

Une organisatrice communautaire dans la tornade de la pandémie

Karine Leducq¹, Organisatrice communautaire, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Denis Bourque, Ph.D, Professeur titulaire, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Directeur du Centre de recherche et de consultation en organisation communautaire (CRCOC)
denis.bourque@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Ce récit de pratique présente le parcours d'une organisatrice communautaire en Centre de santé et de services sociaux (CISSS) durant les premiers mois de la crise de la COVID-19 dans un quartier de Montréal fortement défavorisé et heurté de plein fouet par la pandémie. Dans quelles mesures les dimensions sociales et communautaires peuvent-elles s'exercer dans un contexte où la priorité porte davantage à la mission sanitaire des CISSS-CIUSSS? Comment les communautés se réorganisent-elles durant la pandémie? La mise en lumière de la pratique de l'organisation communautaire débutera par une esquisse de l'intervention collective au Québec. Puis la description de l'expérience éclairera l'intervention sociale et collective dans un contexte d'urgence sanitaire. Enfin, les réflexions dégageront certains défis et pistes de solutions pour la pratique de l'organisation communautaire afin d'en démontrer la pertinence et la contribution à l'adaptation des services sociosanitaires publics au sein des collectivités.

79

MOTS-CLÉS :

Organisation communautaire, COVID-19, inégalités sociales et de santé, pandémie, intervention collective

INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, la pandémie de COVID-19 a exacerbé et mis en lumière les inégalités sociales et de santé. Comme une trainée de poudre, la propagation du virus a atteint sombrement les milieux de vie défavorisés ainsi que les personnes les plus vulnérables, comme l'ont démontré les travaux de l'Observatoire québécois des inégalités (Tircher et Zorn, 2020). Comment s'est adaptée la pratique de l'organisation communautaire en CISSS-CIUSSS sous pression de la COVID-19 à Montréal? Qu'en est-il de la réalité sur le terrain? Comment conjuguer les efforts d'interventions sanitaires d'urgence et aborder les mesures préventives auprès des populations vulnérables tout en soutenant l'émergence de nouveaux enjeux socioéconomiques, l'adhésion des partenaires et la participation citoyenne, dans une perspective collective de changement social?

¹ Karine Leducq, détentrice d'un baccalauréat en travail social, a œuvré dans des organismes communautaires à Laval et Montréal, puis dans le réseau de la santé et des services sociaux, en tant qu'organisatrice communautaire depuis plus de 25 ans.

Ce récit de pratique présente une expérience personnelle à titre d'organisatrice communautaire au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL), dans le quartier Saint-Michel, une zone déclarée chaude tôt par la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP). Heureusement, ce quartier se qualifie également de chaleureux, pour la qualité des solidarités sociales qui s'y déploient à travers sa vie communautaire. Entre les journées de prédépistage aux portes du CLSC, les tournées de prévention des infections dans la communauté, le déploiement de cliniques mobiles de dépistage et la réponse aux urgences communautaires, l'objectif de ce récit est d'exposer cette expérience d'intervention collective en soulevant les enjeux et défis pour la pratique d'organisation communautaire. Dans le plus fort du chaos de la pandémie et de ses impacts sur ma vie professionnelle, j'ai eu envie de partager, avec la contribution de Denis Bourque, ces événements vécus et une partie de mes réflexions sur ma pratique d'organisatrice communautaire, pratique que j'estime très méconnue. Ce récit débute par une brève présentation de l'organisation communautaire en tant que pratique professionnelle. Ensuite, j'aborderai l'action collective déployée sur mon territoire d'intervention. Enfin, je ferai état de ma pratique en contexte de pandémie pour la période allant de mars à août 2020. La conclusion se tournera vers une analyse plus générale qui tient compte de réflexions partagées par plusieurs organisateurs communautaires au Québec au sein du Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC)².

1. L'organisation communautaire au Québec : un bref survol

1.1 La pratique professionnelle de l'organisation communautaire

80 L'intervention collective, ou l'organisation communautaire employée ici comme synonyme, se déploie au Québec depuis plus de cinquante ans en tant que domaine de spécialisation du travail social qui s'appuie sur les potentialités de l'action collective. L'intervention collective est une pratique professionnelle qui postule que tous les problèmes sociaux sont de nature collective et doivent faire l'objet de solutions collectives. Actuellement, près de 400 organisateurs et organisatrices communautaires (OC), dont plus de 70 % de femmes, exercent leur profession dans l'ensemble des CISSS/CIUSSS et sont entièrement dédiés à l'intervention collective (Comeau, Bourque et Lachapelle, 2018). Il s'agit d'une configuration que l'on ne retrouve pas ailleurs au Canada ou par exemple en Ontario, où les intervenants collectifs sont essentiellement à l'emploi d'organismes à but non lucratif, d'agences non gouvernementales ou de municipalités. La configuration québécoise se démarque aussi de la France, où l'intervention collective, nommée intervention sociale d'intérêt collectif (ISIC), n'est pas l'apanage de spécialistes qui y sont exclusivement dédiés à temps plein, comme c'est le cas au Québec (Conseil Supérieur du Travail Social [CSTS], 2010).

1.2 Définition et types d'intervention en organisation communautaire

Depuis 1976, les conventions collectives du réseau de la santé et des services sociaux définissent ainsi le titre d'emploi d'organisateur communautaire :

2 Le RQIIAC constitue, depuis 1988, une communauté de pratique qui réunit sur une base volontaire la majorité des organisateurs communautaires du Québec en CISSS et CIUSSS, leur permettant d'influencer le cadre structurel de leur pratique (Comeau, Duperré, Hurtubise et al., 2008).

« Personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de promouvoir son développement. Agit comme personne-ressource auprès des groupes. Doit détenir un premier diplôme universitaire terminal en sciences humaines³. »

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) donne en 2004 une définition de l'organisation communautaire dans son document-cadre intitulé *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux* :

« L'intervention communautaire s'adresse à des collectivités. Elle s'appuie sur une connaissance globale des paramètres sociaux, culturels, économiques et démographiques d'une communauté. Elle permet d'une part de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être qui y sont présentes pour orienter les services offerts par le CSSS et d'autre part d'organiser en collaboration avec les acteurs présents les actions de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé (inégalité des revenus, exclusion sociale, conditions de travail, éducation, etc.). [...] L'intervention communautaire devrait généralement faire partie d'une action planifiée du CSSS et être instaurée par cette dernière. L'intervention communautaire peut aussi être amorcée à partir d'un besoin observé ou d'une demande formulée par un individu ou un groupe d'individus, un organisme ou un regroupement d'organismes communautaires ou, encore, par une organisation ou un organisme responsable d'une démarche de concertation. » (MSSS, 2004 : 83)

Le MSSS (2009 : 92) identifie six interventions types en organisation communautaire :

1. Identification des problématiques du milieu : études et recherches menées dans le but de déceler et de comprendre les problématiques propres à un milieu;
2. Sensibilisation et conscientisation du milieu : information, éducation et formation destinées à des groupes ou à des personnes et visant le changement des attitudes et des mentalités;
3. Soutien aux ressources existantes : aide technique et soutien professionnel reliés à l'organisation interne pour les groupes et les ressources du milieu;
4. Création de nouvelles ressources : aide pour la mise en place de nouvelles ressources ayant pour but de répondre aux besoins décelés dans le milieu;
5. Actions politiques : démarches et prises de position liées à la participation du CSSS⁴ à une concertation en vue d'influencer les décisions politiques ayant un impact sur le milieu. Ces démarches et prises de position sont adoptées en conformité avec la mission et le processus décisionnel de l'établissement;
6. Concertation et mobilisation des ressources du milieu : actes reliés à la planification et à l'organisation des services visant à optimiser les interventions.

1.3 Agir sur les déterminants sociaux de la santé

Comme le soulignait le Dr Alain Poirier, alors Directeur national de la santé publique du Québec (MSSS, 2005), sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés depuis 100 ans au Québec, 8 sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des habitudes et des conditions de

3 <https://www.aptsq.com/fr/convention-collective.aspx>

4 Centre de santé et de services sociaux, remplacé en 2015 par les structures actuelles que sont les CISSS-CIUSSS.

vie, ce qui l'amenait à affirmer que les principaux gains en santé des populations ne viendront pas du système de soins, mais de l'action sur les autres déterminants de la santé, dont les conditions et les milieux de vie. Il mettait en lumière les actions efficaces suivantes : réduire la pauvreté et les inégalités; préserver l'environnement physique; adopter de saines habitudes de vie; soutenir le développement des enfants; appuyer le développement de communautés solidaires.

Les problèmes de santé que rencontre la population québécoise découlent, dans une très large mesure, des conditions de vie et de l'environnement social auxquels s'adresse précisément l'organisation communautaire en soutenant la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement.

1.4 Crise sanitaire et intervention collective au Québec

Dès la déclaration de l'urgence sanitaire par le gouvernement du Québec le 13 mars 2020, les CISSS et les CIUSSS ont dû établir un plan où l'ensemble des services a été divisé en deux catégories, soit ceux devant se poursuivre tels quels et ceux pouvant faire l'objet d'un délestage permettant de réaffecter le personnel à d'autres tâches. Les services d'organisation communautaire ont été placés de façon variable dans la catégorie du délestage. La proportion des effectifs qui ont été affectés à d'autres tâches (services dans les CHSLD, enquêtes épidémiologiques, cliniques de dépistage, accueil, nettoyage, contrôles aux barrages routiers, visites de commerces pour l'application des normes, etc.) variait de quelques personnes à la moitié des effectifs, et même à pratiquement la totalité dans un CIUSSS de Montréal. Il n'y aurait eu aucune réaffectation dans les trois équipes d'organisation communautaire non rattachées à la Santé publique au Québec (Capitale-Nationale, Laurentides, Chaudière-Appalaches⁵), ce qui est révélateur de l'ascendant problématique que peuvent entraîner des liens trop étroits entre l'organisation communautaire et la Santé publique.

2. L'intervention collective du quartier Saint-Michel

2.1 Soutien et accompagnement de l'organisation communautaire avant la COVID-19

Je pratique au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) dans une équipe composée d'une trentaine de professionnels⁶, dont 21 organisateurs communautaires⁷ (OC). Nous sommes répartis à travers huit quartiers et une ville sur le territoire du CEMTL. Mes dossiers actifs avant la crise reflétaient tous les types d'interventions professionnelles en organisation communautaire et, comme je me plais à le mentionner souvent, je suis une généraliste qui compose avec différentes problématiques ou clientèles. Je joue un rôle important au sein des concertations locales⁸, mais aussi auprès des citoyens et des organismes communautaires sous forme de soutien, accompagnement ou développement organisationnel. Le développement des communautés au regard des déterminants sociaux de la santé est au cœur de mes préoccupations et de mes actions. La Table de quartier⁹ de Saint-Michel, dont j'expliquerai le mandat plus loin, est une grande source d'inspiration pour tous et l'une des plus solides structures organisationnelles dédiées au développement des communautés au Québec (Durocher, 2020; Girouard, 2014)

5 Ces équipes relèvent respectivement du Bureau du président directeur général adjoint (PDGA), de la direction adjointe aux relations à la communauté et à l'organisation communautaire, elle-même rattachée au PDGA, et du Bureau de soutien à l'action intersectorielle et aux relations avec la communauté, relevant de la directrice générale adjointe à la performance, au soutien et à l'administration.

6 Équipe de la Direction jeunesse et des activités de la santé publique, sous la responsabilité du président directeur général adjoint.

7 Aussi, neuf cliniciennes (infirmière, sexologue, etc.) et deux agents de planification, de programmation et de recherche (APPR).

8 Par exemple : aînés, alimentation, logements sociaux, lutte à la pauvreté, maltraitance, mobilisation citoyenne, etc.

9 Il existe 30 tables de quartier sur l'Île de Montréal. Ces organismes à but non lucratif (OBNL) ont pour mission de regrouper les acteurs de leur quartier (organismes communautaires, institutions, citoyens, etc.) afin d'en favoriser le développement social et d'améliorer les conditions de vie de leur population.

2.2 Saint-Michel, une population vulnérable et une dynamique collective savamment orchestrée

Je partage avec deux collègues OC mon territoire d'intervention, le quartier Saint-Michel, reconnu pour sa forte défavorisation. Près de 56 000 personnes y vivent avec un fort taux d'appartenance, puisque 80,8 % des habitants se considèrent michelois (Vivre Saint-Michel en santé, 2019). Le quartier fait partie de l'arrondissement Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension (AVSMPE) et se rattache au réseau local de service (RLS) du CEMTL. Il est aussi reconnu comme étant :

- Jeune et familial, où 20,2 % des familles ont 3 enfants et plus (Montréal [Mtl] : 15,9 %) ;
- Riche en diversité culturelle, avec 49,4 % d'immigrants (Mtl : 34 %) ;
- Défavorisé économiquement, avec 30,1 % de la population qui vit sous le seuil de faible revenu (Mtl : 21,3 %) ;
- Significativement moins scolarisé (32,5 %) (Mtl : 16,9 %) ;
- Vulnérable pour 40,7 % de ses enfants dans au moins un des 5 domaines de développement visés par l'Enquête sur le développement des enfants à la maternelle (DSP, 2019) (MTL : 28,5 %). (VSMS, 2019)

La vie communautaire y est diversifiée par la présence d'une quarantaine d'organismes, dont huit qui touchent la sécurité alimentaire, ainsi que de celle d'une table de quartier, Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) :

« Créé en 1991, Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) est une table de quartier qui a pour mission de réunir l'ensemble des acteurs du quartier de Saint-Michel afin d'œuvrer collectivement à sa revitalisation, à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et à l'amélioration des conditions de vie de sa population. Pour mener à bien cette mission, VSMS anime et coordonne une concertation intersectorielle et multiréseau qui regroupe des organismes communautaires, des institutions publiques, des entreprises et des citoyens et citoyennes. » (VSMS, 2020)

83

Récemment, VSMS a accompagné les acteurs du milieu¹⁰ lors d'une planification stratégique (2020-2024) et un plan d'action collectif. Ce plan détermine quatre grands changements prioritaires souhaités pour la population au regard de la mobilité, de l'alimentation, de l'habitation et de la réussite éducative. La concertation des acteurs du quartier et leur mobilisation à développer des moyens d'action sont donc orientées vers ces changements. Sur une dizaine d'employés de VSMS, six chargés de concertation coordonnent et animent des groupes de travail collectifs qui tiennent compte de la vision de quartier. Cette vision, qui a été définie collectivement et stimule les acteurs du milieu, donne un aperçu des convictions et des efforts déployés afin d'améliorer les conditions de vie de la population : « Saint-Michel, un quartier phare, inspirant et solidaire, fier de sa diversité, fort de sa capacité d'agir collectivement, où ses citoyennes et citoyens veulent grandir, réussir et vieillir » (VSMS, 2020). Cette vision de quartier prend davantage son sens depuis les derniers mois, alors que la menace gronde à ses portes en raison de la pandémie.

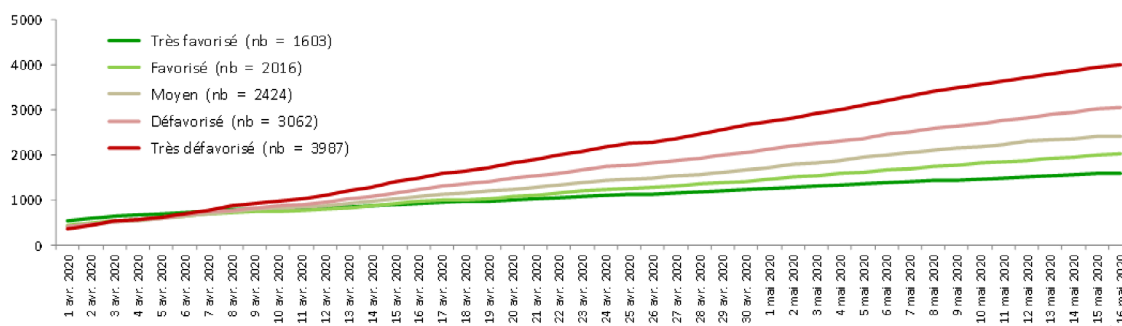
2.3 La COVID-19 et la défavorisation

Au fur et à mesure de la propagation de la pandémie, la situation est devenue alarmante sur l'Île de Montréal. L'attention médiatique s'est alors portée sur les secteurs défavorisés, étant donné leur taux élevé de personnes contaminées par la COVID-19. Selon le CEMTL, 59 % des usagers

¹⁰ Pour alléger le texte, l'expression « acteurs du milieu » fait référence aux citoyens, aux partenaires de tous les milieux et aux élus de Saint-Michel.

ayant fait un séjour hospitalier lié à la COVID-19 vivaient dans un secteur défavorisé ou très défavorisé matériellement, et 36 % de ces personnes étaient atteintes d'au moins une maladie chronique (Lemieux, 2020). Le quartier Saint-Michel semblait plus touché puisqu'il se caractérise par des indices de défavorisation élevés. Comme l'indique le graphique 1, sur le territoire du réseau de service de Montréal (RSS), le nombre de cas de COVID-19 augmente selon le niveau de défavorisation matérielle.

Graphique 1 Nombre de cas cumulatif de COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 1^{er} avril au 16 mai 2020, Fichier V10¹¹



* Journée incomplète

3. « Ça va bien aller! » : l'adaptation de la pratique d'organisation communautaire durant la crise

Phase 1 (de mars à la mi-avril 2020) : la crise sanitaire proclamée, le confinement désorganise le réseau de la santé et des services sociaux. La Direction régionale de santé publique (DRSP), les milieux communautaires, la Ville de Montréal et les élus essaient de comprendre la transmission du virus pour freiner sa propagation et adapter les mesures à prendre

Le délestage

Lors de la déclaration de l'urgence sanitaire par le gouvernement du Québec, l'équipe d'organisation communautaire était regroupée dans le cadre d'une journée de formation. La formatrice a dû avorter sa présentation tant le climat était tendu et peu propice à l'apprentissage. Notre cheffe de programme, avec calme et réceptivité, a fait le point et nous a avisés d'une conférence téléphonique dès le lundi matin suivant afin d'annoncer les directives ainsi que les mandats octroyés. Mes premières préoccupations se portent alors vers les groupes communautaires du quartier Saint-Michel appuyant les aînés ou offrant une aide alimentaire. Je contacte hâtivement les organismes concernés afin d'identifier avec eux leur état de situation concernant le maintien de leurs services, l'accès à leur bureau ou à leur liste de membres et bénéficiaires de services. Enfin, je conçois une liste de courriels regroupés d'acteurs du milieu et de partenaires régionaux, intitulée COVID-19, afin de véhiculer les envois substantiels d'information de la DRSP.

11 DRSP (26 mai 2020), *La COVID-19 et la défavorisation matérielle. Le point sur la santé des Montréalais en période de pandémie.*

Notre première conférence téléphonique d'une série plus ou moins journalière confirme que nous devons mettre de côté nos interventions et suivis communautaires réguliers. D'une part, considéré non essentiel, le service d'organisation communautaire, mais aussi une partie de l'équipe clinique préventive, sont mutés à temps plein aux tâches de pré-triage aux portes d'entrée des CLSC ou dans notre centre de dépistage. D'autre part, plusieurs OC exécutent les premières consignes quotidiennement, comme diffuser les informations transmises par la DRSP, répertorier les services de livraison des commerces en alimentation et les popotes roulantes ainsi que les groupes conservant des dépannages alimentaires d'urgence afin de soutenir les personnes vulnérables et les aînés. Enfin, il nous est aussi demandé d'instaurer une cellule de crise¹² locale dans certains quartiers. La majorité des OC accomplissent du mieux qu'ils peuvent ces tâches à partir de leurs téléphones cellulaires personnels en parallèle des heures d'accueil aux portes d'entrée des CLSC, et ce, en heures supplémentaires ou en alternance avec des collègues durant les trois premières semaines de la crise.

La réorganisation de l'action collective au sein du quartier Saint-Michel : un accompagnement mutuel dans le cadre de rencontres virtuelles

La réorganisation de l'action collective du quartier en réponse à la crise a nécessité la complicité de la Table de quartier Vivre Saint-Michel (VSMS) à plusieurs niveaux. Il faut mentionner ici l'arrivée le 23 mars d'une nouvelle directrice et d'un nouveau directeur adjoint à VSMS, œuvrant tous les deux en télétravail. Il s'agissait pour eux d'un défi titanesque d'intégration à la communauté, dans les circonstances. Dans la tourmente des premières semaines, l'équipe de VSMS a maintenu ses objectifs de mobilisation d'acteurs du milieu et de recherche de solutions, avec mon soutien, pour la tenue et l'animation de rencontres concertées.

Tout d'abord, les réunions entre partenaires étant des moyens privilégiés et indispensables à l'expression démocratique et à la coalition des actions, il fallait repenser les mécanismes des rencontres durant la période de confinement. En effet, l'utilisation des salles communautaires ou institutionnelles était exclue et notre fonctionnement, habituellement en présence, était inapplicable.

85

J'avais besoin d'avoir une interface collective pour réaliser efficacement certains livrables. Ainsi, la poursuite de mes tournées téléphoniques a révélé la situation de fermeture de la majorité des organismes ou la mise graduelle en télétravail des employés dès les premiers jours jusqu'au déconfinement annoncé en juin. Le confinement a donc eu pour effet de créer une grande difficulté de joindre certains acteurs, en plus d'entraîner des bris de services sociocommunautaires ou de première ligne¹³. L'ère des espaces de collaboration virtuelle avait sonné et s'annonçait ardue, faute d'avoir les outils informatiques disponibles ou adaptés et d'en connaître le fonctionnement. L'utilisation des téléphones et ordinateurs personnels a constitué des solutions transitoires et même permanentes pour plusieurs acteurs et OC. Après moult discussions téléphoniques avec VSMS et d'autres partenaires sur l'urgence d'agir, l'action collective s'est remodelée par la planification d'une série de rencontres virtuelles hebdomadaires avec les acteurs du milieu¹⁴. Ces rencontres ont été organisées et coordonnées par l'équipe de VSMS.

12 Différentes cellules de crise composées de représentants multisectoriels et d'experts ont été instaurées à tous les niveaux (ministériel, administratif ou territorial) sous la responsabilité du MSSS, du bureau du premier ministre et de la DRSP, mais aussi au niveau des CISSS-CIUSSS des municipalités ou des quartiers. Ex : cellule sécurité civile, cellule régionale, cellule coordination milieu communautaire (régionale), cellule haute direction CISSS, etc.

13 Dépannage alimentaire, recherche d'emploi, salubrité des logements, etc.

14 Exemples de rencontres hebdomadaires : zoom alimentation, zoom personnes vulnérables, zoom membres de VSMS, zoom cellule de crise, etc.

D'un autre côté, étant la seule OC répondante de Saint-Michel et étant délestée à l'accueil, j'ai eu droit au renfort offert par plusieurs chargés de concertation de VSMS au cours de cette première période. Ils ont par exemple accepté de recevoir et de centraliser les informations concernant l'état de situation des services et activités des groupes communautaires et participé étroitement aux mises à jour des listes de ressources communautaires. Celles-ci étaient principalement dédiées comme documents de référence aux intervenants de première ligne (211, 811, intranet...) mais ont circulé auprès des acteurs du quartier. Enfin, VSMS a diffusé les directives COVID-19 de la DRSP auprès de ses membres, créant malheureusement une certaine redondance par rapport à mes envois et à ceux d'autres partenaires. Tout le monde était submergé de courriels.

La cellule de crise locale : le point de jonction de l'information favorisant la réception des consignes de santé publique et du CEMTL auprès des partenaires et l'identification des enjeux prioritaires COVID-19 du quartier Saint-Michel

Ce fut une première dans ma pratique que d'inviter des acteurs à participer à une cellule de crise locale sous le chapeau santé publique car, habituellement, les mesures d'urgence émanent plus souvent de la sécurité publique sous la responsabilité de la Ville. Ce nouveau mandat, assez imprécis en fait, était déjà en marche puisque j'avais sollicité VSMS, comme d'autres, pour organiser des rencontres virtuelles d'urgence. Le manque de formalité au départ a suscité des incompréhensions et parfois une confusion de rôle avec VSMS. Les discussions tenues autour de la légitimité de mon rôle ont engendré un leadership partagé avec VSMS et une adéquation des contributions entre les partenaires de la cellule de crise. Notre cellule de crise locale, encore active aujourd'hui, est composée de 11 acteurs¹⁵ du quartier Saint-Michel. Mon rôle et ma contribution consistaient à soutenir la coordination et les actions entreprises par la cellule de crise, principalement appuyée par la Table de quartier et l'arrondissement. Il s'agissait aussi de faire remonter les enjeux collectifs au sein du CEMTL dans un mouvement appelé à l'interne « cascade et escalade ». Le mandat identifié conjointement avec les partenaires était de s'assurer que la population de Saint-Michel reçoive les services essentiels durant la période de pandémie en appuyant les organismes qui les offrent. Plus précisément, je soutenais :

1. La centralisation des informations, des outils disponibles et des avis-recommandations de la DRSP pour les transmettre rapidement aux acteurs et à la communauté;
2. Le repérage des besoins touchant les populations vulnérables;
3. La centralisation des enjeux identifiés par les acteurs du milieu afin de les adresser aux instances concernées;
4. La coordination des actions prioritaires pour soutenir les organisations et les populations.

Durant cette première période, plusieurs OC ont interpellé et sensibilisé nos gestionnaires afin de démontrer la pertinence de notre pratique d'organisation communautaire en temps de crise sanitaire, ce qui nécessitait davantage de temps en interface avec le terrain afin de réaliser les mandats demandés. Aussi, malgré toutes leurs imperfections dans leurs mécanismes opérationnels, les premières rencontres virtuelles dans les quartiers et leurs impacts positifs ont été des motifs importants de justification de notre contribution. Simultanément, mes discussions avec mes collègues de la grande équipe de santé publique et les acteurs de mon milieu ont fait ressortir de nombreux exemples d'appuis substantiels et répétitifs de collègues professionnels, de gestionnaires,

15 Association québécoise des retraités et préretraités, section Saint-Michel, Arrondissement Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension (AVSMPE), Bureau de la mairesse AVSMPE, Bureau de circonscription du député de Viau, Centraide du Grand Montréal, CEMTL, Centre de services scolaires de Montréal, Forum jeunesse, Office municipal d'habitation de Montréal, Service de police de la Ville de Montréal (Poste de quartier 30) et VSMS.

de directions de tables de quartiers, d'élus et de multiples acteurs dans notre demande de réintégration à nos postes d'OC. Leurs représentations au sein de notre établissement, à la DRSP et lors de réunions d'autres cellules de crise au niveau régional¹⁶, aura sans doute influencé la décision de ne plus nous délester dans les accueils des CLSC. Une demi-victoire, puisque nous pouvions réintégrer temporairement nos postes d'OC... dans l'attente d'être possiblement délestés une seconde fois, mais cette fois-ci en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). De plus, nos dossiers courants étaient toujours en pause, car nous devions continuer à exécuter exclusivement les obligations liées à la COVID-19 telles que transmises par notre coordonnatrice.

Réflexion sur la phase 1

Les premiers impacts entourant la multitude de mesures de santé publique se sont vite fait sentir au sein de la population. Bien connaître les acteurs du milieu et avoir bâti une relation de confiance avec ces derniers m'a permis de préserver les liens et les communications avec eux, malgré leur confinement, grâce aux cellulaires puis aux courriels. Cependant, le confinement des groupes communautaires a coupé brusquement les liens étroits qui existaient entre les groupes et leurs membres. Les mécanismes de communication entre les acteurs du quartier et vers la population ont été complètement bouleversés, révélant une fracture numérique marquée. Les personnes confinées, avec peu de ressources financières et informatiques, ne maîtrisant pas le français ou l'anglais et sans réseau social, se sont retrouvées isolées. Ces conditions de vie propices à la marginalisation ont affecté non seulement des individus, mais des familles ou des aînés vivant même en HLM. Ces enjeux majeurs ont fait l'objet de plusieurs discussions avec les partenaires du milieu tout au long de la pandémie afin de trouver des solutions collectives pour rejoindre adéquatement ces personnes vulnérables afin qu'elles soient en sécurité, soutenues et informées.

Aussi, plusieurs OC et moi-même avons remis en question la teneur et l'efficacité de notre mandat aux accueils des CLSC en regard du statut essentiel des activités des groupes communautaires, car il nous apparaissait clairement que nous étions sous-utilisés. Nous ressentions une non-reconnaissance de notre pratique, mais aussi du service essentiel que nous représentons par nos actions sur le terrain. Il y avait tant à faire dans nos milieux! Comme le mentionnait l'un de mes collègues, notre rôle prioritaire était de soutenir les acteurs dans la planification, l'adaptation et la réorganisation des services sur nos territoires.

87

En effet, les OC tissent et entretiennent des relations étroites et directes avec l'ensemble des acteurs de la communauté. Ils assurent et pondèrent souvent l'interface entre eux et le réseau de la santé et des services sociaux. Ils ont une fine connaissance des groupes, de leurs besoins et de leur dynamique. Ils développent une lecture des problématiques des milieux et mettent leurs compétences au service des démarches de réflexions et de réponses collectives. Ils sont des atouts indispensables dans l'adaptation du réseau public aux besoins locaux.

Pour que la réorganisation des services puisse être effective, une communication constante et une rétroaction entre les acteurs du milieu et les OC sont vitales afin d'ajuster, au fur et à mesure, les solutions aux différents problèmes qui surviennent et permettre l'adaptation ou l'implantation de nouveaux services publics ou communautaires.

Dans le contexte d'urgence sanitaire, l'affectation des OC à la détection et la sensibilisation à l'accueil des CLSC était questionnable. L'équipe de Santé publique (SP), considérée alors comme non clinique, était sollicitée quant à la mobilisation de son personnel pour la crise comme toutes les équipes du CIUSSS, et nos gestionnaires ont répondu à l'appel. Elle a aussi été rationalisée en raison

¹⁶ Par exemple, la cellule coordination milieu communautaire (régionale).

de la nature préventive des mandats de notre équipe et de nos habiletés sociales à l'égard du public. Ces compétences, bien que susceptibles de jouer un rôle crucial en contexte d'urgence sanitaire, ont alors été mises à profit principalement à l'interne, plutôt que pour les acteurs communautaires et le territoire avec qui nous œuvrons au quotidien. L'organisation communautaire n'était donc pas alors perçue comme un service essentiel du CLSC comme les autres services sociaux offerts à la population.

Phase 2 (de la mi-avril à la mi-juin 2020) : la crise s'intensifie; les mesures, mécanismes de communication et arbre décisionnel se clarifient pour répondre aux priorités de repérage et de dépistage et tenir compte des communautés

La transmission communautaire et ses impacts sur notre équipe

Les éclosions devenues généralisées, le territoire du Québec est déclaré en mode de transmission communautaire le 4 avril (INSPQ : 2020). Les mesures de santé publique s'ajustent et les cliniques de dépistage visant d'abord les voyageurs ciblent maintenant le personnel du réseau de la santé, surtout dans les CHSLD, et les personnes dans la communauté. Ces dernières mesures influent sur l'organigramme décisionnel et le fonctionnement du CEMTL ainsi que sur les rapports hiérarchiques avec notre équipe et sur nos tâches. Nos activités régulières ne sont toujours pas autorisées, mais le pré-triage est cependant terminé et les OC délestés peuvent débiter ou poursuivre de façon plus officielle, selon le cas, ce qu'ils avaient entrepris à bâtons rompus :

1. S'assurer de la connaissance et de l'application des bonnes pratiques associées à la COVID-19 auprès des organismes et de la population;
2. Soutenir la réorganisation des services dans les milieux par l'entremise des priorités d'action ciblées dans les cellules de crise de chaque quartier;
3. Agir pour assurer le repérage et le dépistage des populations à risque en situation de vulnérabilité;
4. Planifier par quartier une mutualisation des ressources avec une mise en réseau des leviers et forces présentes dans tout le territoire de l'Est de l'Île-de-Montréal.

88

Notre cheffe de programme est subitement délestée dans un CHSLD. Trois OC sont alors mandatés pour assumer davantage des tâches de gestion organisationnelle auprès de notre coordonnatrice en soutien à l'équipe de santé publique. Deux autres OC gardent leurs fonctions originales en raison de leur type de dossiers et de représentations faites à cette fin par les milieux. Les 12 OC restants, dont moi-même, sommes dédiés aux nouvelles cliniques de dépistage de proximité annoncées dans les zones chaudes et réalisées en équipe multidisciplinaire.

Nous assumons également les visites des groupes communautaires qui offrent des dépannages alimentaires, la distribution des équipements de protection individuelle (ÉPI) aux groupes en alimentation et itinérance, la réalisation d'un tableau de bord des enjeux par quartier et la tenue de répertoires des organismes de nos territoires par services et clientèles¹⁷. Enfin, s'y ajoute pour moi la sensibilisation des commerçants de la rue Jean-Talon à l'usage des ÉPI en prévision du ramadan. Heureusement, en avril, ma collègue réintègre son poste à Saint-Michel en retour progressif, et la semaine suivante un nouveau collègue externe en assignation temporaire se joint à nous. Rapidement, j'essaie de les mettre au diapason des événements et du régime accéléré dans lequel nous progressons.

17 Par exemple : les ressources en violence conjugale et en santé mentale, les OBNL en logement social sur notre territoire, etc.

Le petit Maghreb

Le travail terrain des acteurs du quartier a mis en lumière un non-respect des consignes sanitaires depuis l'ouverture de certains commerçants de la rue Jean Talon, ainsi que des attroupements en fin de soirée de jeunes sans distanciation. Cette situation porte la cellule de crise locale à interpeler quelques leaders communautaires¹⁸ afin d'explorer les meilleures façons de soutenir les commerçants. Les partenaires et moi souhaitons aussi mieux favoriser l'interprétation des messages de la DRSP par les communautés culturelles et développer des moyens de communication dans plusieurs langues. En compagnie du coordonnateur du Forum jeunesse, l'un des leaders en question, nous réalisons un premier démarchage sur deux jours auprès d'une cinquantaine de commerçants. La sensibilisation des commerçants aux ÉPI a été une expérience instructive et les enjeux ont aussi suscité de l'intérêt de la part d'une cellule de la DRSP en ce qui concerne l'intervention auprès des communautés culturelles. Encore aujourd'hui, en prévision de la deuxième vague, l'intervention se poursuit par l'équipe de santé publique et les acteurs du milieu dans le petit Maghreb afin de sensibiliser les passants et les marchands.

Cliniques de dépistage mobiles et de proximité

Le 7 avril, le Québec atteint 10 000 cas (INSPQ 2020). Le nombre de personnes infectées augmente très rapidement à Montréal et particulièrement au CEMTL. Les résidents des zones chaudes de la grande région de Montréal qui ont été en contact avec des personnes infectées sont invités à se faire tester. Des cliniques de dépistage fixes sont déjà réparties sur le territoire de Montréal, mais parfois loin des zones chaudes.

Dès la mi-avril, le CEMTL décide d'organiser, dans ses zones chaudes, des cliniques de dépistage mobiles en louant un véhicule récréatif, et cible Saint-Michel. En 72 heures, je participe à l'organisation des premières cliniques de dépistage de proximité du quartier tenues du 3 au 6 mai. Je soumetts des emplacements accessibles au véhicule récréatif au cœur des zones identifiées par la DRSP sur mon territoire.

Mon défi est aussi d'informer la population. Je prends alors tous les moyens possibles pour une large diffusion de l'accessibilité des cliniques mobiles vers les zones les plus touchées. Je convie la Table de quartier et les intervenants à contacter leurs membres afin de faire du prédépistage et de les diriger vers les cliniques. D'autres stratégies s'ajoutent, dont la diffusion dans les émissions de radios communautaires ainsi que la mobilisation du groupe d'agents de participation citoyenne¹⁹ et de leurs contacts citoyens qui m'accompagnent lors de la pose de 750 affiches et l'organisation d'un démarchage ciblé. Six jours de dépistage sont d'abord offerts dans les trois sous-secteurs de Saint-Michel, puis les autres quartiers de l'Est suivent rapidement. Les OC assurent aussi sur place un rôle quant à l'installation, au pré-triage et à la sensibilisation aux ÉPI des personnes dépistées. En juin et juillet, la DRSP intensifie ce mode de dépistage en ayant recours à des autobus transformés de la Société de transport de Montréal (STM), auxquels les OC participent aussi, puis en août c'est le retour du véhicule récréatif sous la responsabilité du CEMTL.

18 Les leaders communautaires sont des citoyens et des intervenants dévoués, créatifs, impliqués et parfois revendicateurs qui sillonnent les rues ou les parcs, ou encore qui sont contributifs auprès d'un organisme en particulier. Ils participent activement à la dynamique communautaire et à la vie démocratique du quartier. Ils sont reconnus pour leur apport expérientiel ou professionnel auprès de leur propre communauté culturelle ou plus largement au sein de la collectivité.

19 L'agent de participation citoyenne est un titre d'emploi présent depuis 2004 dans le quartier Saint-Michel (Mon Resto Saint-Michel). Les agents occupent des postes au sein des organismes communautaires. Leur mandat principal est de soutenir la réalisation d'activités favorisant une culture de participation citoyenne auprès de partenaires et citoyens au sein de leur organisme et dans la collectivité. Ils sont soutenus par une ressource humaine de VSMS.

Soutien au financement

De mars à juin, plusieurs occasions de financement public et philanthropique atterrissent et se concluent dans le quartier en soutien aux organismes communautaires. Avec la collaboration de mes deux collègues OC de Saint-Michel, nous contribuons à la rédaction des demandes de la Table de quartier, qui visent des retombées collectives dans le soutien à la communauté. D'abord, le projet Enthousiasme²⁰, qui a pour objectif d'atteindre des résidents du quartier afin de les sensibiliser à l'ampleur du problème de contagion. Des activités ludiques et créatives, telles que les animations aux balcons des résidents, sont proposées et permettent de promouvoir les mesures personnelles de prévention et les ressources communautaires et publiques disponibles. Puis, le projet Confiance, des Fondations philanthropiques du Canada, que j'aborderai dans la prochaine section.

Réflexion sur la phase 2

Les réunions virtuelles, à travers les cliniques de dépistage, ont comblé une partie de mon horaire atypique durant cette période. Mes interventions ont permis de fédérer les partenaires pour prendre des initiatives et assumer un rôle plus engageant. Aussi, les discussions virtuelles ont contribué à solidariser grandement les intervenants et à développer des stratégies et des actions collectives pour mieux adapter les services et les activités communautaires offerts aux citoyens tout en considérant les directives ministérielles. Lors de ces rencontres, il a été possible d'identifier les préoccupations individuelles et collectives des citoyens, un mandat s'inscrivant davantage dans nos fonctions d'OC.

Les enjeux existants, lourdement exacerbés par les inégalités sociales et la défavorisation du quartier, ont été signalés aux cellules de crise du CEMTL et de la DRSP sous forme d'état de situation hebdomadaire. L'intérêt et la prise en compte des enjeux locaux par nos dirigeants ont influencé la mise en place de mesures et services par plusieurs institutions, organismes et fondations en soutien de la population dans l'Est, particulièrement dans Saint-Michel²¹.

Cette fois, les connaissances et l'expertise des OC quant aux territoires d'intervention, à leurs enjeux et à leurs dynamiques communautaires ont suscité un vif intérêt de la part de l'établissement et ont été profitables aux milieux. Ces connaissances ont alimenté les sphères décisionnelles dans un mouvement plutôt unidirectionnel vers le haut, car les retours et retombées vers le bas n'ont pas toujours suivi. Ce mouvement a tout de même favorisé une adaptation tangible requérant le décloisonnement du système de santé et de son RLS dans la réponse à la pandémie. Le CEMTL et l'ensemble de ses services se sont rapprochés des communautés vulnérables et de certains territoires.

Phase 3 (de la mi-juin à la mi-août 2020) : le déconfinement, où les organisateurs communautaires sont confirmés dans leur rôle essentiel dans la lutte à la pandémie pour venir en aide aux collectivités

Le déconfinement des groupes communautaires

En juin, le quartier Saint-Michel fait un premier bilan, en rencontres virtuelles et en cellule de crise, de ses actions et mécanismes de collaboration. Il reste beaucoup d'enjeux et de défis à relever. Les organismes souhaitent être proactifs dans leur déconfinement, qui rime avec un espoir de retour à la vie normale. Les besoins psychosociaux alarment les intervenants des organismes qui veulent

20 Titre du projet déposé par VSMS : « Un quartier qui se mobilise pour sensibiliser dans l'enthousiasme et l'espoir ».

21 Par exemple : le CEMTL avec ses cliniques de dépistage mobile; notre arrondissement avec le publi-postage auprès de ses résidents d'une liste de ressources communautaires d'urgence réalisée par les tables de quartier; le réaménagement de certaines rues ou encore le prêt d'un camion « crieur »; la formation sur l'intervention en violence conjugale offerte par la conseillère en concertation du poste de quartier, les Fonds d'urgence de Centraide, etc.

y répondre tout en appréhendant les risques d'une deuxième vague. Ils proposent des activités de ruelles, de balcons ou de bulles dans les parcs durant l'été aux personnes les plus vulnérables qu'ils ne rejoignent pas dans le contexte de confinement. Aussi, la Table de quartier souhaite revenir au fonctionnement régulier de ses espaces de concertation, mais en tenant compte des nouveaux défis de la pandémie. Les rencontres virtuelles sont espacées, mais les acteurs du milieu maintiennent particulièrement celles des membres de VSMS et de la cellule de crise, puisque nous avons à construire un plan d'action collectif en soutien au quartier pour les prochains mois.

Le projet Confiance

Ce deuxième projet collectif est issu de la cellule de crise en réponse à l'approche des Fondations philanthropiques du Canada (FPC) durant le mois de juin. Ce regroupement de fondations vise à renforcer les actions collectives en zone rouge afin de stopper la transmission de la COVID-19 sur le territoire de Montréal. Je complète la rédaction de la demande avec la contribution étroite d'un petit groupe de travail. Je travaille grandement à l'intégration et à l'arrimage des responsabilités du CIUSSS avec l'arrondissement et la Table de quartier afin de contrer davantage les effets de la pandémie, réduire sa propagation et soutenir la population. Cette analyse rigoureuse a permis de cerner les pistes d'actions prioritaires, mais aussi de cadrer et de départager les responsabilités de tous les acteurs sur le terrain, et ainsi favoriser une meilleure cohésion des retombées en tenant compte des projets déjà réalisés ou en cours. Il s'agit d'une collaboration et d'un arrimage unique avec les acteurs mis en place en peu de temps. Soulignons ici la complexité des éléments dont il faut tenir compte dans la réalisation des interventions dans un contexte d'essoufflement de certaines ressources communautaires de première ligne de même qu'institutionnelles. Il s'agit là d'un enjeu majeur afin que les initiatives et ressources déployées tiennent le coup dans les prochains mois.

Nouvelles stratégies de la DRSP dans la gestion des éclosions et nouvelles responsabilités des CISSS/CIUSSS

91

Pendant le mois de juillet, notre directrice nous informe des orientations, des stratégies et des actions prioritaires au regard de la deuxième phase de la pandémie. Elle explique la responsabilisation et l'imputabilité du CEMTL en soutien à l'intervention, à la prévention et au contrôle de la pandémie menés à l'égard de son RLS. La présentation départage clairement les rôles de la DRSP, du CEMTL et des différentes directions de l'établissement pour les prochains mois en soutien aux éclosions et à leurs effets sur la population. Collaborer avec les acteurs de la communauté à la mise en place des facteurs de protection face à d'éventuelles éclosions de COVID-19 et soutenir l'intervention de la DRSP au besoin dans la gestion des éclosions deviennent les priorités de notre équipe. La présentation fait état de la reconnaissance de la contribution essentielle des partenaires du milieu. En effet, le CEMTL sollicite l'apport des tables de quartier, concertations intersectorielles et organismes communautaires afin de poursuivre les différentes actions liées à la réduction des inégalités sociales de santé exacerbées par la COVID-19. Sont ciblés l'insécurité alimentaire, l'isolement des aînés et des personnes vulnérables, la prévention de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance, la prévention du suicide ainsi que l'accompagnement des jeunes familles et des personnes en situation précaire.

Les brigades sanitaires

Ces nouvelles responsabilités engagent les directions de services du CEMTL à dégager du personnel afin de former des équipes de sensibilisation aux ÉPI nommées brigades COVID-19 en prévision d'une deuxième vague. Notre cheffe de programme, après son déstagement en CHSLD, revient finalement dans l'équipe. Les OC sont mandatés à créer une brigade par quartier, dans notre cas des

brigades communautaires avec la contribution de nos collègues de l'équipe de clinique préventive²². Les objectifs de ces brigades communautaires sont de sensibiliser les organismes communautaires aux ÉPI et de les accompagner à cet égard durant leur déconfinement, ainsi que de favoriser l'adhésion et le respect des consignes par la population. Mon collègue OC organise une formation pour sensibiliser un large groupe de citoyens et d'intervenants appelés sentinelles à se déployer à travers le quartier. Les formations et visites des organismes s'enchaînent avec nos collègues de l'équipe préventive aussi mises à contribution, et nous inscrivons toutes nos interventions dans un registre journalier dès le mois d'août.

Réflexion sur la phase 3

Bonne nouvelle! Dorénavant, l'équipe de santé publique est un service essentiel. La responsabilité imputée au CEMTL dans la gestion de la COVID-19 a incité notre institution non seulement à s'intéresser aux dynamiques et enjeux territoriaux en priorité, mais à reconnaître les organismes communautaires et les tables de quartier comme faisant partie intégrante du RLS. Le CEMTL veut s'assurer du soutien nécessaire aux partenaires du RLS et reconnaît l'organisation communautaire comme étant un service essentiel, garantissant lors d'une prochaine vague le maintien dans nos fonctions. Les OC figurent alors comme cliniciens de l'intervention collective offrant un service professionnel aux acteurs du milieu. Ce qui soulève l'importance de conserver l'ancrage des organisateurs communautaires en appui aux populations et collectivités, voire à consolider la pratique de l'organisation communautaire en CLSC. À l'avenir, le délestage des OC et de leurs gestionnaires en CISSS-CIUSSS apparaîtrait contre-indiqué si l'on veut non seulement préserver les interventions communautaires dans un RLS, mais aussi mieux adapter les services institutionnels aux communautés en temps de pandémie.

92

De plus, la ligne est aussi mince quant à la notion de surveillance et de vigilance des communautés. Si l'on se réfère aux six types d'intervention cités en introduction, notre rôle consiste davantage à accompagner, à soutenir ou à sensibiliser qu'à surveiller. Ce dernier rôle incombe à la DRSP, mais non aux professionnels de l'intervention collective.

Aussi, nos interventions communautaires se doivent d'être adaptées aux besoins et spécificités de nos territoires et, de toute évidence, on observe depuis mars une réduction de nos types d'intervention et une tendance à la normalisation et à l'uniformisation de nos rôles dans les communautés afin que la direction du CEMTL puisse y trouver un sens commun et en faciliter le monitoring. Dans les CISSS-CIUSSS, les OC forment souvent de petites équipes composées de professionnels de divers domaines. Nous sommes à l'image de nos quartiers et territoires, diversifiés! Les CISSS-CIUSSS doivent préserver cette richesse de compétences et d'expériences en favorisant le maintien de professionnels généralistes, et pas seulement des experts et cliniciens dans un domaine d'intervention ou pour un type d'intervention particulier. Les équipes d'organisation communautaire au Québec, du moins celles qui ne l'ont pas déjà fait, doivent retravailler collectivement leur cadre de pratique en CISSS-CIUSSS. Elles peuvent s'inspirer de leurs anciens cadres de références ou encore de celui attendu cet automne du Regroupement québécois des intervenantes et des intervenants en organisation communautaire (RQIIAC). Il est nécessaire de diffuser ou de rediffuser ces cadres largement à l'interne et à l'externe afin de démystifier notre pratique.

Enfin, 95 % de mes dossiers courants pré-pandémie ont été interrompus, ce qui me pousse à m'interroger sur les répercussions de cette cessation sur le milieu communautaire et la population. En effet, les interventions professionnelles des OC qui demeurent sont celles qui sont étroitement

22 Neuf cliniciennes (infirmières, sexologues, etc.) font partie de notre équipe santé publique du CEMTL.

associées aux priorités sanitaires du CEMTL, y compris au niveau des structures de concertation des communautés et de leurs mécanismes de liaison (cellule de crise), qui sont actuellement toujours nécessaires. Ainsi, nous devons toujours justifier nos dossiers en fonction des priorités de la DRSP et du CEMTL. Un tel ascendant sur l'intervention sociale et collective de la part de la mission sanitaire des CISSS-CIUSSS semble secondariser sa perspective sociale et soulève deux questions. Comment rester innovants si les orientations et les stratégies sont définies d'avance et n'ont pas été déterminées collectivement? Et à l'avenir, une intervention communautaire dans la collectivité sera-t-elle possible au-delà de sa dimension strictement sanitaire?

S'il y a bien une reconnaissance de l'apport essentiel des groupes communautaires, il faut impérativement les mettre à contribution à toutes les étapes décisionnelles. La grande majorité des acteurs du quartier Saint-Michel ont amorcé des réflexions sur les enjeux vécus par leur organisme et ont introduit des actions adaptées en prévision de leur déconfinement bien avant son annonce par la santé publique et leur accompagnement par notre brigade communautaire en août. S'ils disposent des moyens financiers et des ressources matérielles et humaines adéquates, les organismes communautaires se montrent souvent très agiles et créatifs sans perdre de vue les consignes à respecter. Il faut essentiellement laisser des marges de manœuvre et faire confiance aux communautés dans leur leadership tout en restant à l'écoute de leurs besoins, soutenir leur accompagnement et continuer à ouvrir les portes d'autres directions de services. La mission sociale et communautaire des CISSS-CIUSSS se doit d'être véritablement considérée.

CONCLUSION

La crise sanitaire a provoqué des bouleversements et la nécessité de revoir la réponse aux besoins des communautés. Nous avons pu dégager, à partir du cheminement d'une organisatrice communautaire à travers cette crise, des enjeux, des constats et des pistes de solution dans un contexte d'intervention collective. Un travail réflexif a aussi été mené collectivement sur les conditions d'exercice de l'intervention collective en contexte d'urgence sanitaire par le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC). Le RQIIAC a réalisé six rencontres rejoignant près d'une quarantaine d'OC provenant de pratiquement toutes les régions du Québec. Certains constats provisoires s'en dégagent :

1. Tous les services d'organisation communautaire ont été impactés, à des degrés divers, selon plusieurs variables, dont :
 - L'ampleur de la pandémie dans leur région;
 - Les besoins de ressources additionnelles dans d'autres services ou établissements;
 - Le positionnement des gestionnaires des équipes et de la direction sur le rôle devant être joué par les OC.
2. Même dans les contextes de réaffectation d'une partie des effectifs, toutes les équipes ont été mobilisées vers des actions terrain en gestion de crise avec les organismes et les communautés. Dans certains cas, cela a été l'occasion de se faire connaître et reconnaître par de nouveaux partenaires (municipalités, élus, organismes communautaires) et par les directions des établissements elles-mêmes. Les OC, tout comme les communautés, ont fait preuve d'innovation, de débrouillardise et de solidarité pour trouver des solutions face à des situations inédites. Leurs rôles se sont exercés dans les créneaux suivants :
 - Dépistage de besoins et ressources;
 - Collecte et diffusion d'information;

- Liaison, tant à l'interne qu'à l'externe;
- Mise sur pied en responsabilité principale ou en collégialité de ressources et services;
- Cellules de crise (coordination ou participation active);
- Soutien aux organismes dans l'adaptation de leurs activités et services.

Alors que la deuxième vague se concrétise et que la pandémie s'éternise, des défis confrontent les OC et les communautés, dont la consolidation des nouvelles collaborations, le maintien de l'action concertée face à la tentation du repli sur soi des organismes, l'adaptation des pratiques aux normes de déconfinement et au télétravail ainsi que la capacité de réflexivité et de vision stratégique en contexte d'urgence prolongée. Enfin, le positionnement professionnel proactif de la part des OC devient nécessaire afin que l'expertise en intervention collective au Québec contribue pleinement à mettre en œuvre les meilleures réponses possibles à la crise, qui ne sont pas que sanitaires, mais aussi sociales.

ABSTRACT:

This case presents the journey of a community organizer in a Health and Social Services Centre (CISSS) during the first months of the COVID-19 crisis in a highly disadvantaged Montreal neighbourhood hit hard by the pandemic. To what extent can the social and community dimensions be addressed in a context where greater priority is given to the health mission of the CISSS-CIUSSS? How are communities reorganizing during the pandemic? The highlighting of the practice of community organizations will begin with an overview of collective interventions in Québec. Next, the description of the experience will shed light on social and collective interventions in the context of a health emergency. Finally, the discussions will identify some challenges and avenues for solutions for the practice of community organization in order to demonstrate their relevance and contribution to the adaptation of public health and social services within communities.

KEYWORDS:

Community organization, COVID-19, social and health inequalities, pandemic, collective intervention

RÉFÉRENCES

- Bourque, D., Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (sous la dir.) (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 534 p.
- Comeau, Y., Bourque, D. et R. Lachapelle (2018). *L'intervention collective : convergences, transformations et enjeux*, coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales », PUQ, 172 p.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier C. et D. Turcotte (2008). *L'organisation communautaire en mutation, Étude sur la structuration d'une profession du social*, Presses de l'Université Laval, 194 p.
- Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS). (2010). *Développer et réussir l'intervention sociale d'intérêt collectif*, Presses de l'EHESP.
- Direction de la santé publique (DSP) (2019). *Portrait synthèse du développement des enfants à la maternelle pour la région de Montréal*, Résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM, 2017). En ligne : https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/RegionalPortraitSynthese_0.pdf

- Durocher, P. (2019). *L'Expérience Saint-Michel. Bâtir des convergences d'intérêts pour revitaliser un quartier 1980-2014*, Gatineau : Centre de recherche et de consultation en organisation communautaire, Cahier n° 29-01, janvier, 112 p.
- Girouard, M. D. et D. Bourque (2015). *Marie Danielle Girouard, sage-femme du développement communautaire de Saint-Michel*, Cahier de la CRCOC-UQO, n° 15-05, 97 p.
- Institut national de la santé publique (INSPQ) (2020). *Ligne du temps Covid-19*. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps/>.
- Lemieux, S. (2020). *Bilan et plan 2^e vague COVID-19*, Présentation PPT aux tables de quartier, CEMTL, Direction générale, août 2020.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des services sociaux généraux.
- Tircher, P. et N. Zorn (2020). *Inégaux face au coronavirus : constats et recommandations*, Observatoire québécois des inégalités. En ligne : <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/publications>
- Vivre Saint-Michel en santé (2019) *Portrait statistique de Saint-Michel*, document réalisé dans le cadre de la planification stratégique 2019-2024 du quartier de Saint-Michel, 24 p.
- Vivre Saint-Michel en santé (VSMS) (2020), *Rapport annuel d'activités 2019-2020*.