

Des partenariats exemplaires pour des services à bas seuil : la PHS Community Services Society et la Vancouver Coastal Health

Juillet 2011

Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Prologue

Certaines autorités régionales de santé du pays sont pleinement engagées dans des partenariats avec des organisations à but non lucratif (OBNL) dans le but de faire la promotion de politiques publiques favorables à la santé. D'autres cherchent à s'investir davantage, alors que d'autres ne sont pas encore engagées en ce sens. La présente fiche fait partie d'une série qui documente les pratiques partenariales existantes et qui analyse leur contribution sur le plan de la santé publique. L'objectif est de permettre aux autorités de soupeser les bénéfices de ces partenariats pour la santé des populations dont elles sont responsables et d'en déterminer les conditions de mise en œuvre.

En l'occurrence, ce document montre la façon dont l'établissement de partenariats entre l'Autorité régionale de Vancouver et une OBNL livrant des « services à bas seuil d'accessibilité » a permis de rejoindre des personnes vivant avec des maladies mentales ou avec des problèmes de toxicomanie, tout en agissant sur le contexte sociopolitique qui a en partie déterminé leur état de santé¹.

Dans un premier temps, le contexte d'intervention et la programmation de l'OBNL sont décrits. Ensuite, la façon dont l'Autorité régionale de Vancouver est partenaire de l'organisation est mise en lumière. Enfin est amorcée une analyse de ce que ce partenariat permet sur le plan de la santé de la population.

¹ Les notions de « haut seuil d'accessibilité » et de « bas seuil d'accessibilité » se comprennent bien en les contrastant : « la première expression renvoie à des protocoles d'admission et de soins plus contrôlants exigeant un suivi médical, des tests et souvent l'objectif d'abstinence; la seconde caractérise des services et des soins adaptés le plus possible au cheminement de l'utilisateur et n'exigeant habituellement pas un arrêt de la consommation » (Brisson, 1997 dans Noël, 2000, p. 8). Dans le présent document, les services décrits ne sont pas que médicaux; les barrières identifiées débordent donc ce champ d'intervention.

La PHS : contexte d'intervention et programmation

La PHS Community Services Society (PHS) œuvre dans l'un des secteurs urbains où vit une population fort défavorisée. Les indicateurs socioéconomiques et de santé pour le secteur est du centre-ville de Vancouver, ou le *Downtown Eastside* (DTES)², sont en effet parmi les plus faibles au Canada. La situation a changé sur plusieurs plans, mais quelques indicateurs de la situation à l'époque des premiers pas de l'organisation sont plutôt éloquentes : un revenu annuel moyen par foyer de 11 029 \$; un taux de chômage de 29 % (trois fois la moyenne fédérale à ce moment); 80 % des foyers vivent sous le seuil de la pauvreté; en 1998, 24 % des utilisateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH, 88 % par l'hépatite C, et le taux de séroconversion est estimé à 20 %, le plus haut taux en Amérique du Nord. La même année, le secteur a été le lieu de la majorité des 201 cas de décès par surdose survenus durant les six premiers mois dans l'ensemble de la province de la Colombie-Britannique (Gurstein et Small, 2005, p. 722).

Quelques caractéristiques des utilisateurs des services de logement de l'organisation donnent une bonne idée des personnes que l'on cherche à rejoindre, soit des personnes présentant de multiples contraintes : la majorité n'a pas terminé l'école secondaire; 35 % ont vécu une forme ou une autre de traumatisme durant l'enfance, le plus souvent de la violence physique ou sexuelle; 34 % ont reçu un diagnostic de maladie mentale; 33 % sont séropositifs ou ont développé le SIDA; 25 % souffrent de l'hépatite C; 88 % entretiennent une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues et 73 % sont des utilisateurs de drogues injectables (Gurstein et Small, 2005, p. 725).

² La moyenne est sans doute un indicateur intéressant, mais elle cache bien souvent, et c'est particulièrement vrai ici, des inégalités assez importantes entre différents segments de la population.



L'hôtel qui donne son nom à l'organisation offre des chambres à occupation simple (*single room occupancy*, SRO) et différentes formes de soutien à des personnes « difficiles à héberger » (des personnes vivant simultanément avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie active qui ont souvent été exclues et même évincées de la plupart des autres formes de logement). Cet hôtel a été inauguré en 1991 en collaboration avec l'Association des résidents du DTES et est passé sous la responsabilité de la PHS lorsque celle-ci s'est incorporée en tant qu'OBNL en 1993. La mission de l'organisation est dès lors de « revendiquer, développer et mettre en œuvre des services créatifs et adaptés aux besoins des personnes qui vivent avec des troubles de santé concurrents » (*Liaison-Itinérance*, 2011). En matière de logement, par exemple, cette sensibilité aux besoins particuliers de ce groupe de personnes



L'hôtel Pennsylvania, dont la rénovation a été terminée en 2008, est l'édifice où la PHS a commencé ses activités. Il est le premier édifice offrant des unités complètes, les autres étant des maisons de chambre avec services partagés.

Photo : Hotel Pennsylvania, coin des rues Carrall et Hastings – 1927.

City of Vancouver Archives, Hot N34.

s'actualise par une politique de non-éviction (des mécanismes de résolution de conflits sont mobilisés pour ne pas expulser un locataire turbulent, par exemple) et par l'absence de lien entre les problèmes de santé et le logement (une personne à qui un logement a été accordé a le droit de conserver son logement, qu'elle s'engage ou non dans un processus thérapeutique et même si elle est « guérie »).

Les services offerts par la PHS s'étendent aujourd'hui bien au-delà du logement, même si ce fut et si cela demeure probablement sa mission première (l'organisation opère près de 1000 unités en 2010). L'organisation gère aussi, seule ou en collaboration avec d'autres organisations privées ou publiques, des programmes pouvant être classés selon deux grandes catégories. La première est constituée des programmes de livraison de soins de santé et de services sociaux et des programmes de services sociaux et économiques. Dans tous les cas, les soins ou les services sont doublés d'objectifs d'action sur des déterminants structurels (sociaux, économiques) de la santé; ils visent à créer des milieux de vie plus favorables à la santé de la population du DTES.

Dans la seconde catégorie, on trouve les organisations suivantes : 1) la Pigeon Park Savings, une institution financière servant ceux qui n'ont pas accès au réseau bancaire traditionnel et dont l'objectif consiste également à favoriser le développement social et économique du DTES; 2) la Interurban Art Gallery, un lieu d'expression artistique pour les résidents du DTES destiné à accroître leur estime personnelle et celle du secteur qu'ils habitent; 3) le Life Skills Centre, un lieu offrant de la formation à l'emploi et d'autres services, notamment du soutien par les pairs, une buanderie, des douches, du café et des références vers d'autres services.

De plus, il est à noter que la PHS offre gratuitement un local au Potluck Cafe Society, un café qui a pour double objectif d'offrir des repas aux résidents des hôtels et du DTES en général, tout en leur fournissant des emplois permanents. Les organismes suivants sont engagés dans la prestation de services et de soins médicaux : 1) la Community Transitional Care Team (CTCT), une initiative visant à assurer une meilleure adhérence aux traitements antibiotiques que nécessitent souvent les usagers de drogues par injection du DTES; 2) la Sunrise Dental Clinic, une clinique qui

Des partenariats exemplaires pour des services à bas seuil :
la PHS Community Services Society et la Vancouver Coastal Health

procure des soins à coûts réduits ou même gratuits aux résidents du DTES. Cette clinique d'enseignement est affiliée à l'Université de Colombie-Britannique; les étudiants y remplissent leurs conditions de formation tout en livrant les services; 3) Insite est un local d'injection supervisée où les personnes faisant usage de drogues injectables (UDI) peuvent s'injecter leurs drogues sous la supervision de personnel médical qui intervient en cas de surdose. Le personnel médical y offre aussi divers conseils pour réduire les méfaits résultant de l'injection de drogues, par exemple à propos des meilleures pratiques de stérilisation des aiguilles. Insite offre aussi, notamment, un service de distribution et de récupération de seringues et un service de référence pour les personnes UDI souhaitant commencer un traitement de leur dépendance. De plus, grâce à Insite, des pairs-aidants sont présents dans la zone de transition pour être à l'écoute des consommateurs en besoin; 4) Onsite est pour sa part un centre de désintoxication et de rétablissement de courte durée pour les personnes vivant avec des toxicomanies (il sert d'amorce pour les personnes UDI souhaitant s'inscrire à un programme de traitement à plus long terme). Il offre une douzaine de chambres de désintoxication et dix-huit chambres de rétablissement ou de transition.

Tel qu'il a été brièvement évoqué plus tôt, l'expression « services à bas seuil d'accessibilité » est souvent employée pour désigner le type de programmes et de services développés par la PHS. On désigne ainsi ces programmes et services, car l'organisation les a mis sur pied en éliminant le plus possible les barrières limitant leur accès. Ces barrières avaient été érigées d'une façon ou d'une autre, de manière volontaire ou non, par les services sociaux et de santé plus traditionnels. Par exemple, la PHS n'exige aux prestataires ni l'abstinence ni un engagement thérapeutique visant l'abstinence ou la stabilisation de la consommation pour leur donner droit aux logements ou aux traitements aux antibiotiques offerts par la CTCT. Ces exigences explicites ou implicites sont courantes dans les soins de santé et services sociaux traditionnels. À titre d'exemple supplémentaire, l'organisation offre des services dentaires gratuits aux personnes à faibles revenus (dans ce cas, c'est notamment la barrière financière limitant l'accès aux soins dentaires qui est abolie).

La PHS et la Vancouver Coastal Health : rôles et fonctions des partenaires

La Vancouver Coastal Health (VCH) constitue l'une des cinq autorités régionales de santé en Colombie-Britannique et comprend dix-sept municipalités régionales ou districts.

Elle est partenaire de la PHS dans tous ses programmes qui offrent des services de santé³. Dans le cas de la clinique dentaire Sunrise, le partenariat se limite à un soutien financier, c'est-à-dire que seule la PHS opère le programme, mais son financement est assuré par la VCH. Dans le cadre des trois autres programmes, les opérations quotidiennes sont partagées entre la VCH et la PHS. En effet, la VCH fournit le personnel qui offre des services de santé réservés (les traitements antibiotiques, par exemple), alors que la PHS fournit le personnel qui offre des services « sociaux » (la référence aux services de désintoxication, par exemple). Il est à noter que dans tous les cas, la PHS obtient des ressources financières de la VCH pour les « services sociaux » qu'elle dispense (dans certains cas, ces fonds sont complétés par d'autres sources de revenus).

Le développement de ces partenariats a été lancé soit par l'OBNL, soit par la VCH. Dans le cas de la CTCT, c'est la VCH qui, elle-même approchée par les autorités hospitalières, a approché la PHS afin de développer un nouveau programme. Ce dernier vise à faire face au taux élevé d'abandon des traitements antibiotiques et à ses conséquences sur la santé de la population toxicomane et la demande accrue en services qui en résulte (l'un des effets de l'abandon prématuré d'un traitement aux antibiotiques est bien souvent une nouvelle demande de soins de santé). Dans les autres cas, c'est la PHS qui a développé le projet, puis a contacté la VCH pour s'assurer de son soutien et de sa collaboration aux opérations. Dans tous les cas, les programmes ont de toute façon été développés, à un certain point, en partenariat étant donné la coordination nécessaire à l'opération conjointe.

³ Cette information, comme la majorité de celles contenues dans cette section, nous a été fournie par Chris Buchner, de la VCH, au cours d'une entrevue et par des échanges de courriel. Nous le remercions de sa générosité.

Des partenariats qui permettent d'améliorer l'état de santé de segments de population difficiles à rejoindre

Si elles produisent sans doute des effets positifs qui leur sont propres, les limites des interventions traditionnelles en santé publique (vaccination ou initiatives visant des changements de comportements individuels, par exemple) sont bien connues. Notamment, ces interventions n'agissent pas sur les déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques des états de santé des populations. C'est dans le but de dépasser ces limites qu'une série d'approches ont été développées de façon conceptuelle et, moins souvent, pragmatique. Elles sont, entre autres, désignées par les concepts de prévention ou d'intervention structurelle (Rhodes, Singer, Bourgeois, Friedman et Strathdee, 2005).

Tel qu'il est possible de le constater dans la description mentionnée précédemment, la programmation de la PHS et ses partenariats avec la VCH permettent justement de telles actions structurelles en combinant des interventions de santé publique classiques (dentisterie, traitements antibiotiques, services de désintoxication, etc.) avec des interventions visant à agir sur les conditions sociales, environnementales, économiques et politiques structurelles qui déterminent en partie les états de santé et les comportements à risque de la population visée. Autrement dit, en plus de types d'interventions plutôt classiques en santé publique, l'on cherche à travers elles — et l'on réussit en partie — à modifier de manière significative le contexte culturel, politique et social où se manifestent de plusieurs façons les maladies mentales et les toxicomanies et leurs conséquences morbides ou néfastes.

Aux fins du présent exercice, seules trois façons dont ces partenariats modifient ce contexte sont discutées. D'abord, le mode partenarial de livraison des services permet le retrait des barrières politiques limitant l'accès aux soins et aux services de santé et sociaux. Sans lui, la PHS ne posséderait vraisemblablement pas les ressources financières pour fournir ces services. Sans ce mode partenarial, la VCH aurait aussi éprouvé plus de difficultés à faire tomber les barrières bloquant l'accès aux soins et aux services offerts si les praticiens de la PHS (possédant généralement des formations et

expériences atypiques, c'est-à-dire non directement liées aux « professions de l'intervention ») n'avaient pas été impliqués dans la livraison de ces soins et services.

Les partenariats contribuent également à transformer certaines des politiques publiques sectorielles qui agissent négativement sur la santé de ces segments de la population. Par exemple, le Service de police de Vancouver a établi une politique d'encouragement à l'utilisation des services d'Insite par les UDI comme solution de rechange à l'arrestation — un facteur de risque important pour les UDI. En effet, la crainte d'une arrestation provoque souvent une précipitation dans l'injection et induit ainsi l'emploi de techniques d'injection peu sécuritaires (Stolz *et al.*, 2007).

Enfin, de manière générale, la localisation et la pérennité de ces programmes dans l'espace urbain y légitiment la présence et l'existence des personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, créant ainsi un contexte social et politique qui force l'élaboration de résolutions inclusives à leurs problèmes. Ces actions, et les autres partenariats du même type qu'a entrepris la VCH avec d'autres partenaires, seront-elles suffisantes pour renverser les autres forces qui ont produit et qui reproduisent toujours les conditions de santé mentale et de toxicomanie exceptionnelles que nous pouvons aujourd'hui constater dans le DTES? Cela reste, et restera probablement pour quelques années encore, une question ouverte.

Quoi qu'il en soit, pour des autorités régionales de santé publique cherchant à améliorer l'état de santé de populations particulièrement difficiles à atteindre, de tels partenariats avec des OBNL s'avèrent constructifs. Ils permettent en effet de produire des politiques publiques favorables à la santé prometteuses ou pour lesquelles les données probantes indiquent des effets généralement positifs, c'est-à-dire des résultats qui permettent d'atténuer les forces qui nuisent à la santé des populations en question. Ces politiques sont ici présentées comme exemplaires. Toutefois, bien entendu, d'autres politiques présentement développées au pays sont dignes d'intérêt et auraient pu être décrites. Il ne s'agit donc pas de prendre les politiques ici présentées comme modèles à répliquer, peu importe le lieu. Il s'agit plutôt de s'en servir comme des références qui peuvent être adaptées en fonction des besoins perçus et de la conception des problèmes par les autorités régionales du Canada.

Des partenariats exemplaires pour des services à bas seuil :
la PHS Community Services Society et la Vancouver Coastal Health

Références

Gurstein, P. et Small, D. (2005). From housing to home: Reflexive management for those deemed hard to use. *Housing Studies*, 20(5), 717-735.

Liaison-Itinérance. (2011). Profils d'initiatives. Portland Hotel Society. Consulté en ligne le 25 août 2008 : http://www.sharedlearnings.org/index.cfm?fuseaction=Prof.dspProfileFull&profiles_id=18131194-83ff-4f31-aea0-37e8756b3d0e.

Noël, L. (2000). *Projet SAM [non publié]*.

Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R. et Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61, 1026-1044.

Stolz, J.-A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J. et Kerr, T. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health*, 29(1), 35-39.

Juillet 2011

Auteur : François Gagnon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

N° de publication : 1349

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-63195-8 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-63196-5 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-63193-4 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-63194-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

