Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Monographie du CSSS Jeanne-Mance

Co-publication
Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)
Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR) et
Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (**LAREPPS**)

Denis Bourque et René Lachapelle
Avec la collaboration de François Marchand

Cahier numéro 0903
ISBN : 978-2-89251-375-5

Juin 2009

La recherche intitulée *Les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS* est subventionnée par le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). L'équipe de recherche est constituée par Denis Bourque (UQO) et Sébastien Savard (UQAC), Marielle Tremblay (UQAC et Danielle Maltais (UQAC). Sont associés les professionnels de recherche Marie-Josée Leclerc (UQAC), Sophie Corneau (UQAC) et René Lachapelle (UQO). Denis Saint-Amand de l'AQÉSSS, Sylvie Dubord du RQIIAC et Denis Bussières de l'ARUC-Économie sociale se sont également impliqués dans la recherche à titre de partenaires.

Document validé
2009-11-30

LISTE DES ACRONYMES

ACCESSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalisé dans la santé et les services sociaux
ADRLSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AQÈSSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ARH	Agent de relations humaines
ARUC	Alliance de recherche université-communauté
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
CESSSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CMA	Centre médical associé
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines (du Canada)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OC	Organisateur ou organisatrice communautaire
OÉMC	Outil d'évaluation multiples clientèles
OMH	Office municipal d'habitation
PAL	Plan d'action locale
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PROS	Plans régionaux d'organisation
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource intermédiaire
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
RLS	Réseau local de services
RQIIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TED	Trouble envahissant du développement
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
UQO	Université du Québec en Outaouais

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES I

TABLE DES MATIÈRES II

LISTE DES TABLEAUX III

LISTE DES FIGURES III

PRÉSENTATION IV

1. INTRODUCTION 1

1.1 Retour sur les objectifs de la recherche 1
1.2 Problématique générale 2
1.2.1 La réforme de la santé et des services sociaux 2
1.2.2 Les rapports entre l'État, l'action communautaire et l'organisation communautaire 5
1.2.3 Le programme PALV et la pratique psychosociale 8

2. PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS LOCALES. 13

2.1 La région de Montréal 13
2.2 Portrait du territoire desservi par le CSSS Jeanne-Mance 16

3. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS JEANNE-MANCE 20

3.1 La démarche de consultation 20
3.2 Le scénario proposé par l'Agence de Montréal 21
3.3 Les réactions des acteurs 22
3.4 Scénario retenu 25

4. DESCRIPTION DU CSSS JEANNE-MANCE 26

4.1 Les établissements regroupés 26
4.2 Caractéristiques du CSSS en 2006-2007 26
4.3 Structure interne et positionnement du Programme PALV 27

5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE 29

5.1 Orientations régionales quant aux relations avec les organismes communautaires 29
5.2 Orientations du CSSS quant à ses relations avec les organismes communautaires 31
5.3 Politique concernant la pratique de l'organisation communautaire 33
5.4 Nombre d'organisateurs communautaires et rattachement administratif 33

6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX 34

6.1 Orientations régionales relatives au PALV 34
6.2 Volume des services aux personnes âgées avant et après la création du CSSS 36
6.3 Structure des services aux PPALV sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance 37

7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES 39

7.1 Orientations régionales ou cadre de référence sur les projets clinique et RLS 39
7.2 Principales démarches suivies localement 40
7.2.1 Phases I et II de la démarche d'élaboration du projet clinique 40
7.2.2 La phase III de la démarche d'élaboration du projet clinique 42

CONCLUSION 44

BIBLIOGRAPHIE 45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Couverture de la région de Montréal comparée au reste du Québec : services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, 2005 p.15

Tableau 2 – Données socio-économiques (2001), territoire du CSSS Jeanne-Mance p.17

Tableau 3 – Indicateurs de l'état de santé (2001) p.18

Tableau 4 – Nombre de personnes de 65 ans et plus selon les services reçus sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance en 2004-2005 p.18

Tableau 5 – Organismes communautaires par catégorie financés par le PSOC, 2007 p.19

Tableau 6 – Calendrier du processus de consultation quant à la formation des nouvelles instances locales du territoire de l'Île de Montréal, 2003-2004 p.20

Tableau 7 – Profil des ressources humaines par catégorie d'emploi, CSSS Jeanne-Mance p.26

Tableau 8A – Volume des services à domicile dans les CLSC en 2002-2003 p.36

Tableau 8B – Volume d'activité des services à domicile – CSSS Jeanne-Mance, 2003-2007 p.36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Un réseau local de services p. 4

Figure 2 – Configuration des programmes p. 5

Figure 3 – Les territoires des CSSS de l'Île de Montréal p.14

Figure 4 – Carte du territoire du CSSS Jeanne-Mance p.16

Figure 5 – Organigramme du CSSS Jeanne-Mance p.27

PRÉSENTATION

Le projet de recherche à l'origine de cette monographie sur les effets de la reconfiguration des établissements sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, a débuté en 2006, soit dans les toutes premières années de ce processus. Une monographie semblable a été produite pour chacun des trois autres CSSS étudiés dans la recherche subventionnée par le CRSH du Canada. Cette version préliminaire établit la situation dans laquelle s'inscrit la démarche dont nous avons par la suite discuté en entrevue individuelle avec une quinzaine d'intervenantes et intervenants du CSSS. Elle se fonde essentiellement sur l'analyse des documents publics disponibles.

Relativement à la structure organisationnelle du CSSS et aux services aux personnes en PALV, elle prend en compte les rapports de gestion disponibles en juin 2008. En ce qui concerne l'analyse des données relatives au portrait du territoire, nous avons choisi de maintenir leur présentation sur la base des documents établis en 2004 par l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Nous sommes très conscients que depuis, les situations ont évolué, du fait notamment de la publication récente des données du Recensement du Canada 2006. Mais ce sont les données du Recensement de 2001 qui étaient accessibles pour les personnes que nous avons rencontrées en entrevue au moment où celles-ci ont eu lieu. C'est aussi en fonction de ces données que les CSSS ont été constitués et se sont structurés dans la phase initiale dont nous cherchons à documenter l'impact sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Même si le titre du projet de recherche qui renvoie à « la reconfiguration en santé et services sociaux », peut donner l'impression que les transformations seront prises en compte dans tous les services, le choix a été fait de concentrer l'attention sur les services aux personnes en PALV parce qu'il s'agit d'un programme majeur touchant autant les services des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement que des hôpitaux et de nombreux organismes communautaires. Il nous a paru indiqué d'y chercher les premières indications de la direction que prendra la création des CSSS quant aux rapports de partenariat avec le milieu et quant aux pratiques de travail social et d'organisation communautaire.

Ce document est le fruit de la recherche documentaire préalable aux entrevues de recherche. Il propose un portrait du CSSS Jeanne-Mance au printemps 2008 à partir d'informations publiques à ce moment. Il a été validé par des informateurs désignés par le CSSS et constitue de ce fait une référence pour décrire le contexte dans lequel œuvraient nos informateurs au moment de notre cueillette d'information.

1. INTRODUCTION

1.1 Retour sur les objectifs de la recherche

Le système québécois de santé et de services sociaux a connu plusieurs réformes. Du nombre, celle découlant des Lois 25 et 83 modifie substantiellement le régime mis en place suite au Rapport Rochon (Québec, 1988) et à ce qu'il est convenu d'appeler la réforme Côté (1992). Ont ainsi été créés quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux (CSSS) issus pour la plupart de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, de centres hospitaliers (CH). Les CSSS doivent assurer la coordination et s'inscrire dans des réseaux locaux de services (RLS) intégrant ressources publiques, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et ressources privées. Ce vaste réaménagement des structures vise plusieurs objectifs : meilleure accessibilité-continuité-qualité, consolidation des partenariats, mise en place d'une responsabilité populationnelle partagée entre les acteurs locaux, élaboration de projets cliniques, etc.

Depuis les années 1990, le partenariat structure les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires considérés comme des acteurs essentiels des RLS[1]. La réforme introduit une redéfinition des rôles de chacun autour de deux types de relations entre les partenaires : des rapports de type contractuel par le biais d'ententes de services et des rapports de type non-contractuel reposant sur des collaborations. De telles transformations entraînent des changements dans les rôles et fonctions attribués aux différents groupes professionnels œuvrant dans les nouveaux CSSS. Cette étude vise à répondre à deux grandes questions :

> 1) quels sont les changements générés par la reconfiguration des établissements de santé et de services sociaux sur les pratiques partenariales entre le réseau public, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ?
>
> 2) quels sont les changements attribuables à la création des CSSS dans les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires œuvrant dans le programme PALV?

La recherche s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994). Quatre (4) CSSS ont été étudiés et comparés démontrant ainsi la diversité des expériences qui se construisent dans les nouveaux RLS et, spécifiquement, dans le cadre du programme PALV. Deux (2) CSSS ont été étudiés dans chacune des deux (2) régions administratives de Montréal et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Notre démarche qualitative se base sur deux principaux **outils méthodologiques**.

[1] « Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la définition du partenariat que nous proposons est la suivante : il s'agit d'une relation d'échange structurée entre, d'une part, un ou des organismes communautaires et, d'autre part, une ou des composantes du réseau public (agence régionale, établissement) engagés dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services.» (Bourque, 2007 : 298)

D'abord, nous avons réalisé une **analyse documentaire** pour établir un portrait de chacun des quatre processus en cours de création de RLS et de détermination de projets cliniques. Ensuite, nous avons procédé à vingt-sept (27) **entrevues individuelles** à Montréal et vingt et une (21) au Saguenay, qui nous ont permis de documenter le point de vue des acteurs concernés par les deux volets de la recherche : les pratiques partenariales, d'une part, et les interventions psychosociales et communautaires, d'autre part. Pour chacun des cas étudiés, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été conduites avec des représentants du CSSS actifs dans le programme PALV à des niveaux hiérarchiques différents : directeur général, cadres supérieur et intermédiaire, chargés locaux de projet clinique, travailleuses sociales et organisateurs communautaires. Nous avons aussi rencontré en entrevue des représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale. Les résultats de l'analyse documentaire liée à chacun des cas ont été synthétisés dans une monographie, dont celle-ci portant sur le CSSS Jeanne-Mance.

Avant de présenter l'étude de cas spécifique de ce CSSS, il est d'abord nécessaire de situer le contexte général de la réforme de la santé et des services sociaux (section 1.2) et du programme PALV (section 1.3).

1.2 Problématique générale

1.2.1 La réforme de la santé et des services sociaux

Mis en place à la fin des années 1960 et complété au début des années 1970 dans la foulée de la Commission Castonguay-Nepveu, le régime public de santé et de services sociaux québécois a subi depuis moult transformations et restructurations. Sans reprendre ici toute cette histoire, il importe de rappeler la période qui a suivi le dépôt en 1988 du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, mieux connu comme le Rapport Rochon. La mise en œuvre de ses conclusions a amené, non sans résistances, la loi de 1992 redéfinissant le régime québécois en fonction de la réponse aux déterminants de la santé et installé du même souffle une politique nationale de santé et de bien-être et des conseils d'administrations contrôlés par les citoyens dans tous les établissements désormais chapeautés sur la base des régions administratives par des régies régionales. Rapidement cependant cette réaffirmation des principes de santé globale allait être confrontée aux impératifs budgétaires. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS) présidée par Michel Clair questionne la dispersion des services dans divers établissements et proposant l'établissement de réseaux intégrés et la hiérarchisation des services (Québec, 2000 : 69-79).

Les élections du printemps 2003 portent au pouvoir un nouveau gouvernement dont le programme comporte des promesses de changer le système de santé et de services sociaux de la province. Poussant à bout les conclusions de la commission Clair, la Loi 25, confirmée plus tard par la Loi 83, change effectivement la donne dans le milieu sociosanitaire québécois.

La fin de la période de croissance économique de l'après-guerre a entraîné une période de questionnement des dispositifs mis en place pour assurer un certain partage social des bénéfices.

Les États sociaux des pays développés ont alors entrepris des changements fondamentaux dans la conception, la gouvernance et la prestation des soins de santé et services sociaux. La dernière phase d'ajustements a été profondément marquée par une approche de gestion que reflète bien le rapport Clair. Les États-Unis ont effectué une réingénierie, le Canada et la France ont procédé à des mouvements de décentralisation et de régionalisation. Le Royaume-Uni a lui aussi amorcé une restructuration il y a 20 ans avec, ces dernières années, un accent sur le partenariat entre les réseaux (Ferlie, Hartley, & Martin, 2003). Marqués par les impératifs technologiques et pharmacologiques de la médecine, ces ajustements prennent la forme de fusion des établissements en fonction de l'établissement d'une base démographique suffisante pour rentabiliser les hôpitaux et leurs lourds équipements. Les nouvelles technologies, les progrès pharmaceutiques et la volonté de rationnement budgétaire du système public seraient plus faciles à absorber en fusionnant les établissements entre eux (Richard et al., 2005). C'est dans ce cadre de pensée que dès le milieu des années 1990 au Québec, certains CLSC et CHSLD – et même dans certains cas de petits hôpitaux – ont été incités à se fusionner.

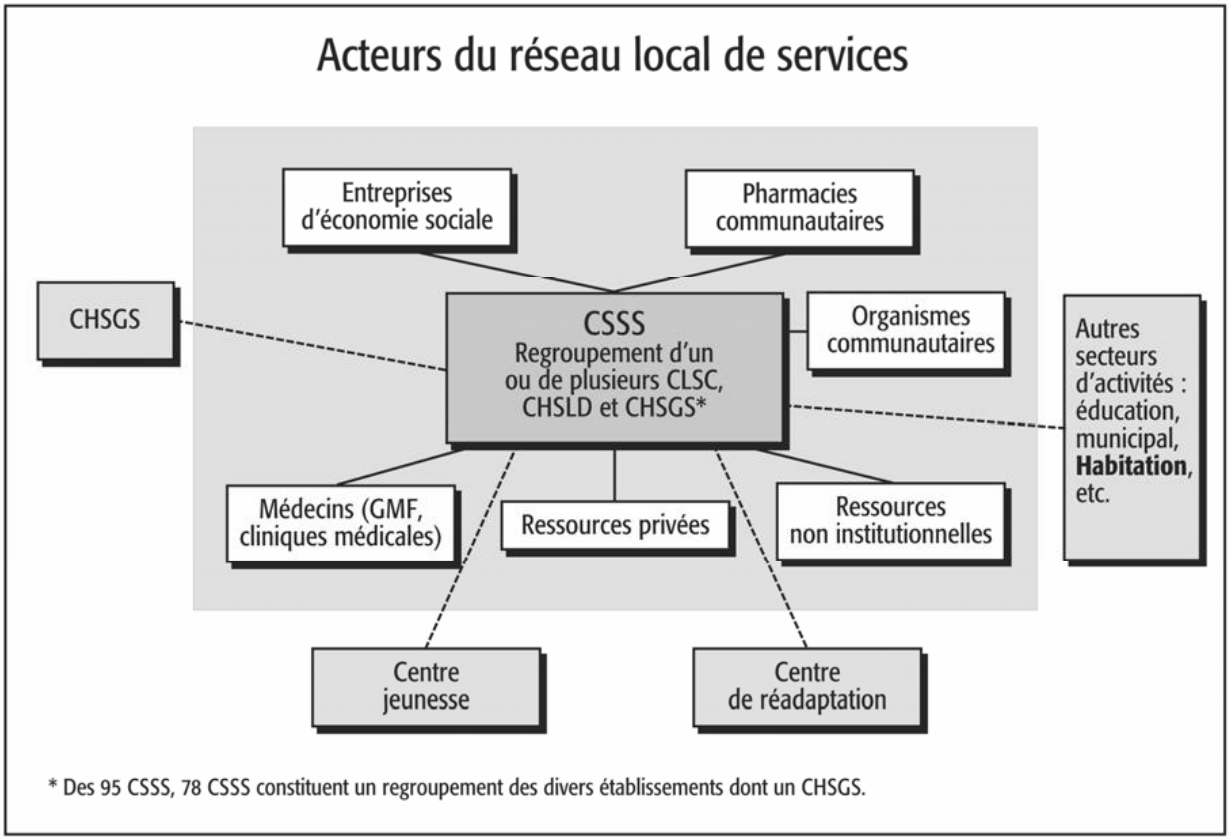
Au début des années 1990, les plans régionaux d'organisation de services (PROS), pilotés par les Régies régionales dans la foulée de la reconnaissance des organismes communautaires par la Loi 120, avaient eu des effets mineurs sur la réorganisation des services dans les établissements, mais ont toutefois implanté une culture de concertation entre les services publics et les organisations communautaires œuvrant dans des secteurs connexes (Gaumer & Fleury, 2007). Le diagnostic de la Commission d'étude présidée par Michel Clair pointant le fait que l'absence de communication entre les professionnels et entre les établissements porte préjudice à la continuité des services, a ouvert la porte à une nouvelle réforme : l'heure des fusions a sonné (Gaumer & Fleury, 2007).

La Loi 25

La loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) a été présentée à l'Assemblée nationale du Québec le 11 novembre 2003 et sanctionnée la même année, le 18 décembre. Le préambule précise que cette loi « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003a). La loi crée des agences ayant la mission de développer des réseaux locaux de services comportant, sur chaque territoire, une organisation des services de santé et des services sociaux qui regroupe au moins un CLSC, un CHSLD et si possible un CH. Ce modèle d'organisation mise sur le regroupement administratif pour intégrer les services. En plus d'une offre de services continus et accessibles, la Loi 25 vise une hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle des établissements chargés de coordonner ces réseaux locaux (MSSS, 2004c). C'est la fusion des établissements publics (CLSC, CHSLD et CH) qui constitue le mode d'organisation privilégié d'intégration des services et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui en résulte, sera responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation de services sur son territoire.

Le concept de responsabilité populationnelle présenté dans la loi signifie que la responsabilité de la santé d'une population est imputée au CSSS. Les acteurs sont donc incités à agir de façon concertée pour déterminer les services dont la population a besoin et veiller au maintien ou à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

Figure 1 – Le réseau local de services (RLS)



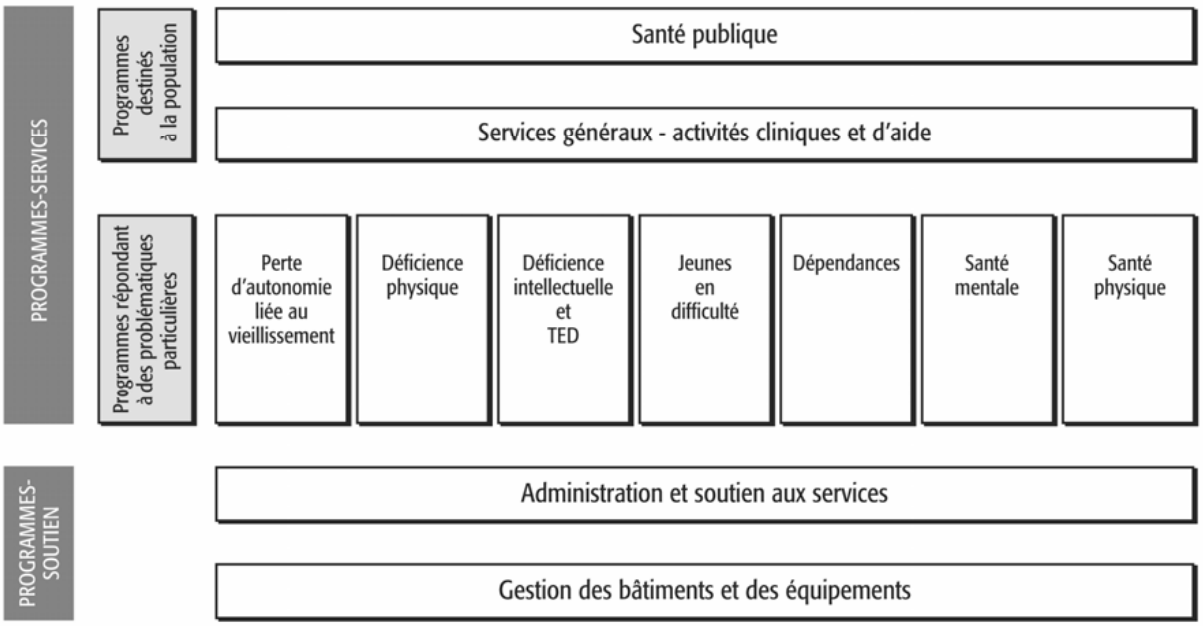
Le CSSS est responsable de fournir les services de la mission CLSC, l'hébergement de longue durée et les services hospitaliers courants. Il a aussi la responsabilité de la coordination des divers acteurs (ex. : cliniques médicales) et de la mise en place d'ententes de services avec les établissements spécialisés (ex. : Centre jeunesse) et les organismes communautaires.

La Loi 83

Le projet de loi 83, présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004, vient modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En effet, on y « prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux » (Québec, 2005b : 2). Il précise que les instances locales devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire desservi tandis que les agences assumeront la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Le regroupement des établissements devait permettre au Ministère d'avoir une prise directe sur un nombre restreint de

CSSS, mais les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux deviennent des agences de santé et de services sociaux (ASSS), constituant dans les faits des instances ministérielles déconcentrées en région. Il revient aux ASSS de soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, d'assurer les arbitrages, de procéder à l'allocation des ressources financières et à l'administration de certaines fonctions de santé publique et de services préhospitaliers d'urgence. Le MSSS est pour sa part responsable des actions à caractère national telles la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats de ces interventions. La section 530 de l'article 174 prévoit que lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité d'un territoire d'une agence, les responsabilités que la loi confie à cette dernière peuvent être exercées par l'instance locale du réseau. Une autorisation du ministre, après consultation des divers acteurs du territoire, est cependant nécessaire avant ce transfert de responsabilité.

Figure 2 – Configuration des programmes



Pour le ministre Couillard, le projet de loi 83 constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux. On y clarifie les responsabilités des établissements, des agences et du Ministre afin de mieux garantir la qualité des services et de favoriser une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et des services. La Loi 25 avait un caractère transitoire tandis que le projet de loi 83 modifie la LSSS en fonction de la logique de fusions et de centralisation du réseau public.

1.2.2 Les rapports entre l'État, l'action communautaire et l'organisation communautaire

Le secteur de la santé et des services sociaux est celui qui occupe une place prépondérante dans les rapports entre l'État et les organismes communautaires. D'une part parce que le modèle des

relations confirmé dans la politique de reconnaissance de l'action communautaire a été établi dans les négociations qui ont suivi l'adoption de la Loi 120 en 1992. Mais aussi parce que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) représente 56 % du soutien financier à l'action communautaire et touche 64 % des organismes communautaires soutenus (2006-2007). Ce soutien financier est à la fois une condition d'existence pour bon nombre d'organismes communautaires, mais aussi une source de préoccupations pour leur autonomie, voire leur identité. Avant la création des CSSS, les rapports entre les établissements publics et les groupes s'établissaient en première ligne : les CLSC, dorénavant intégrés aux CSSS, avaient une culture favorisant des rapports qui, tout en pouvant être conflictuels, s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaire. Les dispositions à la base des RLS installent une nouvelle donne qui se dessine depuis le tournant des années 2000 et qui s'inspire des règles de la Nouvelle gestion publique (Larivière, 2005). Cela modifie notamment le rôle des CSSS dont la responsabilité populationnelle envers leur milieu et celle de coordonner localement les services risquent de transformer la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires. La Loi 25, aux articles 27 et 28, précise en effet que le mandat des 95 CSSS est de mettre en place des RLS sur leur territoire en précisant que :

> « On doit retrouver dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées du territoire. La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités. »

Le nouveau rôle des CSSS en devient un de coordination des ressources communautaires du secteur de la santé et des services sociaux en plus des mandats de soutien envers elles et de concertation avec elles. Ce rôle de coordination s'accompagne d'une imputabilité nouvelle pour ces établissements publics quant à l'intégration des services et quant à leur efficacité et à leur qualité, qu'ils proviennent des établissements publics ou des autres partenaires et producteurs de services. Pour ce faire, les CSSS doivent convenir d'ententes de services avec les organismes communautaires dans l'ensemble des programmes-services. Ces ententes de services peuvent impliquer le versement de subventions et une reddition de comptes pour une prestation de services prédéfinis dans le cadre des réseaux intégrés ou continuums de services. Ce type de rapports contractuels n'existait pas dans les CLSC, sauf exception, et le rôle de bailleur de fonds pour les organismes communautaires se limitait aux programmes de santé publique dont le nombre a commencé récemment à croître. Ces nouveaux rapports s'inscrivent dans une hiérarchisation des services et entraînent des rapports plus inégaux que ceux qui, jusque là, avaient généralement cours entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires.

À la suite de l'adoption en novembre 2005 du projet de loi 83, chacun des CSSS doit produire un projet clinique (MSSS, 2004c; Québec, 2005b) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire. Cette approche populationnelle doit adapter les services aux réalités locales et articuler les rapports entre les producteurs de services. Cette responsabilité

populationnelle caractérise les rapports des établissements publics avec les acteurs concernés de leur territoire. Le MSSS souhaite aussi la participation des usagers et de la population à la prise de décision en matière d'organisation des services sociaux et de santé. L'article 99,5 du projet de loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires de leur territoire à la définition du projet clinique. Ce faisant ils créent une ouverture et donnent une prise sur l'organisation des services locaux aux organismes communautaires et à la population. Le projet clinique[2] doit par ailleurs comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le milieu communautaire, modalités qui passent, entre autres, par les ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de l'autonomie de ces organismes (MSSS, 2004c: 56).

Le nouveau rôle de coordination des CSSS et les ententes de services, même dans la mesure où elles se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie des organismes communautaires, comportent des enjeux pour les acteurs concernés :

- Pour les **organismes communautaires**, les ententes de services et la transformation de leurs rapports avec les établissements publics touchent le maintien de leur identité et de leur autonomie. Leur statut d'acteur essentiel « à l'exercice de la citoyenneté et au développement social » pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les CSSS. Les organismes communautaires risquent aussi d'être placés en rapports de compétition entre eux et avec le CSSS puisque, lorsqu'il est question de financement, les ressources à partager sont toujours moindre que les besoins des acteurs concernés;
- Pour les **CSSS** cette nouvelle donne dans les rapports avec les organismes communautaires autour de la fourniture de services touche aussi la mobilisation des communautés, un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations (INSPQ, 2002). Les groupes communautaires tirent en effet leur caractère essentiel non pas d'abord des services qu'ils offrent, mais de leur fonction sociale de développement et d'innovation, de diversification des approches et de promotion de la citoyenneté. C'est leur capacité de répondre avec souplesse aux besoins des personnes et des collectivités qui leur donne un potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne et qui fait l'originalité et la différence du communautaire par rapport aux services publics ou marchands. Il est donc important pour les CSSS de mettre en place des interfaces qui préservent et favorisent cette originalité et cet apport spécifique du communautaire;

[2] *Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnel. Le projet clinique du réseau local renvoie à une démarche visant à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire par divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, à l'adaptation et à la réinsertion sociale, et au soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs assument la responsabilité des services qu'ils offrent.* (MSSS, 2005 : 11)

- Pour les **organisateurs communautaires** de CSSS (OC), ces nouveaux rapports entre CSSS et organismes communautaires modifient leur rôle de renforcement du pouvoir d'agir et de développement de l'autonomie des organismes communautaires, entre autres, dans leurs rapports avec les bailleurs de fonds (Lachapelle, 2003). Lorsque les fonctions de soutien et celle de bailleur de fonds ne sont pas clairement distinguées, les OC risquent de se retrouver en conflit d'allégeance professionnelle entre l'établissement public qui les emploie et l'organisme communautaire qui négocie une entente de services. Les intérêts organisationnels des établissements et ceux des organismes communautaires ne sont pas toujours convergents et les organisateurs communautaires risquent d'être coincés entre les deux. Les établissements qui seraient tentés d'utiliser les organisateurs communautaires pour négocier les ententes avec les organismes communautaires risquent de détériorer les rapports de confiance qui rendent possible non seulement le soutien de l'organisation communautaire aux groupes du milieu, mais aussi les partenariats avec ces groupes. En exigeant que l'organisateur communautaire prenne fait et cause pour l'établissement et aille jusqu'à le représenter ou à accompagner le personnel cadre dans les négociations avec les groupes, un CSSS compromet la fonction d'agent de liaison entre l'établissement et les organismes communautaires dans une perspective de développement des communautés.

1.2.3 Le programme PALV et la pratique psychosociale

Au Québec, en 2002, environ 260 000 personnes ont fait appel à des services de soutien à domicile (MSSS, 2004b). Au Canada, on chiffre ce nombre à 1,2 million de personnes (Statistique Canada, 2006), soit 5 % de la population âgée de 18 ans et plus. Bien que le soutien à domicile ne soit pas exclusif à une clientèle ou problématique particulière, il appert que certains groupes d'âge sont de plus grands utilisateurs que d'autres, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus. Sachant que deux personnes âgées sur cinq vivant à domicile rencontrent des incapacités fonctionnelles et que ces dernières sont jugées les plus sévères parmi toutes celles rencontrées dans la population (Statistique Canada, 2001), on comprend mieux pourquoi les personnes âgées composent une partie importante des utilisateurs des services de soutien à domicile. Dans cette optique, le gouvernement Charest a piloté une réforme des services de soutien à domicile pour faire face à la demande grandissante pour ce type de services. Le plan d'action 2005-2010 (MSSS, 2005b) exprime la vision et l'orientation globale du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le sujet en abordant, entre autres, les programmes-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

L'évolution du soutien à domicile, c'est un peu l'histoire de la vieillesse. En effet, les deux sont liés d'une manière très intime puisque la manière de vivre de l'une a orienté les politiques et services de l'autre. La période qui s'étend de 1900 jusqu'à 1940 et qui a été marquée par la modernisation et l'industrialisation du Québec, en est un bon exemple. Malgré l'émergence d'une économie nouvelle et trépidante qui traîne dans son sillage les multiples problèmes sociaux de cette époque, la société Québécoise reste majoritairement traditionnelle : les familles sont nombreuses, toujours enracinées dans les traditions du terroir et profondément catholiques

(Conseil de la famille et de l'enfance, 2004). De ce fait, la prise en charge des personnes les plus vulnérables au nom de la charité chrétienne semble aller de soi. Les personnes âgées terminent donc, pour la plupart, leur existence au sein de leur famille, les hospices prenant en charge les cas plus complexes ou les personnes qui ont les moyens d'y payer des services particuliers.

La période de l'après-guerre jusqu'aux années 1980, est indirectement responsable du développement des services de soutien à domicile tels que nous les concevons aujourd'hui. En effet, des changements profonds dans la société québécoise (dénatalité, éclatement des familles, mobilité professionnelles, augmentation de l'espérance de vie) placent les personnes âgées vulnérables dans une situation de dépendance face à l'État, leur famille ne pouvant plus les prendre en charge comme auparavant (Deslauriers & Hurtubise, 2000). S'instaure alors l'ère des centres publics d'accueil et d'hébergement où dépersonnalisation et homogénéisation des usagers sont courantes (Charpentier, 2002). C'est précisément après quelques années de ce régime et d'un besoin de rationalisation des dépenses en santé que le maintien à domicile est de plus en plus encouragé. Dès les années 1980, les CLSC y trouvent l'une de leurs principales responsabilités.

La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont marqués par des compressions budgétaires qui incitent les gouvernements à poursuivre les efforts de maintien des personnes âgées en milieu naturel. Cependant, l'incapacité relative des diverses instances gouvernementales à fournir adéquatement les services requis pour le maintien à domicile des aînés justifie une refonte de ce secteur par la publication successive de divers documents ministériels. Entre autres, en février 2003, le MSSS rend publique sa « Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2003) dans le contexte de l'application de la Loi 25. À l'été 2004, le Ministère publie « Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile » sensé faciliter la compréhension de la précédente politique. Enfin, à la suite de travaux d'un groupe de travail à l'automne 2003 et de consultations réalisées auprès de divers groupes concernés par le vieillissement de la population au printemps suivant, le plan d'action 2005-2010 « Un défi de solidarité » constitue, une fois pour toutes, un virage vers la communauté et donc, un retour franc de la culture du maintien à domicile dans la société québécoise (MSSS, 2005b). Toutefois, et contrairement à ce qui s'était fait auparavant (du moins avec une telle envergure) cette politique, que plusieurs jugent néolibérale, tend fortement vers une privatisation des services et un désengagement progressif de l'État (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004).

Les nouvelles orientations ministérielles

Les trois documents phares de la nouvelle politique de soutien à domicile, mentionnés précédemment seront ici analysés. Les programmes-services PALV, s'ils font partie intégrante de cette nouvelle politique, n'ont pas bénéficié d'une publication à eux seuls et seront décortiqués de façon distincte pour faciliter leur compréhension.

« Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2003)

Concrètement, la nouvelle politique de soutien à domicile prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle ne constitue donc pas un nouveau champ de services, mais veut au contraire s'intégrer dans l'architecture des services existant déjà en santé et services sociaux. Les prétentions du Ministère sont cette fois de rajouter les critères d'efficacité, d'adaptabilité et d'interdépendance (avec les autres programmes et instances) aux services de soutien à domicile nouvellement pensés. Autre élément important, la Politique de soutien à domicile est fondée sur la reconnaissance des aidants naturels et de la famille proche. La vision du MSSS concernant la nouvelle politique de soutien à domicile recoupe plusieurs éléments. D'abord, selon les désirs des personnes concernées, le domicile devra toujours être le premier choix. Changement radical de mentalité puisque pendant de nombreuses années, les services de soutien à domicile ont longtemps été considérés comme une solution de rechange, un pis aller. Deuxième élément important, la priorité est mise sur le principe d'autodétermination des usagers dans les soins de santé à domicile et le respect de leur vie privée et de leurs valeurs. Également, et comme souligné précédemment, l'importance des aidants naturels est reconnue et doit être appuyée par un changement de vision à leur égard. Notamment, les proches soignants sont tout à la fois des usagers de services, mais aussi des partenaires dans l'administration des soins de santé au parent malade ou vivant une incapacité. Le quatrième élément de la vision nouvelle du gouvernement en regard de la nouvelle politique de soutien a domicile a trait à la mise en place d'une nouvelle philosophie d'action qui concerne d'abord les services à domicile proprement dits, puis les services gravitant autour du domicile (ex : Centre de jour, hôpital de jour) et enfin, les services à caractère plus sociétal tels les transports adaptés. Finalement, dans la vision du MSSS, le domicile devient un endroit neutre où nul ne peut retirer d'avantages financiers.

Plus spécifiquement, la nouvelle politique de maintien à domicile s'articule autour de trois orientations :

1. « Des services adaptés, un soutien personnalisé » : Il s'agit ici de simplifier, d'accélérer et de rendre plus équitable l'accès aux services de soutien à domicile, notamment par le biais des guichets d'accès, en mettant en place des critères d'admissibilité uniforme, de préciser la couverture publique et d'harmoniser les pratiques de tous les acteurs. Également, les différents services ou programmes mis en place devront suivre une logique de continuité et être bien coordonnés. À cette fin, la responsabilité clinique de l'administration des services et les mécanismes de transitions sont assignés au CLSC (aujourd'hui CSSS). Évidemment, tout cela ne pourrait se faire sans des mécanismes de communication qui devront toutefois être réévalués et, au besoin, améliorés. Enfin, cette première orientation veut assurer des services de qualité, notamment par la formation du personnel, par la participation des usagers aux mécanismes décisionnels, par le recours à une assurance-qualité et par des stratégies de recours simplifiées.

2. « Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités » : Considérant le fait que la nouvelle politique de soutien à domicile ne constitue pas un ajout de nouveaux services, mais plutôt une mise en réseau de ceux existant déjà, la responsabilité de la cohérence de ces services échoit aux agences de la santé et des services sociaux de chaque région. Le Ministère est certainement responsable de l'application régionale des orientations nationales et de l'administration des ressources, mais ce sont surtout les agences qui devront organiser et allouer les ressources disponibles. Les CSSS sont dès lors sous l'autorité des agences, mais responsables des programmes de soutien à domicile de leur territoire.

3. « Travailler ensemble collectivement : pour une stratégie nationale de soutien à domicile » : Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile au Québec, diverses mesures ont été mises en place. Le soutien à la personne est d'abord assuré par la simplification des processus administratifs et ensuite, par la diversification des logements adaptés. Également, les aidants naturels seront soutenus par diverses mesures concernant des domaines tout aussi divers que les congés sociaux, les prestations de l'État, les lois du travail, etc.

« Chez-soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004a)

Cette publication qui fait suite au document de 2003, constitue un « élément de mise en œuvre annoncée dans la Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004 :1) en apportant des précisions pour en faciliter l'implantation. En effet, plusieurs acteurs du réseau ayant soulevé certains problèmes reliés à la mise sur pied des services de soutien à domicile tels que préconisés par le MSSS, ce dernier s'est vu dans l'obligation d'apporter des explications supplémentaires pour en permettre une mise en œuvre harmonieuse. Les précisions apportées concernent les éléments suivants :

- l'admissibilité et l'accès aux services (notion de domicile, clientèle admise, accessibilité et gamme de services, couverture publique des services);
- l'évaluation et la gestion de l'accès aux services (évaluation des besoins, harmonisation des pratiques et outil d'évaluation multiclientèle);
- la coordination et la qualité des services de soutien à domicile;
- les systèmes d'information;
- les rôles et responsabilités des divers acteurs dans la prestation des services d'aide à domicile;
- l'arrimage entre le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), l'allocation directe et la politique de soutien à domicile;
- enfin, l'offre de services de soutien aux proches aidants.

« Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie – plan d'action 2005-2010 » (MSSS, 2005b)

Cette publication fait, dans un premier temps, un constat des services et programmes actuels pour les personnes âgées en perte d'autonomie et ensuite, un portrait de l'évolution du vieillissement de la population. À la lumière des informations apportées, deux options émergent. Continuer selon le modèle actuel, ce qui demanderait d'augmenter toujours plus le nombre de places en ressources institutionnalisées ou bien adapter et améliorer l'organisation des services pour répondre aux besoins futurs de la population vieillissante. Le MSSS, ayant choisi la deuxième option, poursuit deux grands objectifs. D'abord, améliorer l'accès aux services et soutenir les innovations en matière de diversification de logement et de services (programme préventif, soutien à la personne, soutien aux proches aidants) pour pouvoir offrir différentes options aux aînés en perte d'autonomie. Ensuite, le MSSS souhaite offrir des services à cette même catégorie de population, se basant sur de hauts critères de qualité et des pratiques régulées par le secteur public (mise en place de protocoles, formations pour les intervenants, processus de contrôle de qualité, processus de certification pour les ressources, recherche et transfert des connaissances).

« Le programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) » (MSSS, 2005b)

Le programme PALV regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie (et aux proches aidants) due majoritairement à l'âge. Entre dans cette catégorie toute personne répondant aux critères précédents et qui souffre soit de perte d'autonomie fonctionnelle, soit de problèmes cognitifs ou encore de maladies chroniques. L'intention du MSSS n'est pas ici de vouloir guérir les usagers, mais plutôt de compenser la détérioration de la qualité de vie, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer un environnement sécuritaire. Notons que selon le MSSS (2005a), l'âge ne peut être considéré comme un critère suffisant pour recevoir les services prévus dans le programme PALV. Une personne de moins de 65 ans, aux prises avec les mêmes problèmes peut avoir droit aux mêmes services qu'une personne âgée. Enfin, spécifions que les personnes hébergées en raison d'un problème autre que la perte d'autonomie (ex. déficience intellectuelle) ne peuvent faire partie de ce programme.

L'administration et la mise en place de l'architecture des services PALV, tel que précisé dans le document sur les services généraux en CSSS (MSSS, 2004b), est laissé à la discrétion des agences de chacune des régions du Québec qui, à leur tour, délèguent la mise sur pied et le fonctionnement aux différents CSSS du territoire. Ainsi, il est difficile de tracer un portrait global de la province en raison des disparités et spécificités régionales. C'est pourquoi nous avons choisi de produire des monographies de quatre CSSS distincts afin de dégager les convergences en regard de l'objet de la recherche, les effets de la reconfiguration sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

2. PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS LOCALES.

2.1 La région de Montréal

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) couvre le territoire de l'Île de Montréal qui comprend la Ville de Montréal et les villes liées (voir la carte). Ce territoire compte environ 1,9 million de citoyens. Les projections démographiques prévoient une croissance de 14,8 % principalement du fait de l'immigration internationale de sorte que la population devrait atteindre 2,1 millions en 2026.

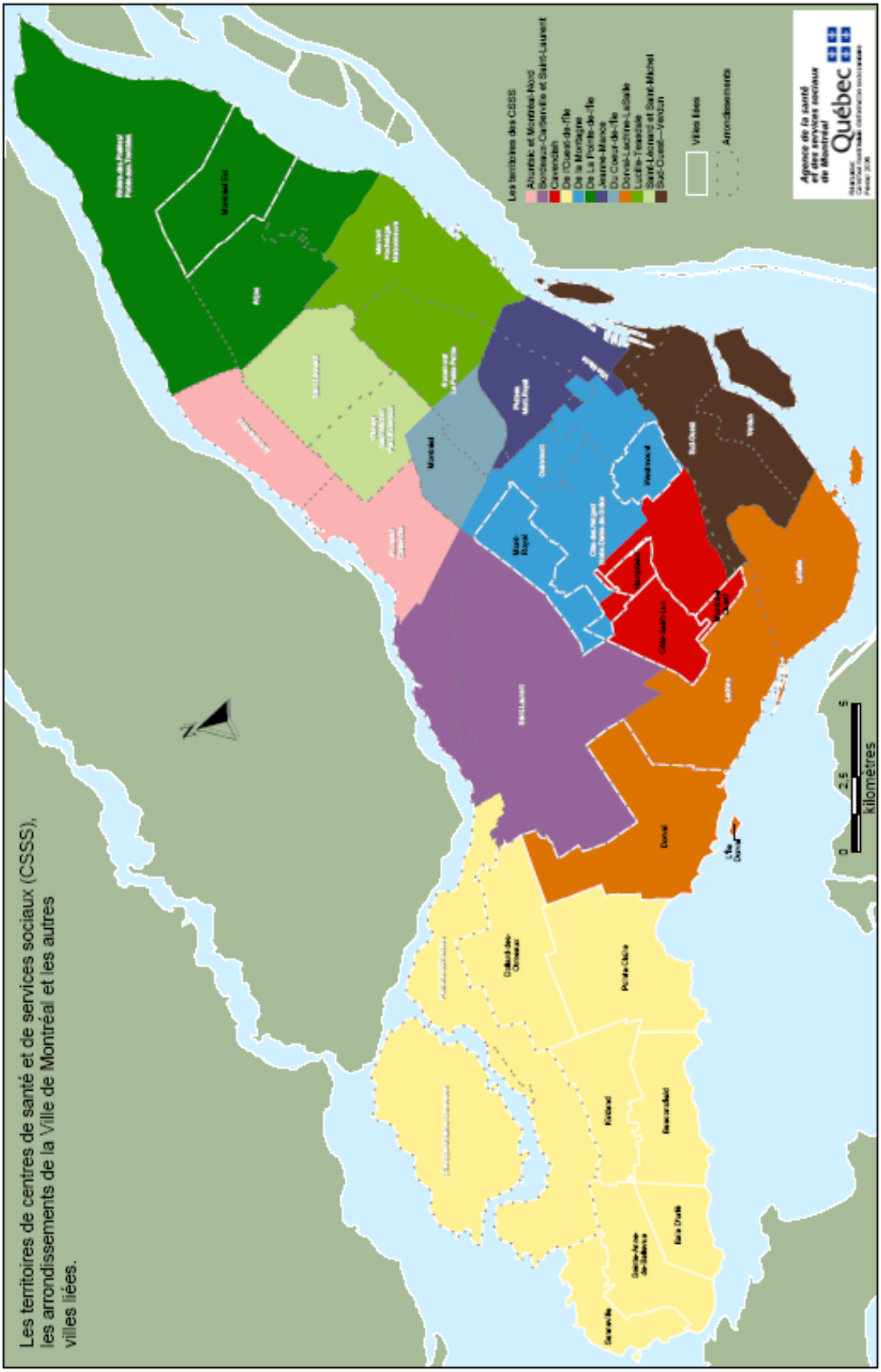
L'Agence de Montréal constate que l'état de santé des Montréalais s'améliore de façon notable, tout comme d'ailleurs, la situation économique dans la mesure où l'on constate à une baisse significative du nombre de personnes bénéficiant de l'assistance emploi ainsi que du taux de chômage (Direction de la santé publique de Montréal, 2003). Montréal demeure toutefois une des grandes villes canadiennes où l'on retrouve le plus haut taux de chômage. Considérant que les conditions socioéconomiques génèrent des écarts importants dans l'état de santé des populations, il faut noter que 29 % de la population montréalaise vivent sous le seuil de faible revenu comparativement à 19 % pour l'ensemble du Québec. Montréal est aussi la région au Québec qui accueille le plus d'immigrants : 28 % de la population montréalaise est immigrante alors que ce chiffre chute sous la barre des 10 % (9,8 %) pour l'ensemble du Québec (ASSSM, 2006a).

Situation spécifique des personnes âgées à Montréal

Les personnes âgées ont été des témoins privilégiés de l'amélioration des conditions de vie au cours de la seconde moitié du 20e siècle et ont bénéficié de l'amélioration de la qualité des soins de santé au Québec depuis la mise en place du réseau public lors de la Révolution tranquille. En effet, le constat général quant à leur santé offre un bon pronostic comme en témoigne l'augmentation constante de l'espérance de vie au cours des dernières décennies. Évidemment, la vie de cette tranche de la population est, plus que les autres, marquée par la maladie, la perte du conjoint et des amis et, donc, très souvent l'isolement (Lefebvre, 2003).

Selon des statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux, la population montréalaise à l'instar du reste du Québec, est plutôt vieillissante. De 2001 à 2026, la population des 65 ans et plus de Montréal passera de 278 000 à 439 000 personnes faisant passer leur proportion de 15 à 20,7 % À l'échelle québécoise, la tendance est la même, mais beaucoup plus prononcée passant de 965 000 Québécois de 65 ans et plus en 2001 à 1 974 000 en 2026 faisant passer leur proportion de 13 à 24,4 % (Québec, 2003). Même si elle affecte moins la région de Montréal-Centre que l'ensemble du Québec, cette tendance démographique demeure quand même une préoccupation majeure pour le réseau de la santé et des services sociaux montréalais.

Figure 3 – Les territoires des CSSS de l'Ile de Montréal



Les territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS), les arrondissements de la Ville de Montréal et les autres villes liées.

Composition du réseau sociosanitaire

À la suite de l'adoption en décembre 2003 du projet de loi 25, l'Agence de Montréal a proposé, au printemps 2004, un modèle d'organisation prévoyant la fusion de cinquante-quatre (54) établissements jusque-là autonomes, pour former douze (12) centres de santé et de services sociaux (CSSS) sur l'Île de Montréal. Les CSSS furent créés en juin 2004. S'ajoutent au réseau montréalais 85 autres établissements offrant des services spécialisés. La région montréalaise compte donc douze (12) des 95 CSSS que compte le Québec (Québec, 2006b; ASSSM, 2006a).

Le réseau local de services à Montréal se compose aussi de 400 cliniques et cabinets médicaux et onze (11) groupes de médecine familiale (GMF). C'est aussi sur le territoire montréalais que se trouvent de nombreux établissements de services ultraspécialisés souvent liés aux quatre grandes universités. Plus de 90 000 personnes œuvrent dans le réseau dont quelque 3 300 médecins spécialistes, 2 200 omnipraticiens, 22 000 infirmières, ainsi que 8 000 autres professionnels de la santé et des services sociaux. De nombreux organismes communautaires sont partenaires du réseau et subventionnés par l'Agence de Montréal. En 2006-2007 on en dénombre 600 sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal, qui se partagent un financement total de 88 M $, dont 72,3 M $ provenant du Programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (PSOC), soit une subvention moyenne de 122 500 $ (ASSSM, 2007), alors qu'à l'échelle du Québec le PSOC finance environ 3 170 organismes communautaires pour un montant total d'environ 315 M $, soit en moyenne 99 400 $.

Pour ce qui est des services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, Montréal était pourvue en 2005 de 14 325 des 41 467 lits d'hébergement et de soins de longue durée que compte le Québec, soit plus du tiers. À la même période, le taux d'hébergement pour la population montréalaise des 65 ans et plus était de 4,4 % (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30), alors qu'à l'échelle québécoise ce taux est de 3,6 % selon le Conseil des aînés du Québec. (Québec, 2005a : 30). Pour ce qui est des services de soutien à domicile, toujours en 2005, 42 951 Montréalais en perte d'autonomie recevaient des services de soutien à domicile (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006a : 39) comparativement à 155 133 pour le territoire québécois (Québec 2006b : 57).

Tableau 1 - Couverture de la région de Montréal comparée au reste du Québec : services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, 2005

	Taux de 75 ans et plus (R 2006)	Lits en CHSLD & % par rapport à l'ensemble du Québec	Taux d'hébergement	Personnes desservies / soutien à domicile	Nombre moyen d'intervention à domicile par personne
Montréal	29,1 %	14 325 (34,5 %)	4,4%	42 951 (27,7 %)	30,5
Le Québec	100 %	41 467	3,6 %	155 133	25,2

Source :ASSSM, 2006a : 39 ; Québec 2006b : 57

L'écart entre la demande et le nombre de lits à Montréal se situait en mars 2004 à 116 %. Ce qui fait dire à l'Agence de Montréal que « la région est difficilement en mesure de répondre à la demande pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. » (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 29). L'Agence de Montréal affirme compter sur son territoire 50 % de plus de personnes âgées de 85 ans et plus que dans le reste du Québec. Voici comment l'Agence résume les besoins montréalais en lits d'hébergement :

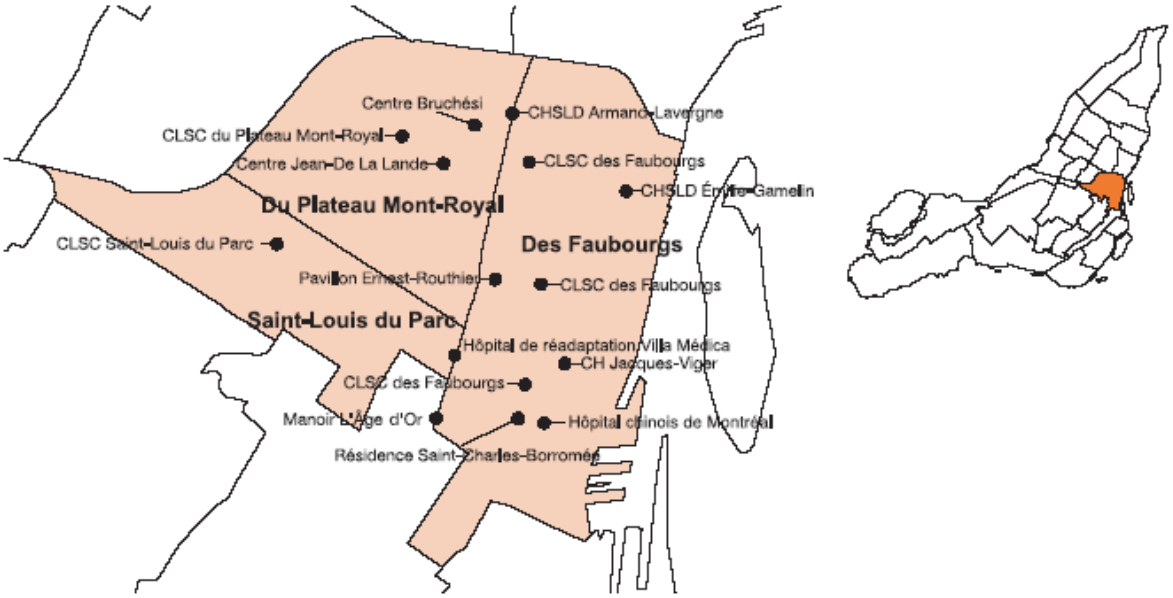
> « Si on additionne les places d'hébergement publiques et privées à but lucratif ou sans but lucratif occupées par des personnes de 65 ans et plus, alors Montréal a le même taux d'hébergement que le reste du Québec. Si on utilise le nombre de personnes de 75 ans et plus, alors le taux d'hébergement relatif à Montréal est inférieur de 10 % à ce qu'on observe dans l'ensemble du Québec. En s'intéressant uniquement aux personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec. » (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30)

2.2 Portrait du territoire desservi par le CSSS Jeanne-Mance

Le CSSS Jeanne-Mance est situé dans la partie Centre Sud de l'Île de Montréal et regroupe trois territoires de CLSC. Son territoire correspond au niveau municipal au quartier Centre Sud de l'arrondissement Ville-Marie et à l'arrondissement Plateau Mont-Royal.

Sa population est évaluée à 136 545 personnes en 2005, soit 7,5 % de la population de l'Île de Montréal, et on projette qu'elle atteindra 154 040 en 2021. L'accroissement de la population de moins de 15 ans est faible, mais il y a une forte croissance des personnes âgées de plus de 65 ans. D'ici 2011, on prévoit pour ce groupe une croissance de 10,6 %, ce qui demeure inférieur au taux de 11,3 % pour l'Île de Montréal.

Figure 4 – Carte du territoire



Le territoire du CSSS Jeanne-Mance est le plus densément peuplé de l'Île de Montréal, on y compte 9 450 habitants par km^2 contre une moyenne de 3 625 habitants par km^2 pour l'Île de Montréal. La population est très mobile, 25 % des habitants y ont emménagé récemment comparativement à 13 % pour la population de l'Île de Montréal. Les habitants sont aussi plus jeunes que la moyenne de l'Île de Montréal : 27 % ont entre 15 et 24 ans comparativement à 13,2 % pour l'Île de Montréal; ceci s'explique par une tendance à la hausse des moins de 15 ans sur le territoire du CLSC des Faubourgs.

Les indicateurs socio-économiques du tableau 2 font état des caractéristiques spécifiques du territoire en comparaison à la moyenne montréalaise. Les trois territoires de CLSC regroupés dans le CSSS possèdent des caractéristiques distinctes de telle sorte qu'il est important d'en relever quelques unes afin de saisir la diversité du territoire, notamment la présence de la communauté chinoise sur le territoire du CLSC des Faubourgs et le caractère multiethnique du territoire du CLSC Saint-Louis du Parc.

L'ensemble des indicateurs sociaux et sanitaires indiquent un écart net entre les territoires de CLSC, les Faubourgs présentant le profil le plus défavorisé. C'est d'ailleurs sur ce territoire que se trouve le quartier Ste-Marie, réputé le plus pauvre au Canada (CSSS Jeanne-Mance, 2006b : 18).

Tableau 2 : Données socio-économiques (2001), territoire du CSSS Jeanne-Mance

	CSSS Jeanne-Mance (136 545 habitants)	Île de Montréal (1 812 728 habitants)
Taux de chômage	9,5 % des Faubourgs 11,9 % Plateau Mont-Royal 8 % St-Louis-du-Parc 9,3 %	9,2 %
Prestataire de l'assistance-emploi	15,2 % des Faubourgs 24,7 % Plateau Mont-Royal 10,6 % St-Louis-du-Parc 10,3 %	12,8 %
Population de 20 ans et plus sans diplôme d'études secondaires	19,6 % des Faubourgs 26,1 % Plateau Mont-Royal 14,9 % St-Louis-du-Parc 18,8 %	26,5 %
Personnes vivant sous le seuil de faible revenu	36,1 % des Faubourgs 47,5 % Plateau Mont-Royal 27,9 % St-Louis-du-Parc 34,2 %	29 %
Familles monoparentales	43 % des Faubourgs 50 % Plateau Mont-Royal 45 % St-Louis-du-Parc 34 %	33 %
Personnes vivant seules	29 %	17 %

Population de 65 ans et plus	12 299 des Faubourgs 4 964 Plateau Mont-Royal 4 527 St-Louis-du-Parc 2 808	244 594
Proportion de personnes de 65 ans et plus habitant sur le territoire	11,1 % des Faubourgs 11,4 % Plateau Mont-Royal 8,7 % St-Louis-du-Parc 7,5 %	15,3 %
Personnes âgées de 65 et plus en ménage privé vivant seules	51,5 % des Faubourgs 55,5 % Plateau Mont-Royal 55,0 % St-Louis-du-Parc 39,0 %	36 %
Personnes âgées de 65 ans en ménage privé sous le seuil de faible revenu	47,5 % des Faubourgs 55,2 % Plateau Mont-Royal 44,6 % St-Louis-du-Parc 38,9 %	31 %

(Source : ADRLSSSS de Montréal, 2004a)

Tableau 3 : Indicateurs de l'état de santé (2001)

	Territoire du CSSS Jeanne-Mance	Île de Montréal
Espérance de vie chez les hommes	69,1 ans	74,8 ans
Espérance de vie chez les femmes	78,4 ans	81,1 ans
Espérance de vie en bonne santé	des Faubourgs 59,4 ans Plateau Mont-Royal 65,2 St-Louis-du-Parc 69 ans	69,6 ans
Décès par maladies chroniques, traumatismes non intentionnels et suicides	170 pour 100 000	117 pour 100 000

(Source : ADRLSSSS de Montréal, 2004a)

Tableau 4 : Nombre de personnes de 65 ans et plus selon les services reçus sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance en 2004-2005

Usagers différents recevant des services de soutien à domicile	3 141
Soins infirmiers à domicile	1 811
Aide à domicile	1 386
Services psychosociaux à domicile	1 421
Hospitalisations usagers de 75 ans et plus	2 231
Hébergés en soins de longue durée	1 413
Hébergés en ressources intermédiaires	54

(Source : CSSS Jeanne-Mance, 2006c)

La population de 75 ans et plus représente 5,2 % de la population du territoire du CSSS Jeanne-Mance alors que pour l'ensemble du Québec, ce taux s'établit à 3,9 %. Les projections démographiques laissent entrevoir une croissance importante de la population âgée au cours des prochaines années, ce qui risque d'entraîner un accroissement de la clientèle cible du programme personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) :

> « Il s'agit de personnes qui présentent des incapacités persistantes, que ce soit au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychique. Cette clientèle peut présenter plusieurs pathologies concomitantes et des problématiques d'ordre psychosocial diverses (deuil récent, isolement, problèmes économiques, etc.) qui sont autant de facteurs de vulnérabilité. […]
> « Les femmes sont encore plus vulnérables car, à 65 ans, 45 % d'entre elles vivent seules et, en plus, après 75 ans, près de la moitié vivent sous le seuil de faible revenu. »
> (CSSS Jeanne-Mance, 2006b : 4)

Le territoire du CSSS Jeanne-Mance bénéficie en outre d'une présence importante d'organismes communautaires travaillant sur des problématiques diverses liées aux communautés présentes sur le territoire. On dénombre sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance plus de 106 organismes communautaires, soit 22,6 % des 470 financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) de l'Agence de Montréal.

Tableau 5 : Organismes communautaires par catégorie financés par le PSOC, 2007

	Île de Montréal	CSSS Jeanne-Mance
Alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances	13	5
Assistance, accompagnement	2	0
Autres ressources, jeunesse	54	14
Autres ressources, femmes	5	4
Autres ressources, hommes	6	3
Cancer	2	0
Centre d'aide, lutte contre les agressions sexuelles	2	0
Centre de femmes	26	4
Communautés culturelles	33	3
Concertation et consultation générale	5	3
Déficience intellectuelle	19	3
Déficience physique	24	4
Maintien à domicile	74	9
Maison d'hébergement communautaire jeunesse	16	4
Maison pour hommes en difficulté	4	2
Maison de jeunes	29	3
Organismes de justice alternative	2	0
Orientation et identité sexuelle	3	2
Personnes démunies	48	16
Santé mentale	81	15
Santé physique	5	1
Troubles envahissants du développement	2	1
VIH/SIDA	15	10
TOTAL	470	106

(Source : ASSSM, 2007a)

3. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS JEANNE-MANCE

3.1 La démarche de consultation

Avant même l'adoption du projet de loi 25 par l'Assemblée nationale du Québec, débutait le processus de consultation. En effet, dès le 10 novembre et ce jusqu'à la fin de la session parlementaire de l'automne 2003, les dirigeants du réseau de la santé de Montréal s'affairaient à définir le processus de consultation. Pour ce faire, deux comités de travail ont été formés : le comité sur la formation des instances locales et le comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés (voir tableau 6).

Tableau 6 : Calendrier du processus de consultation quant à la formation des nouvelles instances locales du territoire de l'Île de Montréal, 2003-2004

Étape	Date	Activités / Acteurs impliqués
1. Définition du processus de consultation	10 nov. au 18 déc. 2003	*Comité sur la formation des instances locales (composé de :* Regroupement des CLSC ; Regroupement des CHSLD; Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec; Département régional de médecine générale (DRMG) *Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés (Composé de :* Regroupement des CLSC; Regroupement des CHSLD; Conférence régionale de l'AHQ de Montréal; centre hospitalier de réadaptation; centre de réadaptation en déficience intellectuelle; centre de réadaptation en déficience physique; centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie; centres jeunesse; RUIS de l'Université McGill; RUIS l'Université de Montréal; établissements privés; département régional de médecine générale; commission médicale régionale; commission multidisciplinaire régionale; commission infirmière régionale; ACCÉSSS; Comité régional d'accès aux services en langue anglaise.
2. Préconsultation	6 janv. au 27 fév 2004	- Comité sur la formation des instances locales - Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés - Présidents et directeurs généraux des établissements - Représentants du milieu médical montréalais - Forum de la population - Comité de direction de la Ville de Montréal - Commissions scolaires - Regroupements régionaux d'organismes communautaires - Représentants régionaux des syndicats. - RUIS de l'Université de Montréal et McGill
3. Consultation publique	27 fév au 9 avril 2004	- Audiences publiques régionales - Assemblées publiques - Avis écrits - Forums thématiques sur invitation (informatisation des réseaux locaux, PPALV, jeunes en difficulté de 0-17 ans) - Forum des comités d'usagers - Table ronde des partenaires régionaux
4. Adoption de la recommandation	9 au 30 avril 2004	- Les deux comités consultatifs - Conseil d'administration de l'Agence

(Source : ADRLSSSS de Montréal, 2004b)

À la suite de sa création le 30 janvier 2004, l'Agence de Montréal a tenu des rencontres sous-régionales afin de préparer la consultation sur une proposition de réorganisation des services de santé et des services sociaux à Montréal. C'est vingt jours seulement après la création de l'Agence, soit le 20 février 2004, que la proposition fût publiée et dès le 27 février débutaient les activités de consultation publique qui se sont échelonnées jusqu'au 6 avril 2004. Durant cette période plusieurs journées d'audience, des assemblées publiques de quartier, une table ronde de partenaires, des forums thématiques et des rencontres bilatérales ont été tenues (ADRLSSSS de Montréal, 2004b). En tout, un peu plus de 2 000 personnes ont participé à l'une ou l'autre de ces activités et près de 200 avis écrits ont été déposés lors d'audiences publiques. La quatrième et dernière étape s'est terminée le 30 avril 2004, selon les prescriptions du ministre de la Santé et des Services sociaux, et consistait en l'adoption des recommandations par le conseil d'administration de l'Agence après consultation des deux comités. (ADRLSSSS de Montréal, 2004b).

3.2 Le scénario proposé par l'Agence de Montréal

Lors de la consultation, les différents acteurs impliqués et intéressés ont été invités à exprimer leur point de vue sur le découpage territorial; l'inclusion des hôpitaux dans les instances locales; la contribution des organismes communautaires; la formation des conseils d'administration des futurs CSSS; le financement des ressources humaines et informationnelles (ADRLSSSS de Montréal, 2004c). Dans son *Document d'appui* de février 2004, l'Agence proposait que l'Île de Montréal soit subdivisée en douze (12) territoires. Les installations situées sur ces territoires seraient fusionnées pour former un seul et même établissement sous la direction d'un directeur général et d'un seul et même conseil d'administration. Ces instances locales formeraient les « centres de santé et de services sociaux » (CSSS). L'Agence proposait que chaque CSSS soit composé des CLSC, des CHSLD et idéalement d'un centre hospitalier du territoire. Il faut toutefois mentionner que l'inclusion des centres hospitaliers dans les instances locales n'a pas semblé faire l'unanimité lors de la préconsultation de janvier/février 2004. En effet, dans ce même *Document d'appui*, l'Agence de Montréal mentionne que :

> « Les regroupements des CLSC et des CHSLD proposent les mêmes douze territoires pour l'organisation des réseaux locaux de services. Selon cette vision, chaque réseau comprendrait différents partenaires, dont l'instance locale issue de la fusion des CLSC et des CHSLD du territoire, les cliniques privées, les centres hospitaliers, les organismes communautaires et les résidences privées situées sur le territoire desservi par le réseau. Cependant, ils recommandent qu'aucun hôpital ne soit intégré dans les centres de santé et de services sociaux. Ils concluent qu'à Montréal, en raison de l'accroissement des bassins de desserte et des habitudes de la population, il serait trop complexe de le faire, peu importe le territoire » (ADRLSSSS de Montréal, 2004c : 15).

Dans les douze instances locales proposées par l'Agence, cinq ne comprenaient pas de centre hospitalier. C'est le cas du CSSS Jeanne Mance qui est lié par contrat au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). (ADRLSSSS de Montréal, février 2004).

Selon la proposition de l'Agence de Montréal, dès la première année, les douze CSSS de Montréal seraient dotés d'un centre médical associé (CMA) afin d'offrir des services médicaux avec et sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 7 jours sur 7. De plus, dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services (RLS), les nouvelles instances locales coordonneraient des partenariats avec les hôpitaux spécialisés et surspécialisés, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées. (ADRLSSSS de Montréal, 2004c)

3.3 Les réactions des acteurs

Afin de présenter un portrait fidèle des résultats de la consultation publique, nous avons fait le choix de présenter les réactions des différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, et cela, en trois temps c'est-à-dire : les réactions générales; les réactions des organismes communautaires, celle des organisateurs et organisatrices communautaires, celles des services psychosociaux et finalement les réactions des populations des territoires de CLSC.

Réactions générales

Si de façon générale les participants à la consultation publique ont accueilli favorablement les objectifs généraux d'intégration des services, plusieurs se sont montrés en désaccord avec les moyens prescrits par la Loi 25. Certains ont sévèrement critiqué ce qu'ils ont appelé la « fusion forcée des établissements », ainsi que le découpage territorial qui aurait dû s'harmoniser davantage avec « des découpages déjà existants – ceux de la ville, des commissions scolaires, des centres de réadaptation, des Centres jeunesse de la DPJ, etc. » (ADRLSSSS de Montréal, 2004b : 9)

La proposition d'inclure les hôpitaux dans les futurs CSSS a aussi suscité énormément d'appréhensions. Plusieurs ont affirmé craindre que le déficit des hôpitaux ne soit refilé aux autres établissements fusionnés. Les craintes ont aussi porté sur l'appréhension que les hôpitaux grugent les acquis en matière de prévention au profit du curatif. (Ibid : 9)

La gouverne des instances locales a aussi soulevé beaucoup de questions. Plusieurs ont critiqué le fait que le premier conseil d'administration soit nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux et aussi qu'aucun citoyen du territoire ne puisse s'y faire élire. Tout cela contribue, selon l'avis de plusieurs, à créer un « déficit de participation démocratique ». (Ibid :10)

Réactions des organismes communautaires

D'après ce qu'affirme l'Agence de Montréal dans son Rapport de consultation, les organismes communautaires ont été très actifs et aussi très critiques au cours de la consultation : « Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires semblent être ceux qui appréhendent le plus négativement la réforme de la santé à Montréal. » (Ibid, :10). L'Agence note aussi que « les groupes communautaires semblent être ceux qui appréhendent le plus négativement la formation des réseaux de santé à Montréal. Les craintes ont été formulées à maintes reprises et par plusieurs groupes et regroupements d'organismes communautaires dans les avis écrits reçus à l'Agence. » (ADRLSSSS de Montréal, 2004b : 42). C'est d'abord le

respect de l'autonomie des organismes communautaires qui a soulevé des craintes, selon le rapport de consultation, puisqu'on appréhendait une approche utilitariste des organismes communautaires par l'Agence :

> « Les groupes redoutent que la réforme amène le milieu à les voir comme des "producteurs de services qui relèvent de la responsabilité sociale de l'État" et que leurs missions se noient dans les grandes structures. Ils affirment qu'il est important d'être conscient que les groupes communautaires autonomes "sont nés de la volonté populaire" et qu'ils "sont redevables à leurs membres et non aux réseaux locaux de services". Ils ont peur de perdre les liens et le sentiment d'appartenance qui les unissent à leur communauté. » (Ibid, : 43)

Sur la question du financement, les propositions de l'Agence font craindre le pire aux organismes communautaires qui ont vu dans le principe du financement par ententes de services le risque que plusieurs organismes s'éloignent de leur mission :

> « Les groupes rejettent le mode de financement des établissements selon l'approche populationnelle-programme et craignent, sans refuser d'y participer, les ententes de services. Ils ne souhaitent ni être contraints de s'ajuster à ces programmes pour obtenir leur financement ni être amenés à "sous-traiter » " par les ententes de services. » (Ibid, : 43)

Une des particularités des organismes communautaires vient du fait que ceux-ci proposent un regard et un mode d'intervention de proximité en regard de leur communauté. En ce sens, plusieurs ont dit craindre, dont certains établissements, que la taille des instances locales contribue à entraîner les organismes communautaires loin d'une approche communautaire de proximité.

> « Aussi, plusieurs établissements redoutent qu'avec l'inclusion des hôpitaux, la grande taille des regroupements et le trop grand nombre d'employés qui en résulterait, les centres de santé et de services sociaux ne puissent garder une vision locale dans leurs interventions. On craint d'ailleurs que les organismes communautaires résistent à former des partenariats avec ces trop grosses instances. » (Ibid : 28)

Durant cette période de consultation les organismes communautaires ont affirmé vivre dans un climat d'incertitude face à cette réforme et déploré « le manque de clarté quant aux orientations que prendra le ministère de la Santé et des Services sociaux après la période de transition de deux ans vers les réseaux locaux » (Ibid, :11)

Somme toute, le projet de loi 25 et son implantation sur le territoire de l'Île de Montréal n'a pas fait pas l'unanimité au sein du mouvement communautaire comme en témoigne ce passage recueilli dans le rapport de consultation de l'Agence de Montréal :

> « Plusieurs citoyens et organisations ont profité des consultations publiques pour s'inscrire en faux contre l'implantation pure et simple du projet de loi 25. Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), comme plusieurs autres, appuie sa position sur le fait que la consultation ne permette pas à l'ensemble de la population et des organismes de se prononcer et qu'elle n'aborde pas les enjeux majeurs de la réforme. On rejette aussi le projet de loi 25 puisqu'il n'émane

pas d'un processus démocratique, d'une demande provenant de la population et du milieu de la santé. » (Ibid : 22)

Organisateurs communautaires et intervenants sociaux

Les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) ont soulevé lors des audiences publiques que leur mandat d'organisation communautaire devait être préservé tel qu'il était avant la réforme. Pour plusieurs c'est une condition de réussite de la réforme. Ils ont été appuyés en cela par les groupes communautaires car, pour plusieurs de ces organismes, les OC sont essentiels pour défendre « le volet communautaire ». (Ibid)

Des craintes ont été soulevées lors de la consultation en regard de la pratique d'intervention psychosociale. En effet, plusieurs ont perçu cette réforme comme un recul de l'approche préventive au profit du curatif, les services psychosociaux étant une composante essentielle de l'approche préventive. En effet, selon la commission scolaire de Montréal:

« Les objectifs présentés dans le cadre de la présente organisation des services de santé et de services sociaux […] semblent répondre principalement de façon curative aux problèmes de santé et psychosociaux. L'aspect de la prévention, qui nous apparaît primordial dans l'amélioration du bien-être physique et mental de la population à moyen et à long terme, ne transparaît pas comme une priorité d'intervention dans cette proposition. Somme toute, nous craignons que la prévention passe au second plan au profit de l'approche curative. » (Ibid : 31)

Comme le souligne l'Agence dans son *Rapport de consultation* (2004), une grande part des commentaires et interrogations concernait les questions de prévention et de soutien à domicile. Les différents intervenants à la consultation se questionnent à propos des orientations qu'entend prendre la nouvelle instance en regard de ces deux aspects. (Ibid : 79)

Réactions quant aux territoires de CLSC

En ce qui a trait à la découpe du territoire de cette future instance locale, les participants aux audiences publiques ont indiqué préférer une fusion des territoires couverts par le CLSC Métro et celui des Faubourgs, ce qui correspond au territoire de l'arrondissement Ville-Marie. Pour d'autres, il suffirait d'ajouter le territoire du CLSC Métro à la nouvelle instance locale. En effet, il semblerait qu'il y ait un sentiment d'appartenance envers le CLSC Métro, et le fait de ne pas l'inclure dans le territoire de la nouvelle instance locale priverait beaucoup de citoyens de leur CLSC d'appartenance. (Ibid: 26)

Pour ce qui est des hôpitaux, même si l'instance locale proposée par l'Agence ne comporte pas d'hôpital, le dossier du déménagement du CHUM soulève quelques inquiétudes. En effet, plusieurs personnes ont dit craindre de perdre le pavillon Notre-Dame du CHUM situé dans le quartier des Faubourgs. (Ibid: 93)

Il est à noter que l'Hôpital chinois, qui est en fait un CHSLD, a revendiqué un statut particulier afin de ne pas être inclus dans la nouvelle instance locale tel que le prévoyait la proposition de l'Agence de Montréal. On a fait valoir la spécificité de la clientèle et la mission « suprarégionale » de l'établissement (Ibid : 31).

Enfin, des personnes ont déploré le manque de transparence et la trop grande rapidité avec laquelle s'est faite la démarche d'implantation de la réforme du système de santé et de services

sociaux. Des employés ont eu l'impression de ne pas avoir été entendus. Selon eux, la fusion des établissements et installations ne fera que « grossir la structure et alourdir le système », sans compter les craintes de voir le secteur privé prendre de plus en plus de place dans le système de santé. (Ibid : 96). D'autres ont aussi souligné la perte de pouvoir qu'ils ressentent au regard de la nomination par le ministre des membres du conseil d'administration du nouveau CSSS.

3.4 Scénario retenu

En dépit de toutes ces réserves, les recommandations qui ont suivi la consultation publique se retrouvent à l'intérieur des balises définies par l'Agence. (ADRLSSSS de Montréal Centre, 2004e)

Pour ce qui est du découpage territorial, l'Agence a maintenu sa proposition de douze territoires en dépit des nombreuses revendications en faveur d'une harmonisation des territoires de CSSS avec ceux d'autres instances comme les commissions scolaires et les arrondissements de la Ville de Montréal. L'Agence a plutôt maintenu et amélioré les mécanismes de concertation intersectorielle en donnant à la Ville de Montréal et ses arrondissements, aux commissions scolaires et aux universités une représentation à son conseil d'administration, ainsi qu'à ceux des nouvelles instances locales. (Ibid : 25)

Le CSSS Jeanne-Mance n'inclut pas d'installation hospitalière mais, tenant compte des habitudes de la population du territoire, bénéficiera d'une desserte conjointe du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill. À cet égard, Notre-Dame a été désigné comme centre médical associé (CMA) conformément aux recommandations de l'Agence. (Ibid). La demande de l'Hôpital chinois de ne pas faire partie de l'établissement fusionné a été respectée.

À la suite des nombreuses craintes exprimées par les intervenants à la consultation publique, l'Agence recommande que la réalisation des plans d'action locale (PAL) en santé publique soit une priorité. Pour y arriver, un cadre supérieur par CSSS doit être désigné afin de coordonner la mise en place du PAL. Quant aux ressources du programme santé publique elles ne peuvent être transférées vers le programme santé physique, toutefois l'inverse est possible.

En ce qui a trait aux relations avec les organismes communautaires, il a été recommandé de maintenir l'approche de financement prescrite par la politique gouvernementale en matière d'action communautaire. L'Agence recommande aussi que soit augmenté le budget de financement des entreprises d'économie sociale.

4. DESCRIPTION DU CSSS JEANNE-MANCE

4.1 Les établissements regroupés

C'est en juillet 2004 qu'est formé le CSSS Jeanne-Mance issu du regroupement de trois (3) CLSC (des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc) et de cinq (5) centres d'hébergement de soins de longue durée (Centre hospitalier Jacques-Viger, Centre-Ville de Montréal, Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne et du Plateau Mont-Royal). Deux (2) établissements y sont associés, soit l'Hôpital de réadaptation Villa Medica et l'Hôpital chinois de Montréal.

Le nom du CSSS Jeanne-Mance fut choisi parmi plusieurs options proposées lors d'un concours mené auprès des employés. Le CSSS intègre donc la mission des CLSC d'offrir des services de santé et des services sociaux de première ligne et des CHSLD qui hébergent sur une base permanente ou temporaire des adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement des personnes âgées nécessitant suffisamment d'heures de soins pour devoir quitter leur milieu de vie naturel. Le CSSS Jeanne-Mance est l'un des six centres de santé, sur près d'une centaine au Québec, qui a le statut de centre affilié universitaire, ce qui lui confère une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. En s'associant à un centre hospitalier universitaire, soit le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le CSSS Jeanne-Mance participe à la formation de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux ou à des activités de recherche. Puisqu'il n'y a aucun hôpital regroupé au sein du CSSS, une entente de services formelle est établie avec le CHUM en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés.

4.2 Caractéristiques du CSSS en 2006-2007

Avec un budget annuel de plus de 163,6 millions de dollars (2006-2007), le CSSS Jeanne-Mance exploite 1 486 lits d'hébergement de longue durée. Pour leur part, les établissements associés exploitent 128 lits d'hébergement. Finalement, on retrouve 74 places en ressources de type familial (RTF) et en ressources intermédiaires (RI) ainsi que 185 lits de réadaptation de santé physique sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance (CSSS Jeanne-Mance, 2008a).

Tableau 7 : Profil des ressources humaines par catégorie d'emploi, CSSS Jeanne-Mance

Catégorie d'emploi	Nombre de personnes
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires *Infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, etc.*	713
Personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers *Aide en alimentation, auxiliaire social et familial, peintre, etc.*	1 501
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration *Secrétaire, commis, technicien en administration, technicien en documentation, etc.*	301
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux *Archiviste médical, travailleur social, récréologue, ergothérapeute, etc.*	391

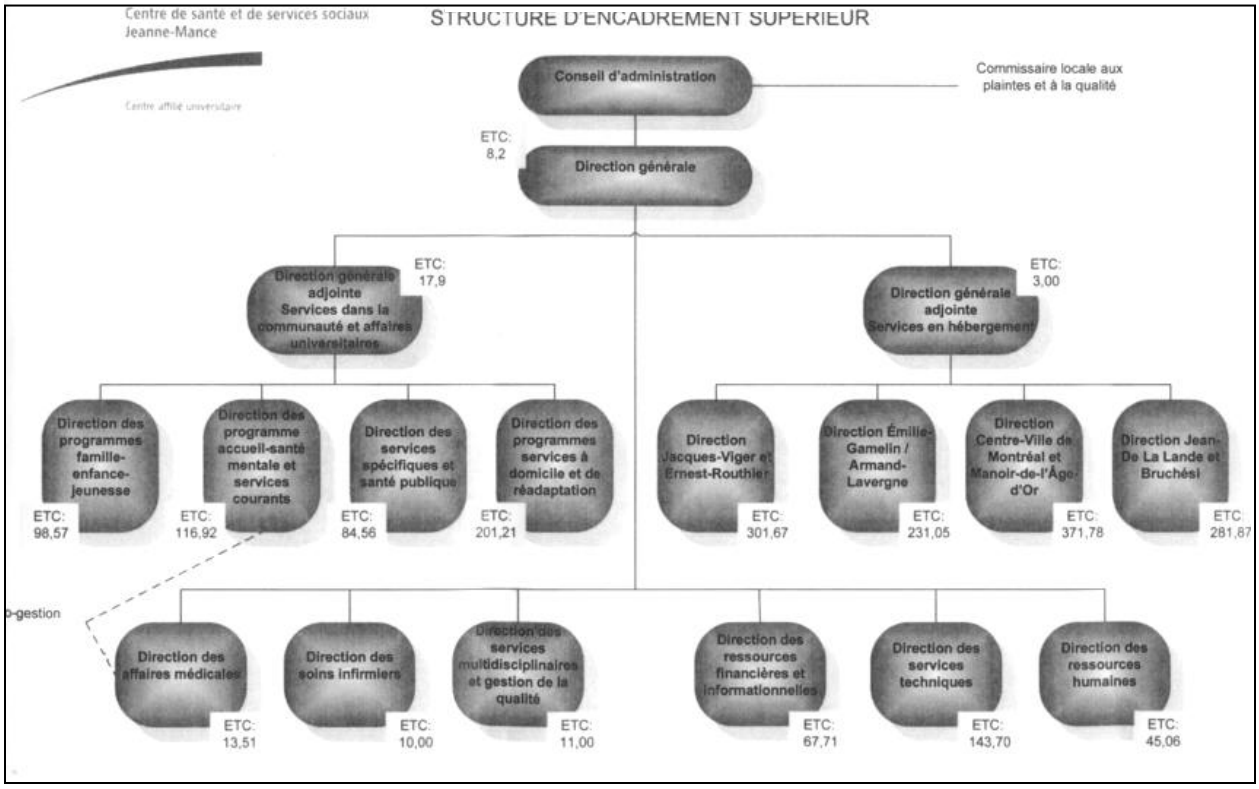
Effectifs médicaux	100
Personnel d'encadrement	150
TOTAL	3 156

(Source : CSSS Jeanne-Mance, 2007a)

4.3 Structure interne et positionnement du Programme PALV

La structure organisationnelle du CSSS Jeanne Mance est composé de deux instances principales, le conseil d'administration dont les pouvoirs et la mission sont déterminés par la Loi sur la santé et les services sociaux (LRQ, chapitre S-4.2) et le comité de régie qui s'occupe des affaires courantes conformément aux décisions du conseil d'administration.

Figure 5 – Organigramme du CSSS Jeanne-Mance



Composé de vingt (20) membres, le conseil d'administration est l'instance suprême de l'établissement. Il décide des orientations et des priorités pour répondre adéquatement aux besoins de la population desservie en vertu de la responsabilité populationnelle de l'établissement et en fonction des ressources octroyées par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Plusieurs comités relèvent du conseil d'administration dont, entre autres, le comité administratif, le comité de vérification, le comité d'évaluation du rendement de la direction générale et le comité d'éthique, etc. Des comités consultatifs prévus par la loi et redevables à la direction et au conseil d'administration favorisent la participation du personnel (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers, etc.) et des usagers (comités des résidents, comités des usagers). La

gestion courante de l'établissement est assumée par le comité de direction qui regroupe la direction générale et les cadres supérieurs.

Le programme PALV relève de deux directions, soit la Direction générale adjointe – Services en hébergement et, pour les services offerts à l'extérieur des installations du CSSS, la Direction des Programmes de services à domicile et de réadaptation, relevant de la Direction générale adjointe – Services dans la communauté et affaires universitaires. Les services d'hébergement comptent 1 186 employés en équivalent temps complet tandis que les services dans la communauté en comptent 501 dont 40 % travaillent dans les services à domicile et la réadaptation.

Le CSSS Jeanne Mance bénéficie aussi du soutien de la Fondation CSSS Jeanne-Mance. En juillet 2005, les fondations du Centre hospitalier Jacques-Viger, du CLSC des Faubourgs, des CHSLD du Plateau Mont-Royal, du CHSLD Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne et de la Résidence Saint-Charles-Borromée ont uni leurs forces pour créer la Fondation CSSS Jeanne-Mance. Ayant statut d'organisme de bienfaisance, la Fondation sollicite des dons afin d'appuyer l'établissement dans ses programmes d'hébergement et ses services à la communauté ainsi que les activités de recherche. La Fondation CSSS Jeanne-Mance détient un des vingt sièges au conseil d'administration.

5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

5.1 Orientations régionales quant aux relations avec les organismes communautaires

L'adoption en 2001 de la politique gouvernementale en matière d'action communautaire (Québec, 2001), a permis de faire un grand pas vers la reconnaissance de l'action communautaire et jeté les bases de nouvelles possibilités de partenariat entre l'État québécois et les organismes communautaires. Le ministre de la Santé et des Services sociaux confiait aux agences régionales lors de leur création en 2004, plusieurs responsabilités dont la « fonction de coordination et de mise en place des services de santé et des services sociaux dans sa région notamment en matière d'attribution des subventions aux organismes communautaires ». (ASSSM, 2006c: 2). Ces responsabilités régionales de l'Agence sont complémentaires de celles des CSSS dont les projets cliniques doivent identifier les besoins de la population, l'offre de services requise ainsi que « les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau » (ASSSM, 2006b :11), les organismes communautaires faisant effectivement partie de ces partenaires.

En janvier 2006 l'Agence de Montréal a publié un cadre de référence régional qui définit les principes du partenariat entre l'Agence, les CSSS et les organismes communautaires. (ASSSM, 2006b). Il s'ouvre sur la volonté réaffirmée d'appliquer la politique gouvernementale de l'action communautaire. Il précise la fonction de coordination de l'Agence en matière d'attribution des subventions aux organismes communautaires et exprime sa volonté de respecter l'autonomie des organismes communautaires. (ASSSM, 2006b).

Le cadre de référence de Montréal énonce les responsabilités légales de toutes les parties, les critères de reconnaissance des organismes communautaires et décrit les trois modes de financement : à la mission globale dans le cadre du PSOC réservé aux organismes communautaires autonomes; par ententes de services et par projets ponctuels. Il souligne aussi l'importance de l'engagement des établissements publics à créer des mécanismes favorisant le partenariat (information, consultation, concertation), ainsi qu'à respecter la définition territoriale propre à chacun des organismes communautaires partenaires. Afin d'assurer le suivi dans l'application de ce cadre de référence, l'Agence de Montréal a prévu mettre en place un comité régional qui assure la liaison avec le milieu communautaire. Ce comité est composé de représentants de l'Agence, des CSSS, de la Direction de santé publique et des regroupements d'organismes communautaires. (ASSSM, 2006b :18)

L'énoncé de principes directeurs et de valeurs du cadre de référence régional affirme la volonté de l'Agence de Montréal, d'y intégrer :

« 1. Les balises de l'intervention et des relations partenariales de la Direction de santé publique avec les organismes communautaires.

« 2. L'élaboration d'un cadre général de financement ayant pour objectif d'identifier les modalités d'allocation de toute enveloppe budgétaire.

« 3. L'élaboration d'un modèle de base d'entente de services à être annexé au cadre de référence régional incluant la question des frais administratifs.

« 4. L'élaboration de paramètres de base pour le financement de projets ponctuels.

« 5. La mise en place d'un mécanisme de gestion des litiges.

« 6. Les modalités d'interaction (information, communication et consultation) de l'Agence avec les regroupements régionaux du secteur de la santé et des services sociaux et avec les regroupements transférés vers d'autres ministères.

« 7. L'opérationnalisation par l'Agence du principe du respect du rayonnement géographique propre aux organismes communautaires, indépendamment des territoires des CSSS.

« 8. Les modalités à convenir pour respecter les pratiques communautaires en matière de gestion de renseignements personnels, modalités liant l'Agence incluant la Direction de santé publique, les CSSS et les autres catégories d'établissements, et ce, dans la perspective de garantir la confidentialité des renseignements personnels et de respecter le consentement des personnes. » (ASSSM, 2006b :33)

La question du financement des organismes communautaires

Le financement à la mission globale prévoit que des subventions continues pourront être accordées lorsqu'un organisme communautaire autonome répond à certains critères d'admissibilité et lorsque ses activités s'inscrivent dans le cadre de l'un des neuf programmes-services : dépendances; santé physique; santé mentale; déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; déficience physique; perte d'autonomie liée au vieillissement; jeunes en difficulté; santé publique; services généraux.

Le cadre de référence prévoit aussi pour les organismes communautaires du financement ponctuel et par ententes de services. Dans ce dernier cas, l'Agence et les CSSS reconnaissent la contribution d'organismes communautaires à la mise en œuvre de leur projet clinique et leur attribuent un financement sur des bases contractuelles. Comme le précise l'Agence : « Cette collaboration doit être réalisée en tenant compte de l'autonomie des organismes communautaires dans un contexte de coopération mutuelle libre et volontaire. » (ASSSM, 2006b : 30)

Le cadre de référence régional définit les principes du financement, il ne comporte pas de cadre de financement qui balise l'attribution des subventions aux organismes communautaires. Par exemple, il ne traite pas des montants de base attribués aux différentes catégories d'organismes, ni d'un nombre minimum d'employés requis pour assurer un fonctionnement de base, non plus que la question du rayonnement des organismes au-delà d'un territoire de CSSS ou d'Agence et du financement qui devrait s'y rattacher, etc. En janvier 2006, l'Agence de Montréal affirmait qu'un cadre général de financement devait éventuellement être élaboré. (ASSSM, 2006b).

Toutefois, comme l'affirme le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) « L'Agence s'est déjà engagée à élaborer un cadre de financement avec les représentants du mouvement communautaire montréalais d'ici juin 2007, mais a reporté jusqu'à maintenant l'amorce de ses travaux » (RIOCM, 2007). C'est donc en l'absence d'un cadre de financement général que les organismes communautaires se voient invités à prendre part aux travaux d'élaboration des projets cliniques.

Conformément aux principes de la politique québécoise de reconnaissance de l'action communautaire, l'Agence de Montréal reconnaît l'autonomie et l'apport des organismes communautaires en santé et services sociaux. Mais cela ne se traduit pas en retombées financières. Le RIOCM, en date du 19 juin 2007, déplorait que « des centaines d'organismes communautaires montréalais, pourtant accrédités par l'Agence, sont toujours sous-financés, ce qui se répercute négativement sur le soutien aux populations démunies de Montréal et sur les conditions de travail des milliers de travailleuses et travailleurs des organismes communautaires ». (RIOCM, 2007) La mise en place des réseaux locaux de services et l'élaboration du projet clinique pourrait représenter une occasion de créer et renforcer des partenariats publics/communautaires. Toutefois, les organismes communautaires prennent actuellement part à ces travaux sans le soutien d'un cadre de financement.

5.2 Orientations du CSSS quant à ses relations avec les organismes communautaires

Le CSSS Jeanne Mance ne possède pas de cadre de référence ou de directives précises en ce qui concerne les rapports avec les organismes communautaires. Cependant, il est possible en regardant de près les différents liens entretenus, écrits et autres, de comprendre de quelle façon le CSSS Jeanne-Mance entrevoit le partenariat avec les différents acteurs présents sur son territoire. à la suite de l'adoption de la loi modifiant la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le CSSS Jeanne-Mance a pris la décision de travailler de manière intégrée avec les différents partenaires du territoire afin d'améliorer les taux de santé et de bien-être de la population. Ce projet englobe donc les intervenants, les médecins, le personnel et les cadres du CSSS mais aussi les partenaires communautaires du réseau local.

Le 16 septembre 2005, la direction générale du CSSS Jeanne-Mance convoqua tous les partenaires du réseau à une rencontre ayant pour but de présenter le profil populationnel, les enjeux propres et le portrait du territoire. À la suite de cette rencontre, douze (12) tables de concertation furent constituées afin de nourrir la réflexion nécessaire à l'élaboration du projet clinique exigé par l'Agence.

La démarche de la table concernant le programme-clientèle personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) montre bien les rapports du CSSS avec le milieu communautaire. Trois (3) des quinze (15) sièges de cette table furent réservés à des organismes communautaires œuvrant avec la population âgée : le Regroupement des organismes pour aînés des Faubourgs, l'Alliance 3e âge et la Fédération de l'âge d'or du Québec (Île de Montréal). Les

représentants ont participé à l'élaboration du projet clinique pour le programme PALV. La démarche a été similaire aux tables de concertation sur les autres volets du projet clinique du CSSS.

Au terme du processus, le CSSS Jeanne-Mance a tenu deux réunions avec ses partenaires de la communauté les 4 et 6 avril 2006 « afin de pouvoir échanger avec le plus grand nombre possible d'entre eux et d'entendre leur point de vue sur leur rôle attendu dans la mise en place du réseau local ». Plus de 500 invitations ont été postées et une centaine de partenaires dont une soixantaine d'organismes communautaires, ont manifesté un intérêt en participant à ces rencontres. Les autres participants provenaient des établissements à vocation régionale (17 %), des cliniques médicales et pharmacies (2 %) et d'organismes publics et privés (18 %). Les commentaires recueillis ont servi à nourrir la réflexion sur les modalités de collaborations futures avec les partenaires pour assurer une offre de service intégrée à la population du territoire et aux clientèles particulières. Selon la direction, il s'agit en effet d'une composante importante d'une démarche de réflexion visant à se donner une vision et une façon de faire propre au CSSS Jeanne-Mance. (CSSS Jeanne-Mance, 2006d)

Les conclusions de ces rencontres telles que rapportées dans un rapport de la direction générale jettent les bases des rapports que le CSSS entend établir avec les partenaires de son milieu. Elles sont organisées autour de cinq énoncés assez engageants sur les tables de concertation, les territoires, l'information, l'action politique et les rapports de partenariat :

> « De façon unanime, les participants s'entendaient pour dire que le projet d'organisation clinique est un outil pour développer et animer le réseau local. Ils ont aussi mentionné l'importance de travailler en collaboration avec les tables de concertation, de refléter la présence multisectorielle et de reconnaître l'apport et les compétences des divers partenaires ainsi que les modes de prestation des services qu'ils ont développés.
>
> « De plus les partenaires ont invité le CSSS à considérer les différences significatives entre les quartiers se retrouvant sur son territoire et [à] en tenir compte dans l'animation du réseau local.
>
> « Les communications au sens large sont ressorties comme un enjeu important pour améliorer collectivement la santé et le bien-être de la population. À cet effet, les participants souhaiteraient connaître l'offre de service globale du territoire et avoir accès à des outils (bottin des ressources, etc.) pour faciliter la prise en charge de la clientèle et intervenir de façon globale.
>
> « Comme la population du CSSS Jeanne-Mance est en moins bonne santé que celle de l'ensemble de l'Île de Montréal, les participants désirent intensifier les actions à l'égard des priorités en matière de développement social, de santé et de bien-être. À cet effet, un engagement concerté et une intervention politique du CSSS seraient souhaitables pour réduire les inégalités sociales et assurer le développement économique du territoire.

> « Les rapports avec les partenaires ainsi que le rôle et les responsabilités du CSSS ont été énoncés comme des éléments à définir pour le maintien et le développement de collaborations qui marquent les rapports avec les partenaires du milieu. La volonté du CSSS est de poursuivre ses actions en vue de bâtir un partenariat solide et efficace. Pour ce faire, le CSSS entamera dès cet automne une réflexion sur les conditions favorables à l'exercice d'un partenariat fondé sur la confiance et le respect mutuel en vue d'énoncer les fondements sur lesquels il s'appuiera pour élaborer une relation de partenariat. » (CSSS Jeanne-Mance, 2006d : 4)

5.3 Politique concernant la pratique de l'organisation communautaire

Le CSSS Jeanne-Mance regroupe les services d'organisation communautaire de trois CLSC en une seule équipe. Il y a actuellement un processus de définition d'un cadre de référence commun à toute l'équipe d'organisation communautaire. La démarche s'inspire d'initiatives semblables dans les CSSS de Montréal et elle est soutenue par le titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. Elle devrait fournir aux OC et à la direction du CSSS des outils à la fois de référence et de planification pour l'organisation communautaire dans le cadre de la mise en œuvre d'une approche populationnelle.

5.4 Nombre d'organisateurs communautaires et rattachement administratif

Tous les OC ont été regroupés sous la responsabilité d'une ajointe à la direction générale et constituent donc une équipe professionnelle. Toutefois les OC auparavant rattachés aux services à domicile sont installés au même endroit qu'auparavant et continuent, comme avant le regroupement des CLSC, à intervenir sur le même territoire et dans les mêmes dossiers. Le principal changement survenu jusqu'à maintenant est le déplacement du poste occupé par l'organisateur communautaire du CLSC Saint-Louis-du-Parc au moment où celui-ci a pris sa retraite. La suite de ses dossiers concernant les personnes âgées en perte d'autonomie a été confiée à l'OC du CLSC du Plateau dont le territoire est maintenant désigné comme « le Grand Plateau ».

6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Selon le MSSS, le Québec doit se préparer à une augmentation importante des besoins de la population âgée au même moment où il doit faire face à une augmentation des dépenses en matière de santé alors que les revenus de l'État ralentissent (MSSS, 2005b). Le ministère propose donc un meilleur équilibre dans le partage des responsabilités en regard du vieillissement ce qui se traduit, entre autres, par la clarification de l'offre de services publics, la collecte d'informations pertinentes et une offre de services permettant aux aînés, comme beaucoup le souhaitent, de demeurer chez eux dans des conditions favorables. Le CSSS Jeanne-Mance s'est donc donné comme enjeu de son projet d'organisation clinique de « Revoir les services aux personnes âgées. Développer des ressources alternatives et renforcer les services de soutien à domicile de façon à leur permettre de rester le plus longtemps possible à la maison. » (CSSS Jeanne-Mance, 2006a : 22)

6.1 Orientations régionales relatives au PALV

L'Agence de Montréal a élaboré des balises régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Au printemps 2004, le service aux personnes en perte d'autonomie a produit le document : « Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – Balises régionales ». Ce document a fait l'objet d'une consultation publique lors d'un forum tenu en avril 2004. Il s'appuie sur les « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie » qui précisent que les réseaux de services intégrés

> « incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissements, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation de service plutôt qu'un type de services » (MSSS, 2004a).

Un tel mode d'organisation de services exige que l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, se perçoive et agisse comme un tout, chaque élément étant responsable et solidaire de la réponse combinée aux besoins des clientèles visées avec ses moyens respectifs. Ainsi, l'Agence régionale de santé et de services sociaux de Montréal, pour faire suite à l'entente de gestion établie avec le MSSS, a précisé pour la région de Montréal des enjeux, des choix stratégiques et des mesures structurantes pour la période 2005-2010. Nous présentons la version qu'en donne le CSSS Jeanne-Mance :

Enjeux-régionaux

- La diminution du taux d'hébergement en CHSLD et le rehaussement des critères d'admission à plus de 2,5 heures de soins ;
- Le développement d'alternatives à l'hébergement institutionnel, telles que des ressources contractuelles et du soutien intensif à domicile ;

- L'instauration d'un guichet unique dont les fonctions sont, entre autres, d'informer, d'accueillir, d'évaluer, d'orienter, de référer ;
- L'accès à un gestionnaire de cas, pour la clientèle la plus fragilisée, qui voit à accompagner la personne, à élaborer, coordonner et assurer le suivi de son plan de services, incluant le support aux proches aidants ;
- La conclusion d'ententes ou l'établissement de corridors par le CSSS avec un certain nombre de partenaires afin d'assurer la complémentarité des services et faciliter le cheminement de l'usager ;
- Accroître le nombre total des places d'hébergement en transformant les ressources actuelles de façon à augmenter les ressources de soutien à domicile, les places en résidences avec services (ressources intermédiaires, ressources de type familial, ressources alternatives), tout en diminuant le recours à l'hébergement en institution ;
- Diminuer le nombre de places en institution tout en augmentant l'intensité des services dans les établissements en mesure d'offrir des milieux de vie de qualité ;
- Supporter de façon tangible les familles et les proches aidants dans une approche de partenariats et d'*empowerment* ;
- Accroître l'intensité et l'efficacité des activités de prévention des maladies chroniques et des chutes dans la population ;
- Développer au bénéfice des personnes vulnérables un continuum d'interventions intégrées ;
- Réviser le processus d'admission de façon à ce qu'il continue de façon optimale à assurer l'accessibilité aux services dans une perspective de responsabilité populationnelle et d'intégration des services.

Choix stratégiques 2005-2010

Consolidation de la gamme de services : Favoriser le maintien de la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement dans la communauté et, conséquemment, reconnaître le rôle des proches aidants et leur besoin en terme de soutien ;

Intégration et efficacité du continuum de services : Garantir l'accès et la continuité des services en assurant une prise en charge et un suivi à la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement, à sa famille et à ses proches.

Mesures structurantes

- La création d'un centre montréalais virtuel d'expertise sur les maladies chroniques ainsi que 12 centres d'éducation à la santé dans chacun des CSSS ;
- La mise en place, dans chaque CSSS, d'un réseau de services intégrés et de ses composantes : guichet unique, fonction de gestion de cas, outils d'évaluation multiclientèle (OÉMC), outil de détection des personnes vulnérables, PSI et implantation des ISO-SMAF ;
- L'offre d'une gamme de services diversifiée et adaptée aux besoins en évolution des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, principalement dans le déploiement de solutions centrées sur l'adéquation du milieu de vie;

- Le développement de la gamme de services pour les proches aidants.

(CSSS Jeanne-Mance, 2006b : 4-5)

Parmi l'ensemble de ces orientations, celle qui a le plus d'impact concerne la diminution des places d'hébergement institutionnel. Puisque que le MSSS a établi comme objectif, d'ici 2010, un taux d'hébergement institutionnel de 3,5 lits par 1000 personnes âgée de 65 ans et plus, l'Agence de Montréal prévoit que le parc de lits d'hébergement de Montréal devra être réduit de 2 147 lits. Du même souffle, l'Agence souligne pourtant qu'en considérant uniquement les personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30).

6.2 Volume des services aux personnes âgées avant et après la création du CSSS

Les données antérieures au regroupement des établissements montrent des volumes de services proportionnels à la population aînée du territoire de CLSC : le CLSC des Faubourgs qui compte 43 % de la population de 65 ans et plus, dispense 41 % de l'aide à domicile et 53 % des services psychosociaux à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA); le CLSC Plateau Mont-Royal dispense 36 % de l'aide à domicile et 29 % des services psychosociaux PAPA pour une population aînée équivalent à 35 % de celle du territoire regroupé.

Tableau 8 A – Volume des services à domicile dans les CLSC en 2002-2003

	CLSC des Faubourgs		CLSC Plateau Mont-Royal		CLSC St-Louis-du-Parc		Regroupement CSSS	
	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions
Soins infirmiers à domicile	1 337	19 782	1 118	15 137	692	9 089	3 147	44 008
Aide à domicile	635	45 594	526	39 900	295	24 820	1 456	110 314
Services psycho-soc à dom PAPA	635	6 997	639	3 882	400	2 311	1 674	13 190
Services psycho-soc à dom -autres	112	274	217	990	123	522	452	1 786
Ergo et physio à domicile	551	6 124	476	2 032	341	3 351	1 368	11 507

(Source : ADRLSSSS de Montréal, 2004aa : 8-10)

Tableau 8 B : Volume d'activité des services à domicile - CSSS Jeanne-Mance, 2003-2007

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Nombre usagers	Nombre interventions	Nombre usagers	Nombre interventions	Nombre usagers	Nombre interventions	Nombre usagers	Nombre interventions
S. inf. à domicile	3 374	46 086	3 593	47 457	3 479	48 049	3 414	46 300
Aide à domicile	1 560	110 767	1 678	115 768	1 496	111 413	1 497	119 719
Psycho à domicile	1 879	15 598	1 829	16 279	1 828	15 387	1 876	14 633
Nutrition à domicile	n.d.	n.d.	172	795	177	759	190	693
Ergo à	n.d.	n.d.	1 169	8 720	1 162	8 359	1 108	6 091

domicile								
Physio à domicile	n.d.	n.d.	472	2 748	443	3 067	527	3 524

(Source : CSSS Jeanne-Mance, 2007b)

Les données fournies par le CSSS Jeanne-Mance que présente le tableau 8B, nous permettent de constater que le volume des soins infirmiers à domicile qui était en croissance de 2002 à 2006, est revenu en 2007 au volume qu'il avait en 2002-2003 (46 086 comparativement à 46 300 en 2006-2007), tandis que le nombre total d'usagers progressait de 3 147 à 3 414. Ces services sont prodigués à toute personne souffrant d'une incapacité temporaire ou persistante, qui doit être soignée en partie ou en totalité à son domicile. L'aide à domicile qui s'adresse à toute personne qui souffre d'une incapacité temporaire ou persistante et qui a besoin de soutien dans certaines tâches liées notamment à l'hygiène et à la préparation des repas, a connu un processus inverse puisque le nombre d'usagers est resté stable alors que le nombre d'interventions a augmenté.

Ces tendances donnent à considérer que, depuis la création du CSSS, les services à domiciles à la population aînée ont reçu davantage d'investissement puisque les usagers des soins à domicile, toutes catégories d'âge confondues, reçoivent en 2006-2007 moins d'interventions, alors que les usagers de l'aide à domicile, majoritairement des PAPA, en reçoivent davantage. En ce qui concerne les services psychosociaux à domicile offerts aux PAPA, le nombre d'usagers est stable alors que le nombre d'interventions diminue, ce qui indique la même tendance qu'en soins infirmiers soit une diminution du nombre moyen d'interventions par usager. Quant aux services de nutrition, d'ergothérapie et de physiothérapie à domicile les données montrent une relative stabilité.

Il semble donc qu'en ce qui concerne le volume des interventions en soutien à domicile auprès de la clientèle PALV, le regroupement n'ait pas modifié substantiellement la situation. Du côté des lits dressés en hébergement de longue durée, leur nombre s'élevait à 1 486 en juillet 2004 et à 1 434 selon le rapport annuel 2006-2007, une réduction nette de 52 lits. La principale évolution en hébergement est l'implantation du concept milieu de vie dans les huit centres d'hébergement du CSSS (priorité 2006-2007).

6.3 Structure des services aux PPALV sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance

Le CSSS Jeanne-Mance offre une large gamme de services dans le cadre du programme PALV. En plus des services d'hébergement, le CSSS offre des services de santé à domicile tels les services médicaux, les soins infirmiers, les services de nutrition, les services d'ergothérapie et les services de physiothérapie. Les principaux services de soutien social offerts par le CSSS pour les personnes âgées sont l'aide à domicile et les services psychosociaux.

L'aide à domicile est disponible sept jours par semaine et ce, 24 heures par jour. La clientèle PAPA visée par ce programme a besoin de soutien pour effectuer des activités de la vie quotidienne et compte sur des proches aidants. Les services du CSSS ne sauraient suppléer à ce soutien des proches et sont donc limités. Environ 77 auxiliaires familiales assurent ces services.

Les services psychosociaux à domicile sont disponibles en semaine. La clientèle visée par ce programme est constituée par les PAPA ou les proches aidants présentant des besoins psychosociaux divers. Les interventions consistent à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social : réinsertion sociale, adaptation au changement de milieu de vie, utilisation des ressources dans la communauté, prévention des problèmes de santé mentale, dépistage et prévention des situations de négligence et d'abus. Les interventions individuelles ou en groupe comprennent des activités d'évaluation, de conseil, d'enseignement et de suivi. Environ 20 agents de relations humaines (ARH) et un technicien en assistance sociale assurent ce service.

En plus des lits d'hébergement du CSSS Jeanne-Mance, il existe sur le territoire cinq résidences privées pour les personnes âgées totalisant 358 places. On y retrouve également neuf organismes de logement sans but lucratif destinés aux personnes âgées pour un total de 111 unités, ainsi que 19 habitations à loyer modique (environ 1 000 unités) destinées aux personnes de 60 ans et plus, pour un total d'environ 1 469 logements.

Par ailleurs, l'offre de services des organismes communautaires œuvrant sur le territoire est importante et diversifiée. On compte neuf (9) organismes communautaires dédiés spécifiquement au maintien à domicile, selon les catégories de l'Agence régionale, ayant pignon sur rue sur le territoire du CSSS Jeanne Mance. La plupart de ces organismes sont regroupés dans deux instances de concertation selon leur quartier d'appartenance soit le Regroupement des organismes pour aînés des Faubourgs et Alliance 3e âge pour les territoires du Plateau Mont-Royal et St-Louis du Parc.

7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

7.1 Orientations régionales ou cadre de référence sur les projets clinique et RLS

La nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux (LRQ S-4.2) précise que les CSSS doivent se doter d'un projet organisationnel et clinique appelé à jouer un rôle central dans l'élaboration du réseau local de service. Pour chacun des neuf programmes-services, les CSSS doivent mobiliser l'ensemble des producteurs de services qu'ils soient publics, communautaires, d'économie sociale ou privés de leur territoire. Ces partenaires sont appelés à définir, avec le CSSS, les besoins de la population, les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être, les services requis pour satisfaire aux besoins, ainsi que les modes d'organisation et les contributions attendues des partenaires.

De plus, les réseaux locaux de services et les projets cliniques doivent s'appuyer sur deux principes directeurs : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (MSSS, 2004). En vertu de responsabilité populationnelle le CSSS et ses partenaires doivent maintenir et améliorer l'état de santé et le bien-être de la population de leur territoire. Ils doivent donc offrir une gamme de services généraux et spécialisés adaptés aux besoins de la population et les coordonner sur le territoire. Ils doivent aussi intervenir dans les milieux de vie, en amont de problèmes de santé et des problèmes sociaux, afin d'endiguer les facteurs précurseurs de la maladie.

Le principe de la hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne par des mécanismes de référence entre les producteurs de services. Le CSSS a la responsabilité de créer, avec les partenaires de son territoire, les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseaux des services, notamment les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien. Le CSSS a aussi la responsabilité de garantir à sa population, par le biais d'ententes, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'Agence régionale ainsi que l'accès à des services surspécialisés. Pour le MSSS (2004), les projets cliniques doivent organiser la livraison des services pour lesquels les CSSS reçoivent leur financement lequel passe graduellement d'un mode historique à un mode populationnel fondé sur des indicateurs relatifs aux besoins et aux montants disponibles.

L'Agence régionale de la santé et des services sociaux a soutenu et animé la démarche de réalisation des projets cliniques des CSSS montréalais et en a assuré la coordination avec les partenaires régionaux et suprarégionaux. Elle a, entre autres, fourni les portraits des populations de chacun des CSSS et déterminé des orientations régionales dans chacun des neuf programme-services, dont le PALV (voir point 6.1 ci-dessus).

7.2 Principales démarches suivies localement

7.2.1 Phases I et II de la démarche d'élaboration du projet clinique

Le 16 septembre 2005, la direction générale du CSSS Jeanne-Mance lançait le début des travaux d'élaboration du projet clinique et organisationnel. Au cours d'une rencontre publique, tous les partenaires du réseau, communautaires et intersectoriels, étaient conviés à une présentation du profil populationnel, des enjeux propres au territoire, du portrait de l'organisation des services au sein du CSSS des grands objectifs inhérents au projet clinique et de la démarche d'élaboration du projet clinique. Douze tables ont été constituées dont neuf selon les différents programmes clientèle et trois tables pour les directions de soutien administratif.

La table PALV était constituée de quinze personnes qui ont contribué par leur expertise et leurs connaissances à dégager des cibles prioritaires. On y retrouvait deux membres associés à la direction générale (services multidisciplinaires et hébergement), quatre professionnels (infirmière de liaison, travailleuse sociale, chef de programme, direction de services à la clientèle) de divers établissements, deux personnes de ressources spécialisées (CHUM et Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants), une représentante d'un comité de résidents, trois personnes des regroupements d'organismes communautaires et une personne de l'Office municipal d'habitation (OMH) de Montréal. Ce comité de travail s'est réuni à huit (8) occasions entre le 28 septembre 2005 et le 11 janvier 2006. Des travaux ont été réalisés entre les sessions de travail par les participants de façon individuelle et par le biais de sous-groupes de travail pour approfondir certaines dimensions plus spécialisées ou spécifiques de l'offre de service. Le comité a fait appel à des personnes extérieures au comité pour compléter l'expertise ou pour témoigner de leur expérience à titre d'utilisateurs des services. Chacun des partenaires présents au tour de la table a fait la présentation de l'offre de service de l'organisation ou de l'organisme qu'il représentait. Cette démarche visait à dresser le profil et les besoins de la population des personnes âgées du territoire du CSSS Jeanne-Mance, à faire le bilan des ressources et programmes disponibles, à cibler les écarts entre les besoins identifiés et les ressources, à préciser la contribution attendue des différents partenaires ainsi que des mécanismes de concertation requis et enfin à proposer au comité d'orientation du CSSS Jeanne-Mance, les cibles prioritaires afin d'assurer une meilleure intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement du territoire.

Les enjeux propres au CSSS Jeanne-Mance

En plus des priorités nationales et régionales, le CSSS Jeanne-Mance a retenu trois grands enjeux pour son territoire :

> « Enjeu 1 – Agir en amont des problèmes de santé et des problèmes sociaux […]
>
> « Enjeu 2 – Adapter et développer les soins et les services à l'intention des clientèles vulnérables et des clientèles particulières […]

« Enjeu 3 – Améliorer la qualité des soins et des services sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance. » (CSSS Jeanne-Mance, 2006a : 21-23)

Le premier enjeu comporte une précision quant à la volonté du CSSS de « mettre en place des stratégies d'information et de prévention pour [que les personnes âgées de 25 à 55 ans] puissent vieillir en santé » (Idem : 21). Au niveau de l'adaptation des services, l'énoncé du second enjeu précise que l'on veut « Revoir les services aux personnes âgées. Développer des ressources alternatives et renforcer les services de soutien à domicile de façon à leur permettre de rester plus longtemps à la maison. » (Idem : 22). Quant à l'amélioration des soins, on précise au troisième enjeu l'intention de « Se donner une vision commune de l'approche milieu de vie et l'implanter dans tous les centres d'hébergement du CSSS Jeanne-Mance. » (Idem : 23)

Les cibles 2007 pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

La Table a identifié cinq cibles prioritaires (CSSS Jeanne-Mance, 2006b : 24-25) :

« Ajuster l'offre de services au niveau de la prévention et du dépistage.

- Développer et appliquer des outils communs de dépistage des clientèles à risque ou en perte d'autonomie;
- Effectuer un dépistage précoce à partir des urgences des hôpitaux, les unités autres que de courte durée gériatrique, des cliniques privées, des pharmacies communautaires, des organismes communautaires, des services courants et des services de soutien à domicile;
- Définir une clientèle cible pour laquelle nous devons effectuer du dépistage, attribuer un gestionnaire de cas et élaborer un plan de services individualisés.
- Appliquer le programme national de santé publique de prévention des chutes.

« Garantir à la clientèle âgée, peu importe le lieu de résidence, un continuum de soins et des services intégrés.

- Développer en priorité le **guichet unique** pour une clientèle cible;
- Réaliser la coordination par l'entremise d'un **gestionnaire de cas** prioritairement pour la clientèle cible;
- Standardiser l'évaluation des besoins psychosociaux par l'utilisation de **l'outil d'évaluation multiples clientèles (OÉMC)**;
- Élaborer pour une clientèle cible un **plan de services individualisés** ;
- Augmenter l'accessibilité aux services à domicile en nutrition clinique et renforcer l'accès aux services alimentaires dans la communauté.

« Intensifier les mécanismes d'information et de liaison entre les partenaires impliqués dans la prestation des services aux personnes âgées.

- Harmoniser l'informatisation des données clientèles;
- Mettre en place des équipes interdisciplinaires et inter-établissements;
- Mettre en place une table de concertation permanente personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement au CSSS Jeanne-Mance pour assurer la continuité des services et le suivi des travaux du projet clinique.

« Développer la gamme des services aux proches aidants

- Évaluer les besoins et rendre disponibles les services aux proches aidants prioritairement pour une clientèle cible.

« Diversifier et adapter les services d'hébergement dans la communauté aux besoins évolutifs de la personne âgée et optimiser l'utilisation des lits en soins de longue durée

- Élargir la gamme des ressources d'hébergement en développant des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel en mesure d'accueillir des clientèles entre une et trois heures/soins;
- Revoir les critères d'admissibilité à l'hébergement temporaire;
- Développer des lits en soins palliatifs;
- Donner accès aux médecins en centres d'hébergement à des consultations en gériatrie, aux différents spécialistes et aux services d'hospitalisation;
- Poursuivre l'implantation de l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement. »

Les cibles 2007

Au terme des travaux de l'automne 2005, les douze groupes de travail avaient fixé 161 cibles pour le projet d'organisation clinique du CSSS Jeanne-Mance (CSSS Jeanne-Mance, 2006a). Une priorisation s'imposait et deux cibles par programme ont été retenues pour l'année 2006-2007. Le comité de direction du CSSS a d'abord examiné l'ensemble des fiches synthèse des tables de travail et constaté que plusieurs d'entre elles étaient davantage de l'ordre des moyens, alors que d'autres pouvaient être regroupées. Les cibles retenues devaient être incontournables en regard des objectifs d'accessibilité des services et de continuité des soins au cœur de la réforme. Les membres de la table PALV ont été mis à contribution pour hiérarchiser et déterminer les deux cibles retenues :

« Implanter certaines composantes du continuum de soins et de services intégrés à l'intention de la population âgée du territoire
Exemples de composantes à implanter : le guichet unique, la standardisation de l'évaluation des besoins biopsychosociaux par l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle, le plan de services individualisé, l'harmonisation des données clientèle, l'implantation de l'approche milieu de vie dans l'ensemble des centres d'hébergement du CSSS.

« Augmenter le dépistage de la clientèle à risque ou en perte d'autonomie dans le territoire et ajuster l'offre de service du réseau local en fonction des besoins.
Pour atteindre cette cible, le CSSS doit rehausser son offre de service relative à la prévention, le but étant de maintenir l'autonomie des personnes le plus longtemps possible. De plus, il établira des liens avec les urgences du CHUM pour augmenter le dépistage de ces clientèles. »

7.2.2 La phase III de la démarche d'élaboration du projet clinique

Pour la suite, le CSSS a décidé de conserver la structure des tables de travail et d'élargir le nombre de participants à la phase III (CSSS Jeanne-Mance, 2007c). Les porteurs de dossiers ont sollicité les cadres, les cliniciens, les médecins, les professionnels et le personnel du CSSS pour qu'ils participent à l'élaboration des plans de travail pour chacune des cibles. Ces plans

comprennent les objectifs, les actions à déployer, les résultats à atteindre, les partenaires devant être associés à la démarche et identifient les personnes responsables. Les membres des tables de travail, dont la table PALV, ont ensuite élaboré ou validé les plans de travail pour 2007, et évalué les résultats en fonction des cibles à atteindre. Ainsi, la phase III fut complétée avec un bilan des cibles atteintes et de celles en cours de réalisation. La section qui suit présente les résultats pour les deux cibles du programme PALV.

« Implanter certaines composantes du continuum de soins et de services intégrés à l'intention de la population âgée du territoire :

« Réalisé ou en cours

- Réaliser deux chartes de vie et d'hébergement.
- Former les chefs d'unité et d'activités sur le milieu de vie, ainsi que les intervenants sur l'approche optimale lors de soins d'hygiène.
- Élaborer la définition de « milieu de vie », les balises pour les activités de la vie quotidienne, ainsi que créer des comités locaux.
- Implanter une unité pilote dans chaque établissement.

« Actions à faire

- Implanter le logiciel E-SMAF [système de mesure de l'autonomie fonctionnelle].
- Déterminer les clientèles du soutien à domicile jugées prioritaires, en fonction de leur profil ISO-SMAF et leur assigner un gestionnaire de cas.
- Étendre le « milieu de vie » pour l'ensemble des unités des centres d'hébergement Armand-Lavergne, Émilie-Gamelin et Manoir-de l'Âge d'or.

« Augmenter le dépistage de la clientèle à risque ou en perte d'autonomie dans le territoire et ajuster l'offre de service du réseau local en fonction des besoins

« Actions réalisées ou en cours

- Développer un projet d'infirmière réseau à l'hôpital Notre-Dame et l'hôpital Hôtel-Dieu.
- Dispenser le programme PIED auprès de la population âgée du territoire – 60 personnes rejointes.

« Action à faire

- Déposer un rapport à l'Agence pour obtenir un budget récurrent à l'hôpital Hôtel-Dieu.

CONCLUSION

La présente monographie sur les effets de la création du CSSS sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, se situe dans un projet de recherche couvrant quatre territoire de CSSS, dans deux régions différentes, soient les CSSS Jeanne-Mance et Verdun—Sud-Ouest pour la région de Montréal, ainsi que les CSSS Cléophas-Claveau et Chicoutimi pour le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Ce projet de recherche qualitative s'effectue en deux étapes.

La première étape, dans laquelle se situe d'ailleurs la présente monographie, consistait à décrire, à partir de documents existants, les processus de création du nouvel établissement de santé et services sociaux et d'élaboration des projets cliniques pour le programme PALV, dans chacun des CSSS à l'étude. La seconde étape consiste en une série d'entrevues individuelles qui permettront de documenter le point de vue des acteurs concernés par les trois volets de la *recherche (les pratiques partenariales, psychosociales et d'organisation communautaire*). Pour chacun des cas étudiés, des entrevues individuelles semi-dirigées sont conduites avec des représentants des quatre CSSS actifs dans les programmes PALV à des niveaux hiérarchiques différents (directeur général, cadres supérieur et intermédiaire, chargés de projet clinique au plan local, travailleuses sociales et organisateurs communautaires), ainsi qu'avec des représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale. Le résultat des analyses des entrevues, croisé avec les sources documentaires résumées dans les monographies des CSSS, feront l'objet d'une seule et même publication, ce qui permettra d'assurer la confidentialité des participants dans chacun des quatre CSSS.

BIBLIOGRAPHIE

ADRLSSSS de Montréal (2004a). *Portrait de la population, Centre de santé et de services sociaux des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc*, Trousse d'information, novembre, 28 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004aa). *Portrait du Centre de santé et de services sociaux des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc*, Trousse d'information, novembre, 28 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004aaa). *L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal, Centre de santé et de services sociaux des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc*, Trousse d'information, novembre, 9 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004b). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Rapport de consultation*, Montréal, 109 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004c). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document d'appui,* Montréal, 85 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004d). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document de consultation*, Montréal, 16 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2004e), *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Recommandations*, Montréal, 16 pages.

[3] ADRLSSSS de Montréal (février 2004), *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document d'appui (à la consultation),* Montréal, 89 pages.

ADRLSSSS de Montréal (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal, 72 pages.

ASSSM (2006a). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, Montréal, 138 pages.

ASSSM (2006b). *Cadre de référence régional : Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Montréal, 34 pages.

ASSSM (2006c). *Coup d'œil sur les 10 principaux éléments du cadre de référence. Cadre de référence régional : Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Montréal, 2 pages.

[3] L'Agence a publié deux documents portant le même titre et la même année. Celui-ci, intitulé *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document d'appui,* a été publié le 20 février 2004 avant les consultations publiques, tandis que l'autre portant le même titre a été publié au moment où l'Agence faisait ses recommandations au Ministre de la santé et des services sociaux vers la fin avril 2004.

ASSSM (2007). *Rapport du comité d'allocation des ressources et de suivi des ententes de gestion*, Montréal, 7 pages.

ASSSM (2007a). *Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire, Atlas interactifs, Organismes communautaires de la région de Montréal*, [En ligne] (Page consultée en ligne le 5 novembre, 2007)
http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/atlas/ressources/details_org_communautaires.html

Bélanger P.-R. et Lévesque, B. (1992). « Le mouvement populaire et communautaire : de la revendication au partenariat (1963-1993) », Daigle G., Rocher G., *Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, pages 713-747.

Bourque, D. (2007). « Les partenariats dans le développement des communautés », dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (sous la direction de), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 297-309.

Charpentier, M. (2002), *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Conseil de la famille et de l'enfance. (2004), *Vieillissement et santé fragile : un choc pour la famille,* Québec : Conseil de la famille et de l'enfance, 91 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2006a). *Le projet d'organisation clinique, Phase I et II*, Montréal, 38 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2006b). *Projet d'organisation clinique, Programme « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »,* Montréal, 28 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2006c). *Projet d'organisation clinique, Table « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, *Cahier de charges*, Montréal, 56 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2006d). *Travailler de concert avec la communauté, Résumé des rencontres d'échange avec les partenaires du réseau local*, Direction générale, juin, 4 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2007a). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Montréal, 69 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2007b). *Courriel de la Direction des services multidisciplinaires et gestion de la qualité du 25 octobre.*

CSSS Jeanne-Mance (2007c). *Projet d'organisation clinique phase III, Lac à l'épaule – Conseil d'administration*, mars, 30 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*, Version adoptée par le conseil d'administration du 18 juin, 55 pages.

CSSS Jeanne-Mance (2008a). *Profil du CSSS Jeanne-Mance*. (Page consultée le 26-06-2008) (http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/jeannemance/fr/default.aspx?sortcode=1.40.46)

Deslauriers, J.-P., & Hurtubise, Y. (2000), *Introduction au travail social,* Sainte-Foy : Les presses de l'Université Laval.

Direction de la Santé publique de Montréal (2003). *La prévention en action : Plan d'action montréalais en santé publique.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, 82 pages.

Ferlie, E., Hartley, J. & Martin, S. (2003). *Changing public service organizations : Current perspectives and future prospects*. British Journal of Management, *p.* S1-S14.

Gaumer, B. et Fleury, M.-J. (2007). «La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique», dans Fleury, M.-J. *et al.* (dir.) (2007). *Le système sociosanitaire au Québec Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 3-21.

INSPQ (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 46 pages.

Jetté C., Lévesque L., Mager L., Vaillancourt Y. (1999). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et des services sociaux. Recension des écrits,* Montréal, CRISES/LAREPPS, UQAM, 132 pages.

Lachapelle R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC, Québec, Presses de l'Université Laval, 293 pages.

Lamoureux J. (1993). *L'articulation des dynamiques institutionnelles et communautaires, une expérience paradoxale dans le domaine de la santé mentale*, Thèse de doctorat en service social, Université de Montréal.

Larivière C. (2005). « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction communautaire*, numéro 70, automne 2005, p. 13-16.

Lefebvre C. (2003). *Un portrait des Québécois de 65 ans et plus.* Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, 20 pages.

MSSS (2003). *Pour faire les bons choix. Chez-soi: le premier choix, La politique de soutien à domicile*, Québec, 43 pages.

MSSS (2004a). *Chez-soi: le premier choix. Précisions pour favoriser la politique de soutien à domicile*, Québec, 40 pages.

MSSS (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, 179 pages.

MSSS (2004c). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, 75 pages.

MSSS (2005a). « Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère », *Info-Contour* (Novembre), 5 pages.

MSSS (2005b). *Un défi de solidarité: les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*, Québec, 51 pages.

QUÉBEC (1988). *Rapport de la commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux*, Québec, Publications du Québec.

QUÉBEC (2000). *Rapport et recommandations Les solutions émergentes*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 408 pages.

Québec (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 59 pages.

Québec (2003). *Si la tendance se maintient : Perspective démographique, Québec et ses régions, 2001-2051*, Institut de la statistique du Québec, 38 pages.

Québec (2003a). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec, 16 pages.

Québec (2005). *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion.

Québec (2005a). *État de situation sur les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie,* Conseil des aînés du Québec, 60 pages.

Québec (2005b). *Projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, 2005.

Québec (2006a). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2007-2008*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 32 pages.

Québec (2006b). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 pages.

Québec (2007a). « Projections de la population du Québec, selon la région sociosanitaire (RSS), le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1er juillet, 2001 à 2026 », dans le site web du *ministère de la Santé et des Services sociaux*, [En ligne]

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php (Page consultée le 8 juin 2007)

Québec (2007a). « Projections de la population du Québec, selon la région sociosanitaire (RSS), le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1er juillet, 2001 à 2026 », dans le site web du *ministère de la Santé et des Services sociaux*, [En ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php (Page consultée le 8 juin 2007)

Richard, M.-C. (sous la coordination de D. Maltais, D. Bourque, S. Savard, M. Tremblay, D. Bussières, M. Dumont-Lemasson, et J. Fournier) (2005). *Enjeux de la configuration des Centres de santé et de services sociaux. Recension des écrits*, Cahier du CÉRIS, Série Recherches, n°37, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, (coédition GRIR, CÉRIS, LAREPPS), 66 pages.

RIOCM (2007). « Action de visibilité des groupes communautaires montréalais : l'Agence montréalaise de la santé et des services sociaux doit résoudre la crise du sous-financement !! », *communiqué de presse*, Montréal, 1 page.

ROPASOM (Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal) (2007). *Membre de l'organisme*, [En ligne] http://www.angelfire.com/planet/ropasom/, (Page consultée le 7 novembre 2007).

Statistique Canada (2001). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités: un profil de l'incapacité au Canada en 2001*, Ottawa, Statistique Canada.

Statistique Canada (2006). *Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. Rapports sur la santé*, 17(4), p. 47-51.

Yin R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*, Thousand Oaks, Sage.