la conception et le développement des ressources en santé mentale. Il se produit actuellement dans le domaine de la santé mentale ce qui est arrivé lors de la création des C.L.S.C.: le rapprochement et le développement des ressources près des milieux de vie, afin de capitaliser sur les ressources du milieu et de ne recourir aux ressources spécialisées que pour les besoins véritables. Jusqu'à tout récemment, fort peu de C.L.S.C. avaient élaboré des programmes spécifiques de soutien et d'aide aux individus manifestant des problèmes évidents de santé mentale, ou avaient mis sur pied des programmes de soutien aux organismes du milieu concernés par la santé mentale. La chose est fort compréhensible, car jusqu'à tout récemment, la santé mentale était une problématique et un champ d'intervention perçus comme chasse-gardée d'experts, de professionnels, et relevant spécifiquement des institutions hospitalières. Ce n'est qu'avec les mouvements alternatifs des années 80 qu'on a commencé à mettre à contribution d'autres types de ressources et d'actions pour protéger la santé mentale, ainsi que pour la promouvoir ou la restaurer le cas échéant.

À cet égard, nous croyons que le programme «agent de quartier» a servi à montrer éloquemment la nécessité d'intervenir dans le milieu, sinon par les actions des intervenants, du moins par sa seule existence et les débats et positions idéologiques qu'il a suscités.

À deux reprises, le programme a failli être retiré; à chaque fois, des représentations et pressions des organismes du milieu auprès des autorités hospitalières ont assuré son maintien. Voilà qui témoigne de la force et du pouvoir des organismes du milieu. C'est un phénomène récent sur l'échiquier des pouvoirs dans le domaine de la santé mentale.

Un autre grand pas a aussi été franchi dans la reconnaissance d'une ressource complémentaire en santé mentale, soit la nécessité d'un centre pour les situations de crise. Dans sa pratique, l'agent de quartier a besoin d'un lieu d'accueil spécialisé pour les états de crise. Il propose un lieu dans la communauté, qui ne soit pas sous l'égide d'une institution en particulier mais qui soit gérée par le regroupement en corporation indépendante des divers représentants des partenaires du réseau de santé mentale: parents et amis du malade mental, orga-

nismes communautaires, organismes étatiques tels que les différents hôpitaux, les différents C.S.S. et C.L.S.C. de la région. Il préconise également la mise en disponibilité d'une banque de professionnels de la santé (psychiatres, psychologues), spécifiquement affectés aux demandes cliniques du centre de crise.

NOTE

1. Ce sont Raymond Rochette et Michel Godin.

SUMMARY

This article describes the process of instituting in a community a mental health preventive program that had originated in a third line psychiatric institution. The author describe the different stages of the project as much from the point of view of the workers' experiences, the ideological evolution, the organisational modalities as from its impact on the network of the mental health distribution services. The implantation of this new service was not easy for the community nor for the initiators. Luckily, the efforts encountered were worth while since the need for such a service is now recognised.