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

Monographie du
CSSS Cléophas-Claveau

**Rédaction**
Marie-Josée Leclerc, M.T.S. en cours

**Sous la supervision de:**
Danielle Maltais, Ph.D.
Marielle Tremblay, Ph.D.
Sébastien Savard, Ph.D.

**Avec la collaboration de :**
Sophie Corneau, M.T.S. en cours
Sabrina Tremblay, Ph.D. en cours

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**)

***Cahier numéro 0905***
**ISBN :** 978-2-923095-33-2

**Septembre 2009**

Cette monographie a été produite dans le cadre de la recherche intitulée *Les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS.* Celle-ci a été subventionnée par le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada. L'équipe de recherche est constituée de Denis Bourque (UQO), Sébastien Savard (UQAC), Marielle Tremblay (UQAC) et Danielle Maltais (UQAC). Sont associé-es les professionnels-les 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 sont également impliqués dans cette recherche à titre de partenaires.

**LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

| | |
|---|---|
| ACISSQ | Association des cadres intermédiaires des services sociaux du Québec |
| AEO | Accueil-Évaluation-Orientation |
| AGESSS | Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux |
| APRS | Anse-Saint-Jean, Petit-Saguenay, Rivière-Éternité et Sagard |
| AQDR | Association québécoise pour la défense des droits des retraités |
| ARH | Agent de relations humaines |
| ARSSS | Agence régionale de la santé et des services sociaux |
| ASSS | Agence de la santé et des services sociaux |
| AVD | Activité de la vie domestique |
| AVQ | Activité de la vie quotidienne |
| CA | Conseil d'administration |
| CECII | Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers |
| CH | Centre hospitalier |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CII | Comité des infirmières et infirmiers |
| CJ | Centre jeunesse |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CM | Conseil multidisciplinaire |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CPE | Centre de la petite enfance |
| CRSH | Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada |
| CRDI | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle |
| CSN | Confédération des syndicats nationaux |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| EES | Entreprise d'économie sociale |
| FUQAC | la Fondation de l'Université du Québec à Chicoutimi |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| HLM | Habitation à loyer modique |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OBNL | Organisme à but non lucratif |
| OMH | Office municipale d'habitation |
| PAL | Plan d'action local |
| PAR | Plan d'action régional |
| PALV | Perte d'autonomie liée au vieillissement |
| PIED | Programme intégré d'équilibre dynamique |

| | |
|---|---|
| PII | Plan d'intervention individualisé |
| PROS | Plans régionaux d'organisation de services |
| PSI | Plan de services individualisé |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| RI | Ressource intermédiaire |
| RISPA | Réseau intégré de services pour les personnes âgées |
| RLS | Réseau local de services |
| ROC | Regroupement des organismes communautaires |
| RTF | Ressource de type familial |
| RQIIAC | Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire |
| SINEQ | Syndicat des infirmières du Nord-Est québécois |
| SPTRPQ | Syndicat des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec |
| URFIG | Unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique |

**REMERCIEMENTS**

Cette monographie n'aurait pu être produite sans l'apport de plusieurs personnes et organismes. Nous désirons d'abord remercier la directrice générale du CSSS Cléophas-Claveau, madame Martine Nepton, ainsi que monsieur Denis Pineault, organisateur communautaire, pour les nombreux documents mis à notre disposition et pour l'information ayant permis la rédaction de cette monographie. Leurs réponses à nos questionnements nous ont également permis de mieux comprendre le contenu des documents. Nous tenons également à souligner l'inestimable collaboration de monsieur Michel Côté de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux, qui nous a fourni de précieuses informations concernant les données régionales ayant trait aux conditions de vie et à l'état de santé des personnes âgées, et de madame Martine Couture qui, en tant que présidente directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean nous a introduit et appuyé auprès des partenaires des CSSS de Chicoutimi et de Cléophas-Claveau. Son appui a grandement favorisé la consolidation de nos collaborations.

Finalement, nous tenons à exprimer notre gratitude à la Fondation de l'Université du Québec à Chicoutimi (FUQAC), ainsi qu'au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour leur contribution financière. Sans leur soutien, cette étude n'aurait pu être réalisée.

# TABLE DES MATIÈRES

**LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES** ..... **II**

**REMERCIEMENTS** ..... **IV**

**LISTE DES TABLEAUX** ..... **VII**

**LISTE DES GRAPHIQUES** ..... **VIII**

**LISTE DES FIGURES** ..... **VIII**

**PRÉSENTATION** ..... **1**

**INTRODUCTION** ..... **2**

**1. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DES SYSTÈMES DE SANTÉ** ..... **4**

1.1 LA RÉFORME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ..... 4
1.2 LES RAPPORTS ENTRE L'ÉTAT, L'ACTION COMMUNAUTAIRE ET L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE ..... 7
1.3 LE PROGRAMME PALV ET LA PRATIQUE PSYCHOSOCIALE ..... 10

**2. PORTRAIT DES TERRITOIRES GÉOGRAPHIQUE, SOCIO-ÉCONOMIQUE, SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOSANITAIRE DES COMMUNAUTÉS LOCALES** ..... **16**

2.1 LA RÉGION DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN ..... 16
2.2 PORTRAIT DES PERSONNES ÂGÉES AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN ..... 18
2.3 CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES ..... 20
2.4 COMPOSITION DU RÉSEAU SOCIOSANITAIRE ..... 24
2.5 PORTRAIT DE LA POPULATION DESSERVIE PAR LE CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU ..... 25
2.6 ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS ..... 27

**3. DESCRIPTION DU CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU** ..... **30**

3.1 DATE DE CRÉATION, NOMBRE ET NATURE DES ÉTABLISSEMENTS REGROUPÉS ..... 30
3.2 CARACTÉRISTIQUES DU CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU ..... 30
3.3 STRUCTURES INTERNES ..... 31

**4. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU** ..... **32**

4.1 PROJET DE FUSION : INITIATEUR DU PROJET, SCÉNARIOS PROPOSÉS, CALENDRIER DES MOMENTS IMPORTANTS ..... 32
4.2 PROCESSUS DE CONSULTATION ..... 34
*4.2.1 Acteurs impliqués* ..... *35*
*4.2.2 Réactions* ..... *35*
*4.2.3 Scénario (s) retenu (s)* ..... *36*

**5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DU CSSS 37**

5.1 CADRE DE RÉFÉRENCE DES RELATIONS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET AUTRES PARTENAIRES ..... 37
5.2 ORIENTATIONS DU CSSS OU CADRE DE RÉFÉRENCE DES RELATIONS AVEC LE COMMUNAUTAIRE ..... 40
5.3 POLITIQUE OU CADRE DE RÉFÉRENCE CONCERNANT LA PRATIQUE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE 40
5.4 NOMBRE D'ORGANISATEURS COMMUNAUTAIRES ET RATTACHEMENT ADMINISTRATIF ..... 41

**6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX** ..... **42**

6.1 ORIENTATIONS RÉGIONALES OU CADRE DE RÉFÉRENCE RELATIF AU PALV ..... 42
6.2 POSTFUSION ..... 44
*6.2.1 Structure et organisation des services pour les personnes âgées* ..... *44*

**7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)** ..... **48**

7.1 CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES PROJETS CLINIQUES ET RLS ..... 48

7.2 PRINCIPALES DÉMARCHES SUIVIES LOCALEMENT ..... 49
*7.2.1 Responsable de l'élaboration ..... 49*
*7.2.2 Structure mise en place et personnes ayant participé à l'élaboration ..... 49*
*7.2.3 Le processus de consultation : les personnes consultées et le mécanisme de consultation ..... 50*
7.3 PRÉSENTATION SOMMAIRE DU PROJET CLINIQUE ..... 51
*7.3.1 Diagnostic populationnel ..... 52*
*7.3.2 Portrait des services offerts ..... 53*
*7.3.3 Écarts à combler par rapport aux trois objectifs ..... 53*
*7.3.4 Cibles prioritaires identifiées dans le programme PALV ..... 54*

**CONCLUSION ..... 56**

**RÉFÉRENCES ..... 58**

**ANNEXES ..... 64**

**ANNEXE 1 ..... 65**

**ESTIMATION ET PRÉVISION DE LA POPULATION, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, SUR LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) DE LA BAIE, DE 1996 À 2026 ..... 65**

**ANNEXE 2 – ..... 66**

**ORGANIGRAMME CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU ..... 66**

**ANNEXE 3 ..... 67**

**DOCUMENTS DÉPOSÉS LORS DES ÉTAPES DE LA FUSION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX À LA BAIE ..... 67**

**ANNEXE 4 – ÉCARTS À COMBLER SELON L'ACCESSIBILITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ 70**

**LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1**
Population totale et par sexe, Québec, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006 ..... 17

**Tableau 2**
Marché du travail au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, février 2007 ..... 18

**Tableau 3**
Population au Saguenay–Lac-Saint-Jean en fonction de l'âge ..... 19

**Tableau 4**
Pourcentage d'hommes et de femmes recevant le Supplément de revenu garanti, au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000 ..... 21

**Tableau 5**
Proportion de la population vivant seule, 2001 ..... 22

**Tableau 6**
Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus ..... 24

**Tableau 7**
Revenu personnel moyen par habitant, 2000 ..... 26

**Tableau 8**
Marché du travail au Québec, au SLSJ et dans le RLS de La Baie, 2001 ..... 27

**Tableau 9**
Espérance de vie en année (1997-1999) ..... 28

**Tableau 10**
Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus ..... 29

**Tableau 11**
Démarche méthodologique ..... 34

## LISTE DES GRAPHIQUES

**Graphique 1**
Secteurs d'activités pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2005 ..... 18

**Graphique 2**
Évolution du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, SLSJ ..... 19

**Graphique 3**
Nombre de personnes de 65 ans et plus, selon le sexe, SLSJ, 2001-2011 ..... 20

**Graphique 4**
Répartition des personnes de 65 ans et +, selon le plus
haut niveau de scolarité atteint, SLSJ, 2000 ..... 21

**Graphique 5**
Proportion des 15 ans et plus se classant au niveau faible de
l'indice de soutien social, par âge et sexe, SLSJ, 1998 ..... 22

**Graphique 6**
Indice de soutien social pour les personnes de 65 ans et plus, SLSJ, 1998 ..... 23

**Graphique 7**
Secteurs d'activité pour le territoire de La Baie ..... 27

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1**
Acteurs du réseau local de services ..... 6

**Figure 2**
Configuration des programmes ..... 9

**Figure 3**
Les six réseaux locaux de services (RLS)
du Saguenay–Lac-Saint-Jean ..... 17

## PRÉSENTATION

Le projet de recherche, qui a débuté en 2006, 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) Cléophas-Claveau est à l'origine de cette monographie, soit près de huit (8) ans après la fusion des établissements et au tout début de l'élaboration du projet clinique. Notons par ailleurs que, pour la majorité des autres CSSS de la province, ils en étaient dans les toutes premières années de ce processus. Une monographie semblable a été produite pour chacun des trois autres CSSS[1] étudiés dans la recherche subventionnée par le Conseil de recherche en sciences sociales (CRSH)[2] du Canada.

Relativement à la structure organisationnelle du CSSS et aux services aux personnes en PALV, celle-ci prend en compte les rapports de gestion disponibles en juin 2007. 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 du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Nous sommes très conscients que depuis cette période 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 au moment des entrevues. 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.

[1] Les trois autres territoires de CSSS sont : Chicoutimi, ainsi que Jeanne-Mance et Sud-Ouest─Verdun de la grande région de Montréal.
[2] Programme numéro CRSH: 410-2006-0859.

## INTRODUCTION

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 à la suite du rapport Rochon (1988) et à ce qu'il est convenu d'appeler la réforme Côté (1992). Ce sont ainsi 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont été créés, pour la plupart issus 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, et autres.

Depuis les années 1990, le partenariat structure les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires considérés comme des acteurs essentiels des RLS[3]. 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?

Cette monographie est la première étape d'un programme de recherche s'intéressant aux implications de la dernière réorganisation du système de la santé et des services sociaux sur les rapports entre les CSSS et les organismes communautaires de même que sur la pratique des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires en CSSS. Cette étude s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994) où quatre CSSS, deux provenant de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et deux autres provenant de la région de Montréal ont été étudiés et seront comparés afin d'exposer la diversité des expériences qui se construisent dans les nouveaux RLS dans le cadre du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Les résultats de l'analyse

[3] « 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)

des données obtenues lors d'entrevues semi-dirigées[4] feront l'objet d'une deuxième étape. La présente monographie expose les résultats d'une analyse documentaire réalisée pour décrire le processus suivi au CSSS Cléophas-Claveau, situé dans l'arrondissement de La Baie à Ville de Saguenay, afin de gérer la fusion des établissements et d'élaborer le projet clinique autour du programme PALV. Le document se divise en sept parties. Dans un premier temps, il apparaît nécessaire de situer la démarche réalisée sur ce territoire dans le contexte général de la réforme de la santé et des services sociaux. Les portraits géographique, socio-économique, sociodémographique et sociosanitaire de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, ainsi que celui du territoire desservi par le CSSS Cléophas-Claveau, ont été tracés dans la deuxième section. La partie suivante est consacrée à la description globale du CSSS, alors que la quatrième partie expose son processus de mise en place. La section cinq porte, quant à elle, sur les relations pratiquées dans cet établissement entre les partenaires du CSSS et l'organisation communautaire. La sixième section permet de présenter la structure de services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que la nature des services psychosociaux offerts par le CSSS Cléophas-Claveau. Enfin, la dernière section du document traite de l'élaboration du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) inclus dans le projet clinique et présente les faits saillants de la formation du réseau local de services (RLS) de La Baie.

[4] Cette seconde étape a consisté à réaliser 10 entrevues semi-dirigées 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. Les résultats de cette étude seront diffusés dans un autre document ultérieurement.

# 1. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Ce premier chapitre vise, dans un premier temps, à tracer l'historique des réformes qu'a connues le système de santé et de services sociaux du Québec et à expliquer le contexte général de la loi 25 et du projet de loi 83. Par la suite seront abordés les rapports entre l'État, l'action communautaire et l'organisation communautaire. Finalement, le programme PALV et la pratique psychosociale seront expliqués à travers l'évolution des services et des politiques pour les personnes âgées.

## 1.1 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. Ce rapport, mieux connu comme le rapport Rochon, a amené non sans résistances la loi de 1992 redéfinissant le régime québécois en fonction de la réponse aux déterminants de la santé, installant du même souffle une politique nationale de santé et de bien-être et des conseils d'administration contrôlés par les citoyens dans tous les établissements chapeautés par des régies régionales, sur la base des régions administratives. 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 présidée par Michel Clair a alors questionné la dispersion des services dans divers établissements et a proposé 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 d'une base démographique suffisante pour rentabiliser les hôpitaux et leurs lourds équipements. Selon le MSSS, les nouvelles technologies, les progrès pharmaceutiques et la volonté de rationnement budgétaire du système public semblaient alors plus faciles à absorber si

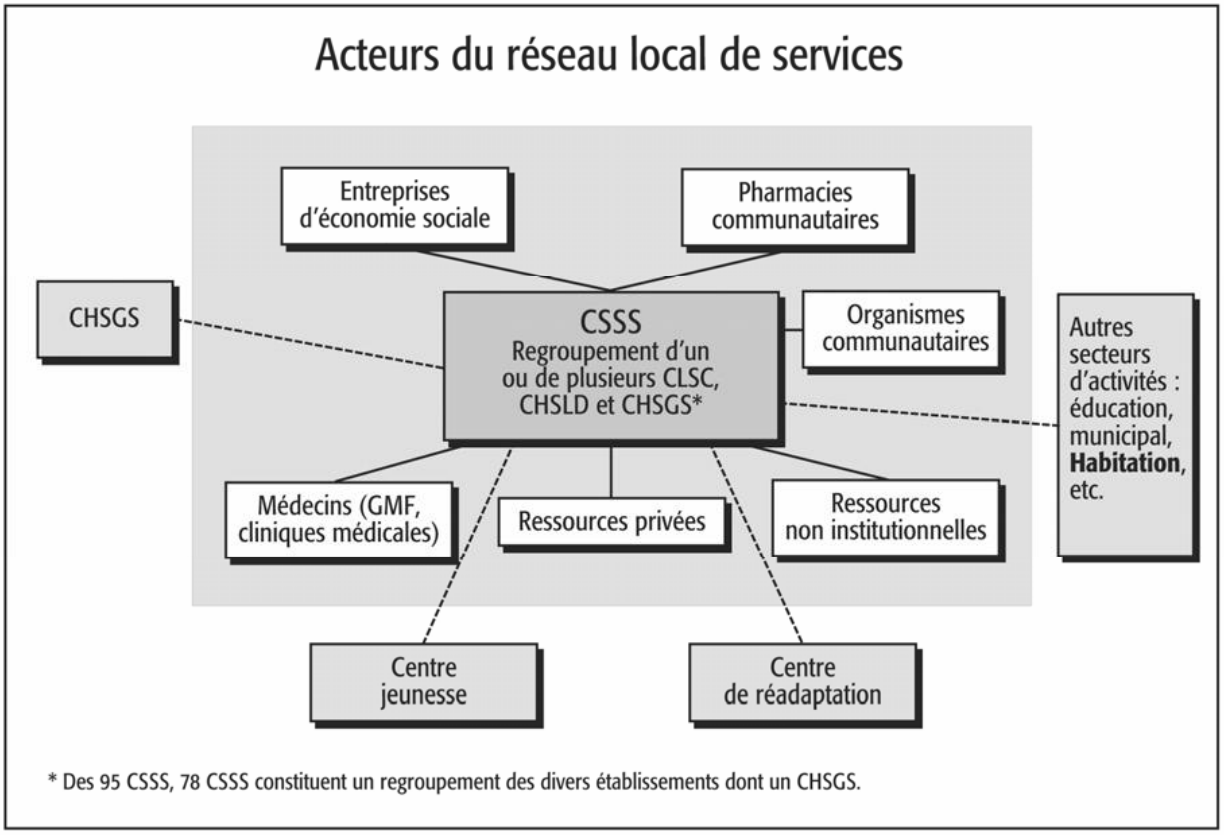
les établissements fusionnaient entre eux (Richard et coll., 2005). C'est dans ce cadre de pensée que dès le milieu des années 1990 au Québec, certains CLSC et CHSLD – et même dans certains cas de petits hôpitaux – ont été incités à fusionner.

Au début des années 1990, les plans régionaux d'organisation de services (PROS), pilotés par les régies régionales, avaient eu des effets mineurs sur la réorganisation des services dans les établissements, mais ont toutefois contribué à implanter, dans la foulée de la reconnaissance des organismes communautaires par la loi 120, 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, 2003). La loi crée des agences ayant la mission de développer sur la base de réseaux locaux l'organisation des services de santé et des services sociaux d'un territoire comportant 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 des soins sur son territoire (Figure 1). Le concept de responsabilité populationnelle présenté dans la loi signifie en clair que la responsabilité de la santé d'une population est imputée au CSSS. Les acteurs sont donc invités 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 celle-ci.

**Figure 1 – Un réseau local de services**




Source : MSSS, 2004b

Cette réorganisation des services devait permettre au MSSS 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 sont devenues des agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS), constituant dans les faits des instances ministérielles déconcentrées en région.

Le CSSS devient responsable de fournir les services, autant de la mission CLSC que de l'hébergement de longue durée et des services hospitaliers. Il assume également la responsabilité de la mobilisation et de la coordination des services avec les 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. Aux ARSSS, il revient 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 que la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats desdites interventions.

**Le projet de loi 83**

Ce projet de loi, présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004, vient modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En effet, « le projet de loi [83] 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 agiront comme organismes coordonnateurs du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Pour le ministre Couillard, le projet de loi 83 constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux par le biais de mesures pour clarifier les responsabilités des établissements, des agences et du ministre, pour mieux garantir la qualité des services et pour 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 Loi sur les services de santé et les services sociaux en poussant plus loin la logique de fusion et de centralisation du réseau public. La section 530 de l'article 174 prévoit en effet 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.

## 1.2 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 à la suite des négociations qui ont suivi l'adoption de la loi 120 en 1992. Mais aussi parce qu'en 2006-2007, le Programme de soutien aux organismes communautaires représentait 56 % du soutien financier à l'action communautaire et touchait 64 % des organismes communautaires soutenus (MSSS, 2007). Ce soutien financier est à la fois une condition d'existence pour bon nombre d'organismes communautaires, mais aussi une source de préoccupation 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, intégrés maintenant aux CSSS, avaient une culture qui favorisait 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. Les articles 27 et 28, de la loi 25, précisent en effet que le mandat des 95 CSSS est de mettre en place des RLS sur leur territoire en stipulant 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. »

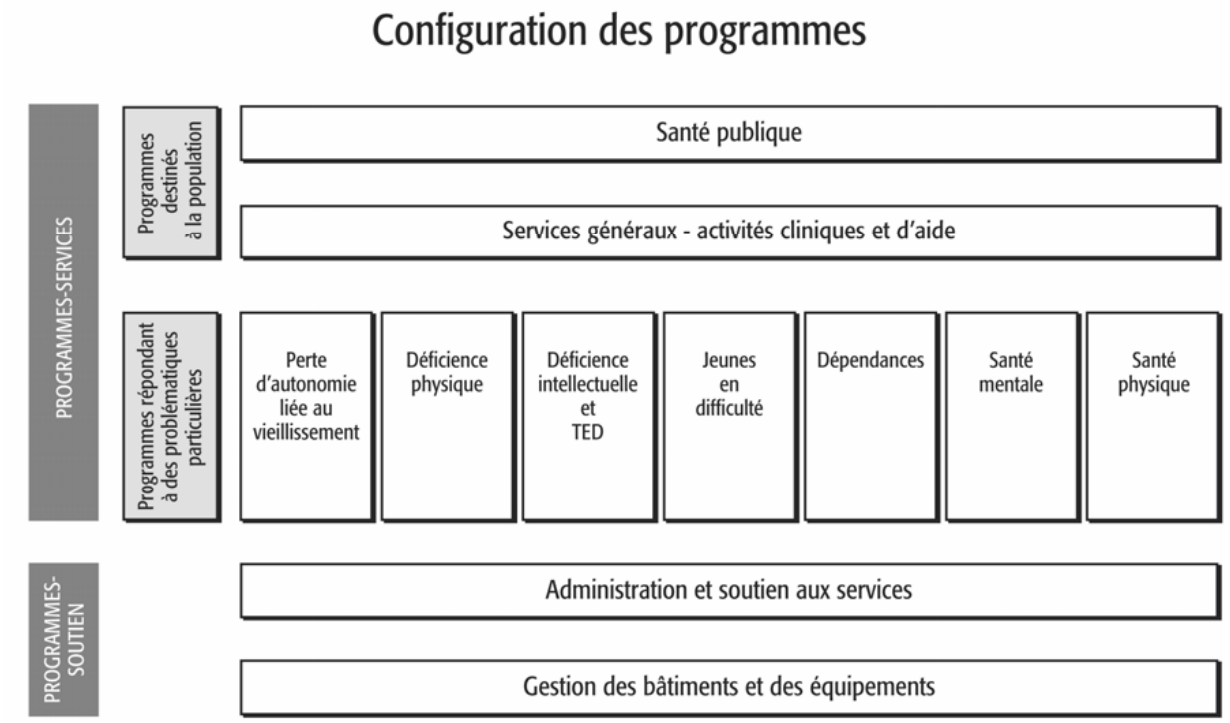
Le nouveau rôle des CSSS en devient un de coordination des ressources communautaires du secteur de la santé et des services sociaux en plus des mandats de soutien et de concertation envers et avec elles. Pour ces établissements publics, ce rôle de coordination s'accompagne d'une imputabilité nouvelle 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 hiérarchiques que ceux qui avaient jusqu'à maintenant 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[5]. Cette approche populationnelle doit adapter les services aux réalités locales et articuler les rapports entre les producteurs de services en fonction de différents programmes (voir figure 2). 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 de santé et sociaux. 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 doit, par ailleurs, comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le communautaire qui se concrétisent, 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 mo-

[5] *Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnels. 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)

dalités 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).

**Figure 2**




Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004f)

Selon Bourque (2004), ce nouveau rôle de coordination des CSSS et la mise en place d'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 risquent de toucher 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 rapport de compétition entre eux et avec le CSSS puisque, lorsqu'il est question de financement, les ressources à partager sont toujours moindres 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 au départ à partir des services qu'ils offrent, mais bien de leur fonction sociale de développement et d'innovation, de pluralité des approches et de promotion de la citoyenneté. C'est leur capacité de ré-

pondre 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;

- Pour les **organisateurs communautaires** de CSSS, ces nouveaux rapports entre CSSS et organismes communautaires risquent de modifier leur rôle de renforcement du pouvoir d'agir et de développement de l'autonomie des organismes communautaires, entre autres, dans les rapports des organismes avec leur bailleur de fonds que devient le CSSS (Bourque, 2004). Toujours selon Bourque, lorsque les fonctions de soutien et celle de bailleur de fonds ne sont pas clairement distinguées, les organisateurs communautaires 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 seront pas toujours convergents et les organisateurs communautaires risquent d'être coincés entre les deux. Les établissements qui choisiraient d'utiliser les organisateurs communautaires pour négocier les ententes avec les organismes communautaires risquent de détériorer les rapports de confiance qui rendent possibles non seulement le soutien de l'organisation communautaire, mais aussi les partenariats avec les groupes. Ainsi, l'organisateur communautaire, employé du CSSS, pourrait devoir prendre fait et cause pour l'établissement et aller jusqu'à le représenter ou accompagner le personnel cadre dans les négociations avec les groupes. À ce moment, le CSSS compromet-il la fonction d'agent de liaison de celui-ci entre l'établissement et les organismes communautaires dans une perspective de développement des communautés?

### 1.3 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 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 de ce type de service. Le plan d'action 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 PALV (Perte d'autonomie liée au vieillissement).

*Changement de culture et retour aux sources*

L'origine 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'un a su orienter 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, en terme de charité chrétienne, semble aller de soi. Les personnes âgées termineront donc, pour la plupart, leur existence au sein de leur famille.

La période qui suit, soit jusque dans les années 80, 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, 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 sera de plus en plus encouragé.

La fin des années 90 et le début du 21e siècle seront eux aussi marqués par des compressions budgétaires qui inciteront les divers gouvernements au pouvoir 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 justifiera une refonte de ce secteur par la publication successive de divers documents ministériels. Entre autres, en février 2003, la *Politique de soutien à domicile* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003) dans le contexte de l'application de la loi 25 sera rendue publique. À l'été 2004, le ministère publie *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* dans le but de faciliter la compréhension de la précédente politique. Enfin, suite aux 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 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 et n'ont pas bénéficié d'une publication à eux seuls, seront décortiqués de façon distincte pour faciliter leur compréhension.

**Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003)**

Concrètement, la nouvelle politique de soutien à domicile dont le vocable principal est défini comme « *le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie* » (MSSS, 2003 : 1) ne constitue pas un nouveau champ de service, mais veut au contraire s'intégrer dans l'architecture des services en santé et services sociaux déjà existants. 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 à domicile vise 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 valeurs plus sociétales tels que 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 uniformes, 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 transition sont assignés au CLSC (aujourd'hui intégré au 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 consiste également à assurer des services de qualité, notamment par la formation du personnel, 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 un réseautage avec ceux déjà existants, 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'adoption des orientations régionales 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** : **pour une stratégie nationale de soutien à domicile**. Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile au Québec, diverses mesures ont été mises sur pied. 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 personnes aidantes en milieu naturel seront soutenues par diverses mesures concernant des domaines tout aussi divers que les congés sociaux, les prestations de l'État, les lois du travail, et autres.

**Chez soi : le premier choix – précision pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a)**

Cette publication, qui fait suite à celle publiée en 2003, constitue un « *élément de mise en oeuvre annoncée dans la Politique de soutien à domicile* » (MSSS, 2004 :1) permettant d'apporter des précisions facilitant l'implantation de cette politique. 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 permettre une mise en œuvre harmonieuse de la politique de soutien à domicile.

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 au service (évaluation des besoins et 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 à 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 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 :

1. continuer selon le modèle actuel, ce qui demanderait d'augmenter toujours plus le nombre de places en ressources institutionnalisées;
2. ou encore 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 logements 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 de 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).

**Les programmes pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) (MSSS, 2005)**

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 souffrant 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 MSSSS (2005d), 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 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e), sont laissées 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.

## 2. PORTRAIT DES TERRITOIRES GÉOGRAPHIQUE, SOCIO-ÉCONOMIQUE, SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOSANITAIRE DES COMMUNAUTÉS LOCALES

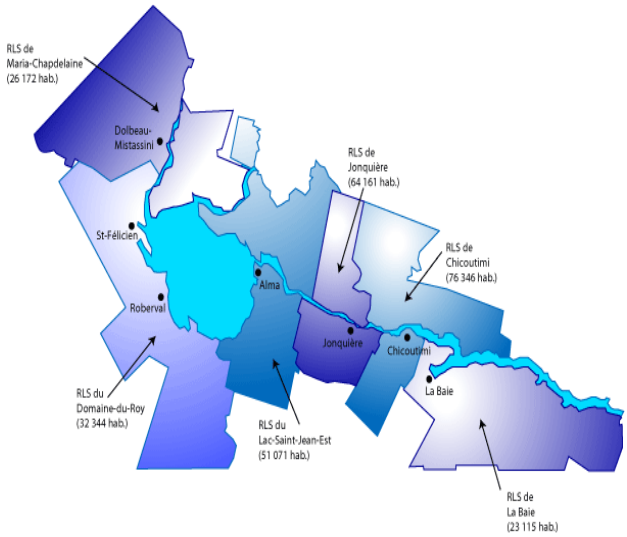
Avant d'entamer les spécificités du CSSS Cléophas-Claveau, il s'avère capital de tracer le portrait géographique de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du réseau local de services (RLS), en plus de présenter les principales caractéristiques socio-économiques, sociodémographiques et sociosanitaires de la population résidant sur ces territoires. Une attention particulière sera également portée à la description de la population âgée de 65 ans et plus, puisque l'un des objectifs de la recherche porte sur les changements générés par la fusion sur le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement.

### 2.1 La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, située dans la partie nord du Québec, est éloignée des deux principaux grands centres que sont Montréal et Québec. Elle est la troisième plus grande région en terme de superficie avec ses 106 508 km$^2$ dont 95 893 km$^2$ en terre ferme, et elle se divise en quatre municipalités rurales de comté (MRC) soit Domaine-du-Roy, Maria-Chapdelaine, Lac-Saint-Jean-Est et Fjord-du-Saguenay, en plus d'un territoire équivalent qui est le Saguenay (ville). À l'intérieur de ces MRC, on dénombre 51 localités, dont une communauté ilnue (Mashteuiatsh). Au chapitre de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, la région compte six réseaux locaux de services (RLS). On en retrouve trois au Lac-Saint-Jean, à savoir Lac–Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine, et trois au Saguenay, soit Jonquière, Chicoutimi et La Baie (Figure 3).

La population est répartie principalement autour de deux plans d'eau majeurs : la rivière Saguenay et le Lac-Saint-Jean. La densité moyenne de la population en terre ferme correspond à 2,9 habitants par km$^2$. Elle est plus urbaine dans la sous-région du Saguenay et plus rurale dans celle du Lac-Saint-Jean. En 2006, selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population totale était de 274 095 habitants, dont 65 % (178 140) demeurent au Saguenay, alors que 35 % (95 955) habitent au Lac-Saint-Jean. Le nombre de résidants de cette région, où 49,9 % sont des femmes et 50,1 % sont des hommes, représente 3,6 % de la population totale de la province. (Tableau 1).

**Figure 3 – Les six réseaux locaux de services (RLS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean**




Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005

**Tableau 1**
**Population totale et par sexe, Québec, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006**

| | Québec | | Saguenay–Lac-Saint-Jean | |
|---|---|---|---|---|
| | **Nbre.** | **%** | **Nbre.** | **%** |
| **Population totale** | 7 603 083 | 100 | 274 095 | 100 |
| **Hommes** | 3 777 283 | 49,7 | 137 301 | 50,1 |
| **Femmes** | 3 874 248 | 50,3 | 136 794 | 49,9 |

Source : ISQ, 2006

En 2000, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le revenu personnel moyen par habitant était moins élevé qu'au Québec (24 913 $ comparativement à 27 125 $). Les données du recensement de 2001 montrent aussi une différence importante entre les hommes et les femmes à ce chapitre car, en 2001, les hommes gagnaient en moyenne 32 105 $, tandis que les femmes vivant au Saguenay–Lac-Saint-Jean n'avaient qu'un revenu moyen de 17 374 $. Pour l'ensemble du Québec, les hommes et les femmes gagnaient respectivement 33 117 $ et 21 286 $ (Statistique Canada, 2001), ce qui est légèrement supérieur au revenu moyen de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Au mois de février 2007, le taux d'activité était inférieur à celui du Québec (62,1 % comparativement à 65,4 %) tout comme le taux d'emploi (55,5 % comparativement à 60,4 %). Pour sa part, le taux de chômage au Saguenay–Lac-Saint-Jean était nettement supérieur à celui de la moyenne québécoise (10,6 % comparativement à 7,7 %) (Tableau 2).

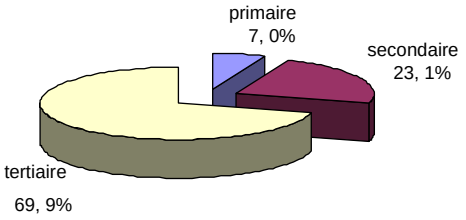
**Tableau 2**
**Marché du travail au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, février 2007**

| | Québec | Saguenay–Lac-Saint-Jean |
|---|---|---|
| **Taux d'activité** | 65,4 % | 62,1 % |
| **Taux d'emploi** | 60,4 % | 55,5 % |
| **Chômage** | 7,7 % | 10,6 % |

Source : ISQ, 2007

En 2001, la majorité (69,9 %) des travailleurs de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean occupait un emploi dans le secteur tertiaire (transport, commerce, hôtellerie, service des soins), tandis que 23,1 % oeuvraient dans le secteur secondaire (industrie et construction) et 7.0 % dans le secteur primaire (agriculture et exploitation forestière) (Graphique 1). Ces chiffres sont relativement comparables à ceux du Québec en ce qui concerne les secteurs tertiaire (73,9 % au Québec) et secondaire (22,2 % au Québec), sauf pour le secteur primaire où 3,9 % des Québécois y travaillent. (ASSS-SLSJ, 2005).

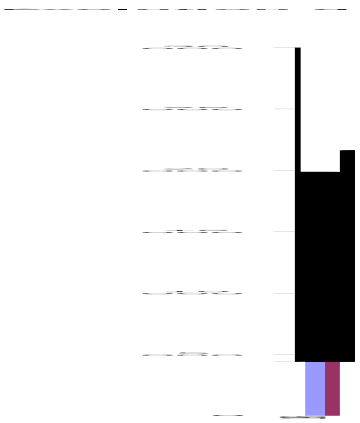
Graphique 1
**Secteurs d'activité pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2005**




Source : ASSS-SLSJ, 2005

## 2.2 Portrait des personnes âgées au Saguenay–Lac-Saint-Jean

La population de la région 02 est en décroissance et ce, depuis plusieurs années. Cette tendance devrait d'ailleurs se poursuivre jusqu'en 2026 (ASSS-SLSJ, 2006). Entre 2001 et 2005, la population a diminué de 2,9 %. Pour leur part, Chicoutimi a connu une baisse de 2,4 % et La Baie 3,8 %. D'ici 2026, la région anticipe une baisse de 11,7 % de sa population alors que le Québec prévoit une augmentation de 9,3 %. Donc, la région devra décroître d'en moyenne 0,5 % par année, tandis que le Québec devrait connaître une croissance annuelle de 0,36 % entre 2001 et 2026 (ASSS-SLSJ, 2006). Toutefois, pour la population âgée de 65 ans et plus, ce phénomène semble être inverse (Graphique 2). En effet, lorsqu'on compare les chiffres de différentes années (1996 à 2011), on constate que la population de ce groupe d'âge augmente, tandis que celle des 0 à 64 ans, qui correspond à plus de 70 % de la population, diminue.



Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 1996 et 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

En 1996, l'ISQ indique qu'il y avait 260 047 personnes de 0 à 64 ans dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En 2006, pour ce même groupe d'âge, la population correspondait à 234 060 personnes, soit une diminution de 25 987 personnes (10 %). Par ailleurs, le nombre de personnes de 65 ans et plus qui atteignait 30 419 en 1996 a considérablement augmenté en 2006, puisqu'il se situait à 40 035 personnes. De même, l'ISQ anticipe que le nombre de personnes de 65 à 74 ans atteindra 24 920 en 2011 et que les personnes âgées de 75 ans et plus connaîtront une grande croissance d'ici 2026. En effet, en 2011, le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait atteindre 18 530, puis passer à 32 872 personnes en 2026, soit une augmentation de 177 % (Le tableau 3 présente les données concernant l'évolution de ces groupes d'âge de 1996 à 2011, tandis que le graphique 2 illustre cet état de fait.).

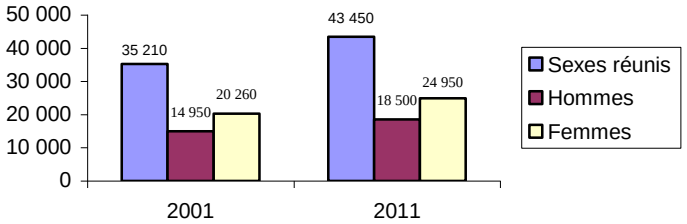
**Tableau 3**
**Population au Saguenay–Lac-Saint-Jean en fonction de l'âge**

| | 0-64 ans | | 65-74 ans | | 75 ans et plus | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nbre** | **%** | **Nbre** | **%** | **Nbre** | **%** | **Nbre** | **%** |
| **1996** | 260 047 | 89,5 | 19 852 | 6,8 | 10 567 | 3,7 | 290 466 | 100 |
| **2001** | 248 284 | 87,5 | 21 622 | 7,6 | 13 813 | 4,9 | 283 719 | 100 |
| **2006** | 234 060 | 85,4 | 22 715 | 8,3 | 17 320 | 6,3 | 274 045 | 100 |
| **2011** | 225 776 | 83,9 | 24 920 | 9,2 | 18 530 | 6,9 | 269 226 | 100 |

Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 1996 et 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

En raison de leur espérance de vie plus élevée, on retrouve plus de femmes âgées que d'hommes âgés (Graphique 3). Selon les estimations de l'ISQ, cette tendance se maintiendra dans le temps, car il est prévu qu'en 2011, 57,4 % des 65 ans et plus seront des femmes comparativement à 42,6 % des hommes (MSSS, fichier 2001).

Graphique 3
**Nombre de personnes de 65 ans et plus, selon le sexe, SLSJ, 2001 et 2011**




Sources : 1) Statistique Canada, Recensement 1996 et 2001.
2) Prévisions basées sur les hypothèses de l'ISQ (MSSS, fichier 2001).

## 2.3 Conditions socio-économiques

Sachant que la pauvreté, la sous-scolarisation et le faible soutien social sont des conditions socio-économiques pouvant constituer un risque pour la santé, il apparaît intéressant de tracer un portrait sociosanitaire des personnes âgées de 65 ans et plus de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean en tenant compte de ces trois éléments (ADRLSSSS-SLSJ, 2004).

Tout d'abord, en 2000, le revenu moyen des personnes de 65 ans et plus était inférieur dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (18 558 $) comparativement à l'ensemble du Québec (21 619 $). Le recensement de 2001 montre également que le revenu moyen des hommes de 65 ans et plus était beaucoup plus élevé que celui des femmes du même groupe d'âge et ce, dans la région aussi bien qu'au Québec. En effet, il se situait à 23 886 $ (27 496 $ pour le Québec) alors que celui des femmes se situait à 14 484 $ (17 279 $ pour le Québec). Pour l'année 2000, la proportion de personnes de 65 ans et plus vivant sous le seuil du faible revenu était par contre plus faible au Saguenay–Lac-Saint-Jean (17,2 %) que dans la province (22,8 %) (Statistique Canada, 2001). Toujours en 2000, plus de la moitié (53,2 %) de la population âgée de 65 ans et plus de la région bénéficie du Supplément de revenu garanti, ce qui est légèrement supérieur à l'ensemble de la province (49,3 %) (DRHC, 2000)[6]. Encore une fois, ce sont les femmes qui sont désavantagées sur le plan financier puisqu'elles ont davantage recours à cette forme d'aide, autant au Québec qu'au Saguenay–Lac-Saint-Jean (Tableau 4).

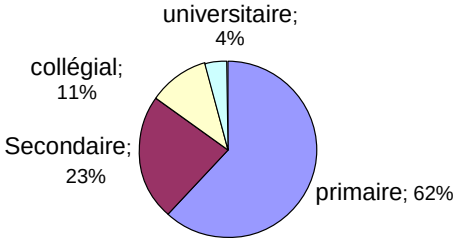
[6] Ces données laissent supposer qu'il y a un écart important entre les « riches » et les « pauvres ».

**Tableau 4**
**Pourcentage d'hommes et de femmes recevant le Supplément de revenu garanti, au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000**

| | Hommes (%) | Femmes (%) | Total (%) |
|---|---|---|---|
| **Québec** | 42,3 | 54,2 | 49,3 |
| **SLSJ** | 45,4 | 59,0 | 53,2 |

En ce qui concerne la scolarité, les données de 2001 indiquent que près de deux personnes âgées sur trois (62 %) de la région sont sous-scolarisées, c'est-à-dire qu'elles n'ont atteint qu'un niveau d'études primaires, complété ou non, ce qui est semblable au reste du Québec (62,8 %) (Graphique 4). Par contre, il y a beaucoup plus de personnes de 65 ans et plus de la région qui ont un diplôme d'études secondaires, soit 23,0 % comparativement à 14,7 % pour la province. La proportion de personnes ayant obtenu un diplôme d'études collégiales et celle ayant obtenu un diplôme universitaire est inférieure à celle du Québec. En effet, une personne sur dix détient un diplôme d'études collégiales (11 %) au Saguenay–Lac-Saint-Jean, alors que ce nombre atteint 16,7 % au Québec. Il en va de même pour les personnes de 65 ans et plus détenant un diplôme universitaire puisque seulement 4 % des personnes de 65 ans et plus de la région ont terminé de telles études comparativement à 5,8 % pour l'ensemble du Québec (Enquête psychosociale SLSJ, 2000).

Graphique 4
**Répartition des personnes de 65 ans et +, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, SLSJ, 2000**




Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000

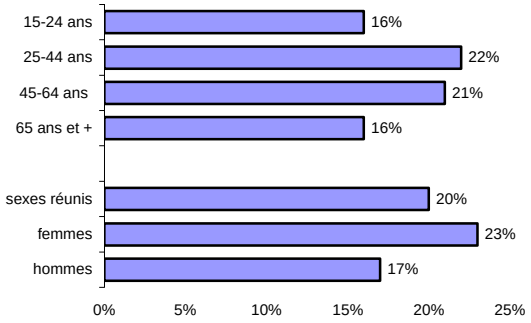
Tant au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu'au Québec, plus on avance en âge et plus le nombre de personnes vivant seules augmente. Cela est d'autant plus vrai pour les femmes de la région; passé l'âge de 75 ans, elles sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules (Tableau 5).

| Tableau 5<br>Proportion de la population vivant seule, 2001 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Québec | | | Saguenay–Lac-Saint-Jean | | |
| | Hommes (%) | Femmes (%) | Total (%) | Hommes (%) | Femmes (%) | Total (%) |
| **65-74 ans** | 16,3 | 33,5 | 25,7 | 14,2 | 31,7 | 23,8 |
| **75 et plus** | 21,2 | 51,0 | 39,7 | 16,3 | 45,8 | 33,4 |

Source : INSPQ, 2006

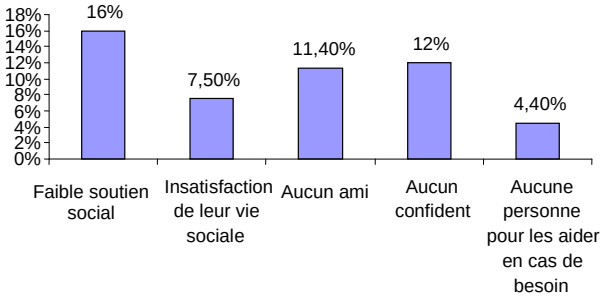
L'enquête sociale et de santé réalisée en 1998 montre que l'environnement social de la population des 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean est semblable à celle de l'ensemble du Québec (ISQ, 1998). En effet, 16,0 % des personnes de 65 ans et plus résidant au Saguenay–Lac-Saint-Jean se situent au niveau faible de l'indice de soutien social (Graphique 5) comparativement à 15,7 % pour le Québec. De plus, 7,5 % des personnes âgées (7,6 % pour le Québec) se disent insatisfaites de leur vie sociale et sont à risque d'être isolées socialement, 12,0 % révèlent n'avoir aucun confident (11,7 % pour le Québec) et 4,4 % estiment n'avoir aucune personne pour les aider en cas de besoin (3,1 % pour le Québec). Également, un aîné sur dix (11,4 %) au Saguenay–Lac-Saint-Jean déclare n'avoir aucun ami, une proportion plus élevée que pour l'ensemble du Québec (7,8 %) (Graphique 6).

Graphique 5
**Proportion des 15 ans et plus se classant au niveau faible de l'indice de soutien social, par âge et sexe, SLSJ, 1998**




Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Graphique 6
**Indice de soutien social pour les personnes de 65 ans et plus, SLSJ, 1998**




Source : Enquête sociale et de santé, 1998

En 1998, 16 % des femmes âgées et 8 % des hommes âgés du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont classés dans la catégorie de symptomatologie élevée de l'indice de détresse psychologique, proportion plus élevée que pour les femmes de l'ensemble du Québec (12,8 %), mais équivalente en ce qui concerne les hommes (8,0 %). En ce qui a trait à la santé mentale, les données existantes démontrent que le taux d'ordonnances actives de psychotropes, pour les personnes âgées, est plus élevé dans la région (112 pour 1000) que dans l'ensemble du Québec (87 pour 1000) (Enquête sociale et de santé, 1998). Ces données s'expliquent par un taux d'ordonnance plus élevé d'antidépresseurs dans la région qu'au Québec (98 contre 69) et par le fait que les femmes consomment plus de médicaments psychotropes (MSSS, 2003).

L'enquête sociale et de santé Québec, réalisée en 1998, révèle aussi que 42 % des personnes de 65 ans et plus présentent des incapacités physiques. Ce pourcentage tend à augmenter avec l'âge puisqu'il représente 34 % chez les personnes de 65 à 74 ans et 55 % chez les aînés de 75 ans et plus. La perception d'un état de santé varie selon la présence ou non de limitation d'activités à long terme. Concrètement, parmi les 12 % de personnes aux prises avec une limitation d'activité à long terme, 22 % estimaient que leur état de santé était médiocre, comparativement à 4,4 % pour les personnes de 65 ans et plus sans limitation (Enquête sociale et de santé, 1998).

En 1998, les principales causes d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus sont les mêmes pour les personnes de 65 ans et plus de la région et du Québec, soit les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs (Tableau 6). Les deux premières causes de mortalité pour ce groupe d'âge sont, quant à elles, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. Tout comme au Québec, les problèmes de santé les plus fréquemment mentionnés par la population des personnes âgées non institutionnalisée sont les maux de tête (11,4 % c. 11,8 %), l'arthrite ou le rhumatisme (11,2 % c. 11,8 %) et diverses allergies (10,4 % c. 10,3 %) (Enquête sociale et de santé, 1998).

**Tableau 6**
**Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus**

| | Québec | Saguenay–Lac-Saint-Jean |
|---|---|---|
| **Maladies cardiovasculaires** | 30 % | 27 % |
| **Maladies de l'appareil respiratoire** | 14 % | 17 % |
| **Maladies de l'appareil digestif** | 11 % | 11 % |
| **Tumeurs** | 12 % | 11 % |
| **Lésions traumatiques et empoisonnements** | 7 % | 7 % |
| **Autres** | 26 % | 28 % |

Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Enfin, en 2004, 16,8 % des personnes de 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont reçu des services à domicile (ASSS-SLSJ, 2005b). En moyenne, 19,2 interventions à domicile ont été offertes pour chaque usager. Le MSSS prévoit qu'en 2010, c'est 16 % de la population âgée partout au Québec qui devrait être desservie par des services à domicile, soit 6 936 usagers au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il est important de noter que ce chiffre est déjà atteint dans la région. De plus, le MSSS estime que le nombre moyen d'interventions augmentera de 25 %, c'est-à-dire que ces personnes recevront annuellement une moyenne de 24 interventions (ASSS-SLSJ, 2005b). Le Saguenay–Lac-Saint-Jean connaît aussi un taux record en ce qui concerne les indicateurs médicaux. Les personnes âgées qui possèdent une ordonnance active et consultent un médecin y sont plus nombreuses que partout ailleurs au Québec (AQRP, 2007).

## 2.4 Composition du réseau sociosanitaire

Le réseau sociosanitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte huit établissements[7] publics et un établissement privé conventionné. À l'intérieur de ces établissements publics, on retrouve les six CSSS dans chacun des réseaux locaux de services (RLS), ainsi que deux établissements à vocation régionale, soit le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Ces établissements sont chapeautés par une Agence de santé et de services sociaux, et représentent ainsi 3,2 % du réseau québécois des établissements de santé et de services sociaux (ISQ, 2007). Le réseau de la santé et des services sociaux regroupe près de 10 600 employés et était doté, pour l'année 2006, d'un budget d'opération de quelque 564 millions de dollars (ASSS-SLSJ, 2007). D'ailleurs, le Québec avait alloué, pour l'année 2006, 44,3 % de son budget total à la santé, ce qui équivalait à 23,8 milliards de dollars. En 2005, les dépenses pour les

[7] Un établissement possède une existence légale se préoccupant des tâches administratives, tandis qu'une installation est une unité concrète dispensant des services. Ces deux entités ne peuvent exister séparément.

personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement dans la région, correspondaient à 59 775 969 $, ce qui représente 1 541,05 $ par personne âgée (ASSS-SLSJ, 2005b).

Chacun des CSSS possède une mission de centre hospitalier de soins généraux, une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les CHSLD de la région sont au nombre de 17, ce qui totalise 1 200 places d'hébergement permanent et 18 places d'hébergement temporaire (ASSS-SLSJ, 2007). Finalement, il faut noter que la région compte 38 lits en gériatrie qui sont répartis dans quatre des six territoires de CSSS, soit La Baie, Jonquière, Maria-Chapdelaine et Domaine-du-Roy.

En 2006-2007, on recensait au Saguenay–Lac-Saint-Jean 320 organismes communautaires, dont 210 ont des activités liées à la santé et aux services sociaux et bénéficient du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De ce nombre, 191 sont subventionnés par l'Agence de la santé et des services sociaux en mission globale, pour un montant de 14 406 791 $ (ASSSSLSJ, 2008). En ce qui a trait aux organismes communautaires destinés aux personnes âgées, les CSSS de la région peuvent compter sur 40 organismes communautaires à vocation locale subventionnés par le PSOC, ainsi que sur la collaboration de deux organismes à vocation régionale : le Centre de prévention du suicide et la Société Alzheimer de la Sagamie, eux aussi subventionnés par le PSOC. De plus, on retrouve dans chacun des territoires de CSSS une entreprise d'économie sociale (EES) qui offre minimalement des services d'aide à la vie domestique (AVD) et, pour certaines, des services d'aide à vie quotidienne (AVQ) pour les personnes en perte d'autonomie.

Les résidences privées pour personnes âgées font également partie des collaborateurs des six CSSS. On retrouve, sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 101 résidences dont 17 sont sans but lucratif. De ces résidences, 87 sont des résidences privées pour personnes âgées, inscrites au registre des résidences privées, où peuvent habiter 6 000 personnes. Les 17 OSBL d'habitation au Saguenay–Lac-Saint-Jean peuvent, pour leur part, loger un total de 367 personnes âgées dans 271 chambres et 96 logements (ASSS-SLSJ, 2007). On retrouve de plus 12 ressources intermédiaires (RI) dans toute la région. Ces RI peuvent accueillir jusqu'à 174 personnes (ASSS-SLSJ, 2007). Parmi les autres ressources d'habitation sur lesquelles les personnes âgées peuvent compter, il y a sept (7) coopératives d'habitation ayant comme clientèles non exclusives des personnes âgées (SHQ, 2005) et 1 679 logements subventionnés de type HLM.

### 2.5 Portrait de la population desservie par le CSSS Cléophas-Claveau

Le territoire du RLS de La Baie, d'une superficie en terre ferme de 2 195,86 km$^2$, se situe dans la partie sud-est de la sous-région Saguenay. La très grande majorité (83 %) de sa population vit en zone urbaine, dans l'arrondissement de La Baie, avec une densité de 80 habitants par km$^2$. La population rurale, elle aussi desservie par le CSSS Cléophas-Claveau, se répartit dans cinq (5) municipalités, soit Ferland-et-Boilleau, Saint-Félix-d'Otis, Rivière-Éternité, Anse-Saint-Jean et

Petit-Saguenay. En 2005, le MSSS chiffrait la population de ce territoire à 23 115 personnes, ce qui représente 8,4 % de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La population du territoire du RLS de La Baie présente un niveau de scolarité inférieur à celui de la région et du Québec. En effet, 8,3 % des personnes de 20 à 64 ans de ce territoire détiennent un diplôme universitaire, comparativement à 9,2 % pour l'ensemble de la région et 14,0 % pour le Québec. Parallèlement, le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans sous-scolarisées (pas de diplôme d'études secondaires) est plus élevé dans le territoire de La Baie (28,1 %) que dans l'ensemble de la région (23,9 %) et qu'au Québec (23,5 %) (ADRLSSSS-SLSJ, 2005c). Par ailleurs, en 2004, les adultes de 18 à 64 ans étant prestataires du programme assistance-emploi se trouvaient en nombre égal autant sur ce territoire (8,0 %) que dans la région (8,8 %) et au Québec (8,0 %) (ADRLSSSS-SLSJ, 2005c).

Le revenu personnel moyen par habitant sur le territoire de La Baie est nettement inférieur à celui de l'ensemble du Québec et à celui de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean. L'écart avec la région et le Québec s'explique par le revenu des femmes qui est très inférieur à celui de leur vis-à-vis de la région et de la province. De plus, une grande différence entre les hommes et les femmes est aussi observée quant au revenu. En effet, le revenu moyen des femmes représente 52,5 % de celui des hommes (Tableau 7).

**Tableau 7**
**Revenu personnel moyen par habitant, 2000**

| | Québec | Saguenay–Lac-Saint-Jean | La Baie |
|---|---|---|---|
| **Revenu moyen** | 27 125 $ | 24 913 $ | 21 390 $ |
| **Revenu des hommes** | 33 117 $ | 32 105 $ | 26 171 $ |
| **Revenu des femmes** | 21 286 $ | 17 374 $ | 13 731 $ |

Source : Statistique Canada, 2001

En 2001, le taux d'activité (58,3 %) et le taux d'emploi (50,0 %) sur le territoire du RLS de La Baie étaient inférieurs à ceux du reste de la région (59,3 % et 52,5 %) et à ceux de l'ensemble du Québec (63,5 % et 57,9 %). Pour sa part, le taux de chômage était supérieur à celui de la région (14,2 % c. 11,5 %) et à celui de la province (8,8 %) (Tableau 8). Il faut de plus prendre en considération que la fermeture de l'usine Port-Alfred d'Abitibi-Consolidated en décembre 2003 a entraîné la perte de 640 emplois.

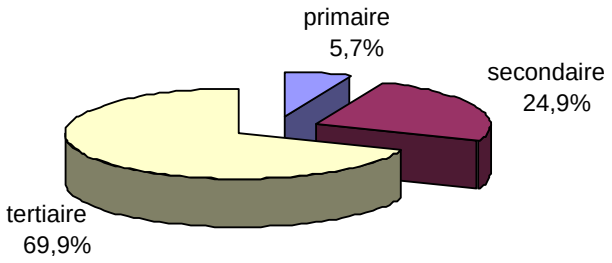
**Tableau 8**
**Marché du travail au Québec, au SLSJ et dans le RLS de La Baie, 2001**

| | Taux d'activité (%) | Taux d'emploi (%) | Taux de chômage (%) |
|---|---|---|---|
| **Québec** | 63,5 | 57,9 | 8,8 |
| **Saguenay–Lac-Saint-Jean** | 59,3 | 52,5 | 11,5 |
| **La Baie** | 58,3 | 50,0 | 14,2 |

Source : Statistique Canada, 2001

En ce qui concerne les secteurs d'emploi sur le territoire de La Baie, les proportions sont sensiblement les mêmes que pour la région. La majorité (69,4 %) des personnes travaille dans le secteur tertiaire (69,9 % pour la région). Le secteur secondaire suit avec 24,9 % des emplois (23,1 % pour la région) et 5,7 % dans le secteur primaire (7,0 % pour la région) (Graphique 7).

Graphique 7
**Secteurs d'activité pour le territoire de La Baie**




Source : ASSS-SLSJ, 2005

## 2.6 Évolution de la proportion des personnes de 65 ans et plus

La population sur le territoire du RLS de La Baie tend à diminuer considérablement depuis quelques années. Or, pareillement à la situation du Saguenay–Lac-Saint-Jean, ce phénomène semble inverse pour la population âgée de 65 ans et plus. En effet, lorsqu'on compare les chiffres de différentes années (1996 à 2026), on constate que la population de ce groupe d'âge augmente considérablement, tandis que celle des 0 à 64 ans diminue.

Concrètement, en 1996, l'ISQ indiquait qu'il y avait 23 004 personnes de 0 à 64 ans sur le territoire de La Baie, cela correspondant à 90,0 % de la population totale. En 2011, pour ce même groupe d'âge, l'ISQ estime qu'il y aura 18 981 personnes (83,8 %), soit une diminution de 6,2 % de la population. Par ailleurs, le nombre de personnes de 65 ans et plus qui atteignait 2 535 personnes en 1996, est estimé à 3 646 personnes en 2011. De même, l'ISQ anticipe que le nombre de per-

sonnes de 65 ans et plus atteindra 6 400 en 2026 pour ainsi représenter 30,4 % de la population totale. Les personnes de 85 ans et plus connaîtront pour leur part une croissance encore plus forte d'ici 2026 puisque qu'on estime qu'entre 2011 et 2026, leur nombre devrait presque doubler pour passer de 341 personnes à 639 personnes. On remarque entre autres que c'est à partir de cet âge que la division entre les sexes est la plus importante. À l'évidence, lorsqu'on regarde la population totale des 65 ans et plus, l'écart entre les sexes tend à diminuer avec le temps. Par contre, il en va tout autrement pour les 85 ans et plus puisque les femmes de ce groupe d'âge représentent presque toujours plus du double de la population masculine. L'annexe 1 présente cette réalité ainsi que les données concernant l'évolution de ces groupes d'âge entre 1996 et 2026.

Cet écart entre les sexes se fait aussi ressentir quant à l'espérance de vie. Pour la période entre 1997-1999, l'espérance de vie à la naissance dans le territoire de La Baie atteint 80,4 ans pour les hommes, ce qui est semblable à celle de la région (80,5 ans). Quant aux femmes de ce territoire, elles peuvent espérer vivre 3,3 ans de plus que les hommes (83,7 ans), mais près d'une année de moins que les autres femmes de la région (84,4 ans) (Fichier des décès, MSSS) (Tableau 9). Pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité, elle atteint 67,3 ans en moyenne pour les hommes et les femmes, ce qui est équivalent à celle de la région (66,8 ans).

**Tableau 9**
**Espérance de vie en année (1997-1999)**

| | Québec | Saguenay–Lac-Saint-Jean | La Baie |
|---|---|---|---|
| **Hommes** | 80,7 | 80,5 | 80,4 |
| **Femmes** | 84,9 | 84,4 | 83,7 |

Source : Fichier des décès, MSSS

Concernant l'état de santé, l'enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean de 2000 montre que 15 % des personnes de 65 ans et plus considèrent leur état de santé comme médiocre. Cette proportion est beaucoup moins élevée que celle du Saguenay–Lac-Saint-Jean où c'est 22 % des personnes de plus de 65 ans qui ont une perception négative de leur état de santé. De plus, les données montrent que pour la période 1998-2001, les deux principales causes d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus pour le territoire de La Baie et pour la région sont les mêmes, soit les maladies cardiovasculaires (23 % et 27 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (21 % et 17 %). Par contre, les tumeurs occupent la troisième place pour le territoire de La Baie, tandis que se sont les maladies de l'appareil digestif qui sont la troisième cause d'hospitalisation pour la région (Tableau 10) (Fichier Med-Écho, MSSS, 1998-2001).

**Tableau 10**
**Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus**

| | Québec | Saguenay–Lac-Saint-Jean | La Baie |
|---|---|---|---|
| **Maladies cardiovasculaires** | 30 % | 27 % | 23 % |
| **Maladies de l'appareil respiratoire** | 14 % | 17 % | 21 % |
| **Maladies de l'appareil digestif** | 11 % | 11 % | 9 % |
| **Tumeurs** | 12 % | 11 % | 12 % |
| **Lésions traumatiques et empoisonnements** | 7 % | 7 % | 6 % |
| **Autres** | 26 % | 28 % | 28 % |

Source : Fichier Med-Écho, MSSS

En ce qui a trait aux conditions socio-économiques des personnes âgées de 65 ans et plus sur le territoire de La Baie, il apparaît que leur revenu moyen est légèrement inférieur à celui de la région. En effet, en 2000, le revenu moyen pour la population âgée du territoire de La Baie était de 17 777 $ comparativement à 18 558 $ pour la région (Statistique Canada, 2001). Encore une fois et tout comme les femmes de 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean, celles de ce territoire sont défavorisées en ce qui a trait au gain financier. Effectivement, les hommes gagnaient en moyenne 23 423 $ (23 886 $ pour ceux de la région) tandis que les femmes gagnaient 13 575 $ (14 484 $ pour celles de la région) (Statistique Canada, 2001).

Selon l'Enquête psychosociale de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean réalisée en 1998, les personnes âgées de plus de 65 ans vivant sur le territoire de La Baie sont sous-scolarisées, car 65 % ont atteint un niveau d'études primaires seulement, ce pourcentage se situant à 62 % pour le reste de la région (ISQ, 2000).

# 3. DESCRIPTION DU CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU

La recherche documentaire a permis de tracer un portrait global du CSSS Cléophas-Claveau. Dans un premier temps, les différents établissements qui le composent seront décrits, puis la structure interne et les caractéristiques du CSSS seront présentées.

## 3.1 Date de création, nombre et nature des établissements regroupés

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cléophas-Claveau, issu de la fusion de quatre établissements (un centre hospitalier, un CLSC et deux CHSLD) et d'une installation (point de service du CLSC au Bas-Saguenay), est en opération depuis le 21 janvier 1998. Ces cinq installations sont chapeautées par une même administration qui regroupe trois missions de services offerts à la population du réseau local de services (RLS) de La Baie. La première mission en est une de centre hospitalier (CH) et se réalise à l'hôpital de La Baie. La seconde est une mission de centre local de services communautaires (CLSC) qui s'exerce quant à elle dans trois installations, à savoir le Centre hospitalier, le CLSC du Fjord ainsi qu'à un point de service situé dans la municipalité de l'Anse-Saint-Jean. Enfin, trois installations remplissent la mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soit le Centre d'hébergement de Bagotville, le Centre d'hébergement Saint-Joseph et un étage du centre hospitalier qui est aménagé en site d'hébergement.

## 3.2 Caractéristiques du CSSS Cléophas-Claveau

Pour la période 2006-2007, la mission de centre hospitalier du CSSS Cléophas-Claveau compte 25 lits de courte durée en santé physique, en plus de posséder quatre lits de réadaptation gériatrique. En ce qui a trait au nombre total de lits pour la mission CHSLD, 112 places en hébergement permanent sont offertes, ainsi que deux places en hébergement temporaire. On retrouve 33 de ces lits d'hébergement permanent au Foyer de Bagotville, 35 au Centre hospitalier et 44 au Foyer Saint-Joseph. C'est aussi dans cette dernière installation que se trouvent les deux lits d'hébergement temporaire (ASSS-SLSJ, 2007). Le CSSS Cléophas-Claveau offre également un service sous-régional d'hôpital de jour en gériatrie avec 25 places disponibles ainsi qu'un centre de jour de quinze (15) places par jour ouvert quatre journées par semaine à La Baie et une journée à l'Anse-Saint-Jean, pour la population du Bas-Saguenay,

Le CSSS Cléophas-Claveau est reconnu comme hôpital général et à ce titre aucun médecin spécialiste n'y est attitré. Ces derniers peuvent par contre venir y donner des consultations sur demande. Selon l'Agence de la santé et des services sociaux, La Baie paraît défavorisé en ce qui a trait aux spécialistes mais « s'en tire mieux du côté des omnipraticiens avec un taux de 90 par 100 000 habitants, équivalent au taux régional » (ADRLSSS, 2005, p. 5). Précisons que selon le MSSS, on retrouve, en 2005, 22 omnipraticiens pour le CSSS Cléophas-Claveau, alors que l'ensemble de la région compte un total de 280 omnipraticiens (MSSS, 2005). Outre les médecins, le CSSS Cléophas-Claveau chiffre à 510 le nombre de ses employés pour l'année 2006-2007 (ASSS-SLSJ, 2007).

### 3.3 Structures internes

Un ensemble diversifié de personnes provenant de différents comités et conseils du RLS de La Baie constitue le conseil d'administration du CSSS Cléophas-Claveau. En effet, il est composé de 18 membres dont quatre sont des personnes de la population qui ont été élues. De plus, le membre provenant du département régional de médecine générale et la directrice générale ont été nommés. Dix (10) membres sont des personnes désignées par leur collège électoral respectif : comité des usagers (2), conseil multidisciplinaire (2), Agence ou autres établissements (2), Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (1), Conseil des infirmières et infirmiers (1), Fondation de l'Hôpital de La Baie des Ha!Ha! (1), personnel non clinique (1). Enfin, deux personnes sont nommées par cooptation : une d'un organisme communautaire, et une représentant le milieu (MSSS, 2007).

Une fondation est également présente au sein du CSSS Cléophas-Claveau : la Fondation de l'Hôpital de La Baie des Ha! Ha!. L'objectif de cette fondation est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services du CSSS. Elle aspire pareillement à l'excellence des services du CSSS Cléophas-Claveau et vise une meilleure qualité de vie pour les personnes qui bénéficient de ces services (CSSS C-C, 2005 : 46).

En plus du conseil d'administration, de la Fondation et des différents comités, la structure organisationnelle du CSSS Cléophas-Claveau comprend sept (7) directions : la direction générale, la direction des services ambulatoires et des soins infirmiers, la direction des services aux personnes en perte d'autonomie, la direction des services communautaires, la direction des services professionnels, la direction des ressources humaines et finalement, la direction des services administratifs (CSSS C-C, 2005 : 6). Ainsi, chaque service relève de sa propre direction.

En ce qui concerne plus spécifiquement le programme perte d'autonomie lié au vieillissement (PALV), il relève de la direction des services aux personnes en perte d'autonomie et inclut les programmes suivants : le programme d'hébergement (Foyer de Bagotville, Foyer Saint-Joseph, le 4e étage et une ressource intermédiaire de 4 lits), les services en milieu naturel (soutien à domicile, hôpital de jour et centre de jour) et la mission gériatrique (programme d'évaluation de la conduite automobile, unité de réadaptation gériatrique) (CSSS Cléophas-Claveau, 2005). L'annexe 2 présente l'organigramme du CSSS Cléophas-Claveau.

# 4. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU

L'une des restructurations dans le secteur de la santé au Québec a eu lieu au milieu des années 90, où quelques établissements publics ont entrepris de fusionner leur administration. Les établissements du territoire du Fjord[8] font partie de ceux ayant fusionné lors de cette période. D'abord, en 1994, on voit l'intégration de l'Hôpital de la Baie des Ha! Ha! et des foyers Saint-Joseph et Bagotville pour former le CHSLD-CH de la Baie. Un peu plus tard, cette nouvelle entité amorce une fusion avec le CLSC du Fjord. Ce chapitre décrit les dates charnières et les différentes étapes du processus de fusion du CSSS Cléophas-Claveau.

## 4.1 Projet de fusion : initiateur du projet, scénarios proposés, calendrier des moments importants

C'est au cours de l'année 1995, conformément à son *Plan stratégique de transformation du système de la santé et des services sociaux de la région Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1995-1998*, que la Régie régionale recommande au secteur du Fjord de constituer un seul centre de santé en regroupant les établissements et les conseils d'administration du CLSC, de l'hôpital et des CHSLD (Simard et coll., 2001). Cette suggestion a été formulée dans le but d'en arriver à une meilleure utilisation des ressources des établissements du territoire et par le fait même de répondre plus adéquatement à la demande de services. Ce sont par ailleurs les conseils d'administration des deux établissements (CHSLD-CH La Baie et CLSC du Fjord) qui choisissent la fusion comme modalité pour la nouvelle entité organisationnelle (CSSS La Baie et Bas-Saguenay Sud, 1997). Conséquemment, cette transformation a comme visée de regrouper, sous une même administration, une mission de centre hospitalier (CH), une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et une mission de centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ce qui créera un réseau de services intégrés.

Avant de pouvoir initier le processus de fusion, les établissements concernés ont été tenus de déposer un plan de réalisation pour la fin du mois de janvier 1996. Pour ce faire, les deux conseils d'administration avaient convenu de former un comité conjoint qui a eu un mandat jusqu'à l'obtention des lettres patentes du Centre Cléophas-Claveau. Au mois de février 1996, ce comité présenta le Plan de réalisation dans lequel sont précisés le nom et la mission du nouvel établissement, en plus de certaines conditions, modalités ou mesures relatives à l'administration et au fonctionnement du futur Centre Cléophas-Claveau (CSSS La Baie et Bas-Saguenay Sud, 1997). À cette même période, le comité conjoint demande à quatre (4) groupes de travail (Personnes en perte d'autonomie, AEO/Services courants et spécialisés, Famille-jeunes/Adultes et les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles) d'élaborer le Projet organisationnel (Pierre Roy et associés, 1997a). Ces groupes de travail devaient proposer des lignes directrices dans le but d'arriver à une meilleure intégration et à une plus grande complémentarité dans les services offerts à leur clientèle. Les lignes directrices du groupe de travail sur les services aux personnes en perte d'autonomie devaient, pour leur part, tenir compte des ressources en

[8] Correspond au territoire de l'arrondissement de La Baie et des cinq municipalités rurales.

place, du plan de consolidation du maintien à domicile, en plus de la géographie du secteur (Groupe de travail sur les services aux personnes en perte d'autonomie, 1996).

Dans les faits, c'est en janvier 1997 que les établissements CH-CHSLD de La Baie et CLSC du Fjord amorcent leur processus de fusion, soit un an après la recommandation faite par la Régie régionale (CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau, 2000). Les 20 février 1997 et 27 mars 1997, les documents « Profil environnement : des constats et des enjeux » et « Profils organisationnels : des constats et des enjeux » ont permis d'identifier la problématique qui a servi à l'élaboration du plan d'organisation (Pierre Roy et associés, 1997b). Dans ces documents plusieurs problématiques sont soulevées dont, par exemple, l'existence d'un financement inadéquat des établissements du secteur du Fjord et un recours trop fréquent à des interventions réalisées en vase clos et l'utilisation inappropriée de ressources de type institutionnel. Il est également mentionné que des efforts encore insuffisants sont faits pour développer des alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement institutionnel; que trop d'interventions mettent l'accent sur le curatif et la réadaptation et n'accordent pas encore suffisamment de place à la promotion et à la prévention de la santé. De plus, l'on considère que l'organisation des services n'est pas suffisamment réalisée en mode de réseaux intégrés et continus de services et que les clientèles aux prises avec des problématiques à caractère social ont une accessibilité limitée à des services (Pierre Roy et associés, 1997b). C'est un an après le début du projet, soit le 21 janvier 1998, que la démarche de fusion des établissements de santé et services sociaux de La Baie est complétée avec l'émission des lettres patentes du CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau (CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau, 1999). Le tableau 11 présente la démarche méthodologique utilisée pour la mise en place de la fusion.

| **Tableau 11**<br>**Démarche méthodologique** | |
|---|---|
| **Principales étapes** | **Activités réalisées** |
| **Étape 1**<br>**Mise en marche du projet**<br>***Janvier 1997*** | |
| **Étape 2**<br>**Élaboration du projet organisationnel**<br>Regroupement des établissements<br>(CHSLD-CH) de la Baie<br>CLSC du Fjord<br>***12 février 1997*** | Élaboration des profils organisationnels<br>(services cliniques, administratifs, de soutien) |
| | Environnement (sociodémographique, socio-économique, sociosanitaire, tendances en organisation des services de santé) |
| | - Analyse<br>- Constats/Enjeux<br>- Validation et dépôt aux mandataires désignés |
| | - Mission<br>- Valeurs<br>- Philosophie d'intervention et de gestion<br>- Validation et dépôt aux mandataires désignés |
| | - Stratégie d'orientation et de développement<br>- Validation et dépôt aux mandataires désignés |
| **Étape 3**<br>**Élaboration du plan d'organisation**<br>***16 juin 1997*** | Principes directeurs |
| | Élaboration de scénarios d'organisation<br>- Avantages/Limites<br>- Impacts organisationnels |
| | Consultation et choix |
| | - Développement du scénario retenu<br>- Validation et dépôt aux mandataires désignés |
| **Étape 4**<br>**Production du rapport final**<br>***16 mars 1999*** | Élaboration des conditions de succès |
| | *Le Centre Cléophas-Claveau : son projet, son avenir. Plan d'organisation*<br>*(Document adopté par le CA le 16 mars 1999)* |

Source : Pierre Roy et associés, 1997c
*Mis à jour en 2007*

### 4.2 Processus de consultation

Lors du processus de fusion entre 1997 et 1998, aucune démarche de consultation n'a été effectuée quant à la pertinence de la fusion. Cependant, après l'obtention des lettres patentes en janvier 1998, la phase d'implantation de ce nouvel établissement s'est poursuivie. Effectivement, une autre étape devait être franchie : revoir la carte des services et en réviser l'organisation afin qu'il y ait une gamme de services intégrés sur une base territoriale, et qu'elle soit adaptée aux besoins de la clientèle (CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau, 1999). C'est donc après avoir reçu

les documents officiels du nouvel établissement de santé qu'un plan d'organisation a été élaboré. Par la suite, dès la mi-janvier 1999, un processus de consultation a été entrepris.

### *4.2.1 Acteurs impliqués*

Au total, 19 acteurs concernés par la réorganisation des établissements de santé et services sociaux de La Baie ont été invités à faire valoir leur point de vue sur le Plan d'organisation de la nouvelle entité administrative s'intitulant « Le Centre Cléophas-Claveau : son projet, son avenir », avant que ce dernier soit adopté. D'abord, les personnes ont été invitées à compléter une grille de consultation élaborée par la directrice générale et approuvée par le conseil d'administration du CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau. Des audiences se sont ensuite tenues les 11 et 12 février 1999, ce qui compléta le processus de consultation. Les instances consultées[9] ont eu l'occasion d'exprimer leurs craintes face aux impacts que peut avoir la mise en place des changements proposés et ont ensuite été invités à proposer des solutions aux difficultés potentielles. Cette période de consultation s'est réalisée en deux temps.

### *4.2.2 Réactions*

Chacun de ces groupes ou personnes ayant rempli la grille de consultation a présenté des commentaires et solutions concernant leur champ de services ou pour les sujets s'appliquant plus directement à leur secteur d'activité. Voici un résumé des changements souhaités en fonction de chaque thème du plan d'organisation.

**Communication, information, collaboration** :

D'abord, les personnes consultées ont manifesté le désir qu'il y ait une prise en compte des besoins d'information et des suggestions venant du personnel. Ils demandent également qu'il y ait des réunions d'équipe intraservice et interservice, des rencontres entre les dirigeants et l'ensemble du personnel, en plus d'une consultation et une implication des employés sur le terrain dans l'identification et la résolution des problèmes. Enfin, ils demandent la formation d'un comité de travail pour résoudre les problèmes engendrés par la fusion.

[9] Les instances consultées ont été les suivantes : les conseils professionnels [Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII), CII, CM, CMDP], les équipes d'encadrement [Association des cadres intermédiaires des services sociaux du Québec (ACISSQ), Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)], les instances syndicales [Syndicat des infirmières du Nord-Est québécois (SINEQ), Confédération des syndicats nationaux (CSN), Syndicat des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec (SPTRPQ)] et les groupes constitués pour la circonstance [comité de pairs psychosociaux du conseil multidisciplinaire (CM), intervenants sociaux, le personnel œuvrant au point de service de l'Anse-Saint-Jean, l'organisateur communautaire, une hygiéniste dentaire].

**Particularité des missions :**

En ce qui concerne le *respect des particularités des différentes missions*, le personnel désire la mise en place de politiques et directives plus flexibles, un certain niveau d'autonomie pour chaque mission et une répartition équitable des ressources. En ce qui a trait à *l'organisation du travail*, le personnel désire revoir les processus de travail dans le but de les adapter à la nouvelle réalité. Il veut également que les rôles et responsabilités des différents intervenants soient clarifiés et qu'il y ait un réaménagement de certains lieux physiques. Au regard de la *gestion*, les employés désirent qu'elle soit plus humaine, que les gestionnaires soient plus flexibles et que l'opinion des intervenants soit davantage prise en considération. Enfin, pour ce qui est de la *formation*, le personnel souhaite que le budget de formation soit augmenté, qu'il y ait une meilleure utilisation des ressources, une meilleure répartition des formations et une meilleure conformité entre le profil des employés et la formation, l'expérience, la compétence et l'emploi occupé. Il demande également à ce que la formation soit donnée en fonction de la clientèle.

### *4.2.3 Scénario (s) retenu (s)*

Finalement, comme l'avait recommandé la Régie régionale en 1995, les conseils d'administration du CH-CHSLD de La Baie et le CLSC du Fjord ont fusionné leurs établissements de santé en janvier 1998. Le premier juillet de la même année, le poste à la direction générale est comblé et le nouvel établissement, CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau, est officiellement en opération depuis le 16 mars 1999 avec l'adoption, par son conseil d'administration, du Plan d'organisation « Le Centre Cléophas-Claveau : son projet, son avenir » (CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau, 1999). La population de La Baie et des environs bénéficie depuis d'un réseau intégré de services. Le tableau de l'annexe 3 détaille les étapes de la fusion des établissements de santé et services sociaux de La Baie.

# 5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DU CSSS

Ce cinquième chapitre traitera d'abord des orientations régionales servant de référence pour les relations entre les partenaires et l'organisation communautaire du CSSS, puis du cadre de référence de ce dernier. La pratique de l'organisation communautaire, le nombre d'organisateurs communautaires dans ce secteur et leur rattachement administratif au sein du CSSS seront par la suite expliqués.

## 5.1 Cadre de référence des relations entre les établissements publics et les organismes communautaires et autres partenaires

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) reconnaissent l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1996). Dans le but d'harmoniser ces relations, un cadre de collaboration a été accepté au mois de novembre 1998 (RRSSS, 1996), fruit de la réflexion et du travail du comité de liaison TROC02/RÉGIE et supervisé par le conseil d'administration de la défunte Régie régionale (ARSSSS). Ce document définit le mandat de l'ADRLSSS, le financement, les mécanismes de concertation et d'arrimage de même que l'évaluation et la formation de leurs employés. Une mise à jour de ce cadre était à l'étape de la consultation au moment de la rédaction de la présente analyse et devait être rendue publique en septembre 2008. Également, dans le but de faciliter la compréhension, le terme de *Régie régionale* a été remplacé par celui de l'*Agence*. Notons enfin que ce cadre de référence des relations de collaboration met l'accent davantage sur le financement des organismes communautaires que sur les relations proprement dites.

### Le financement

Selon ce document (RRSSS, 1996), c'est l'Agence qui est responsable d'assurer la gestion des enveloppes financières réservées aux organismes communautaires. En ce sens, elle s'assure de l'équité du financement sur le territoire et entre les organismes de missions différentes et de l'accessibilité équitable de toute une gamme de services pour toute la population. L'Agence ne s'engage nullement à couvrir l'ensemble des coûts des services et activités de tous les organismes communautaires qui sont localisés sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Selon l'article 336, les organismes visés par le financement doivent répondre à l'un ou l'autre des critères suivants: a) offre de services de prévention, d'aide ou de soutien de la population de la région; b) organisation d'activités régionales de promotion, de sensibilisation ou de défense des droits ou intérêts des usagers du système de santé et de services sociaux ou; c) promotion de la santé et du développement social (lorsque prévu par les plans régionaux d'organisation de services). Notons que c'est le ministère qui est chargé du financement des organismes à vocation nationale.

Il existe différents types de financement pour les activités des organismes communautaires. Pour le financement de base, c'est le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) qui doit être sollicité. L'aide versée par ce programme prend la forme de subventions qui comblent les besoins minimaux d'infrastructure (local, secrétariat, administration, et autres) et autres éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission d'un organisme (salaires, organisation des services, vie associative, et autres). Si un organisme a la responsabilité de la réalisation d'un mandat particulier, il peut alors s'adresser à divers fonds disponibles à l'Agence (Politique de Santé et de Bien-être (PSBE), plan d'action, et autres). Les organismes communautaires peuvent en tout temps s'adresser au MSSS ou à d'autres paliers de gouvernement pour du financement additionnel.

Pour être admissible au financement, un organisme doit être reconnu comme organisme communautaire par l'Agence selon les dispositions de l'article 334 de la Loi sur la santé et les services sociaux. Il doit de plus répondre aux critères d'admissibilité suivants : a) avoir, dans sa charte, des objets qui sont majoritairement reliés au domaine de la santé et des services sociaux; b) œuvrer principalement au Saguenay–Lac-Saint-Jean et y avoir son siège social; c) offrir des services de prévention, d'aide et de soutien à la population régionale, hébergement temporaire inclus; d) offrir au niveau régional des activités de soutien à ses membres et; e) exercer au niveau régional des activités de promotion de la santé et du développement social, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des usagers. Tout organisme qui a) comprend un conseil d'administration de moins de cinq membres ou qui est majoritairement composé d'intervenants du réseau; b) dont les activités principales visent la redistribution des fonds, des activités de recherche ou la tenue de colloque; c) qui offre des programmes et services déjà disponibles à la population; d) dont ses activités relèvent majoritairement d'un autre palier de gouvernement ou; e) qui relève d'un autre niveau de gouvernement (fédéral, municipal) n'est pas admissible au programme de financement de l'Agence.

Il est possible pour les organismes communautaires d'obtenir leur accréditation au PSOC, ce qui signifie la possibilité de reconduction du financement dans les années postérieures. Pour être accrédité, un organisme doit d'abord être admis et financé par le PSOC, présenter à chaque année (au plus tard le 30 juin) un rapport de ses activités et un rapport financier à ses membres lors d'une assemblée générale. Ces mêmes rapports doivent de plus être transmis à l'Agence. Enfin, l'organisme ne doit pas avoir fait l'objet d'un arrêt de paiement de subvention au cours des trois dernières années ou le cas échant, avoir satisfait aux exigences des recommandations de l'Agence ou du commissaire aux plaintes. Pour le financement de mandat spécifique, l'organisme peut avoir à répondre à des critères d'admissibilité supplémentaires.

Les instances responsables de l'allocation des enveloppes budgétaires sont les suivantes : le conseil d'administration de l'Agence, le comité d'allocation des ressources, la direction de la coordination des services, la direction de la santé publique, les directions de la santé publique et de la coordination des services et le responsable du guichet unique. Ces entités ont toutes un rôle à jouer dans l'attribution du financement aux organismes communautaires, régies par des

paramètres (incluant les cadres de financement) servant de guide pour l'attribution des montants.

Les cadres de financement sont composés de l'ensemble des balises générales applicables pour le financement du fonctionnement de base. Pour établir la contribution financière, l'Agence évalue les éléments suivants : statut des organismes (bénévole ou salarié), les plages de financement (minimum et maximum) et les phases de vie de l'organisme. Par exemple, pour un organisme bénévole, le montant minimal est établi à 2 000 $. L'Agence en assumera 90 % et le 10 % restant doit être fourni par l'organisme lui-même. La contribution maximale de l'Agence ne peut dépasser 13 500 $ pour un organisme de ce type. Pour un organisme fondé sur le travail salarié, le montant minimal pour le fonctionnement de base est établi à 35 000 $ (pour la phase de mise en service). L'Agence peut assumer 80 % des coûts et sa contribution maximale est fixée à 64 800 $. Il est à noter que le rayonnement géographique est un facteur de pondération du financement. Un organisme qui couvre un territoire (au lieu d'une municipalité) verra sa subvention majorée de 2 % pour son budget global de fonctionnement de base, de 2 % par territoire additionnel et de 10 % pour un rayonnement régional.

La reconduction du financement est elle aussi encadrée par des règles. Pour les organismes accrédités, le financement via le PSOC est reconduit de façon permanente selon certaines conditions et règles établies (formulaires complétés, justification de la subvention, remise du rapport financier, et autres) Les versements des subventions sont effectués en trois temps, soit les mois d'avril (25 % de la subvention), juillet (50 % du solde) et octobre (solde). Seuls les organismes œuvrant en santé mentale, les centres d'hébergement et certains organismes à vocation spéciale reçoivent leur subvention en quatre versements (avril, juillet, octobre, janvier).

Il est à noter que certains organismes, vivant des difficultés exceptionnelles et hors de leur contrôle (ex : incendie, inondation) peuvent se prévaloir d'une subvention spéciale de soutien. Ces organismes doivent toutefois être admis et financés via le Programme SOC, avoir remis leur rapport financier pour la dernière demande de subvention et justifier clairement la situation exceptionnelle dans laquelle ils se retrouvent. Cette demande peut être faite en tout temps et sera traitée dans les trois semaines suivant la réception.

**Les mécanismes de concertation et d'arrimage**

Dans ce document décrivant le cadre de collaboration (1996), l'Agence souligne qu'elle s'est donnée comme objectif d'accroître la confiance et l'harmonie avec les organismes communautaires au travers des relations de collaboration et de partenariat dans le cadre de service de santé et de bien-être visant la population régionale.

Dans cette optique, la Table régionale des organismes communautaires (TROC-02), qui représente l'ensemble des organismes communautaires et autres partenaires du domaine de la santé et des services sociaux, demeure l'organisme interlocuteur légitime de l'Agence. Cette dernière accorde une subvention pour financer les activités de concertation de la TROC-02. Les échanges

entre les instances se font au travers de rencontres convenues dans un calendrier annuel. Le cadre de coopération stipule que la TROC-02 sera intégrée dans les discussions sur la mise à jour du cadre de coopération, incluant la révision des mécanismes de gestion du financement tout en lui donnant le rôle accru de diffuseur d'information auprès de ses membres. Bien que la TROC-02 soit considérée comme l'interlocutrice officielle, il est toutefois possible que les regroupements d'organismes communautaires par problématique deviennent des porte-paroles privilégiés dans certaines situations. Le cas échéant, la TROC-02 sera toutefois informée des activités mises en place. En tout temps, l'Agence s'engage à encourager les liens de communication entre le réseau et les organismes communautaires des six secteurs géographiques de la région.

Pour répondre à leur mission d'évaluation des services, du degré d'atteinte des objectifs poursuivis et du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services, l'Agence, de concert avec les organismes communautaires, aura préalablement fixé les critères d'évaluation, les indicateurs de résultats, les mécanismes d'évaluation et les outils et ressources nécessaires. L'évaluation des services et/ou des activités vise à mesurer l'adéquation entre le besoin des personnes et la réponse apportée, et le suivi de gestion permet de mesurer l'écart entre ce qui a été fait et ce qui devrait l'être.

Pour terminer, l'Agence s'engage à supporter les organismes communautaires pour ce qui est de la formation et du perfectionnement des ressources humaines, en plus de coordonner les activités de perfectionnement du personnel et des membres des conseils d'administration. S'il a été défini que les activités de formation relèvent d'un budget spécifique administré par la TROC, un arrimage entre cette dernière et l'Agence sera établi.

### 5.2 Orientations du CSSS ou cadre de référence des relations avec le communautaire

Le CSSS Cléophas-Claveau n'a pas d'autre cadre de référence que celui proposé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cependant, comme il sera mentionné dans la section intitulée « Structure de collaboration », une table secteur et des tables clientèles existent afin de permettre un partenariat entre les organismes communautaires et le CSSS Cléophas-Claveau.

### 5.3 Politique ou cadre de référence concernant la pratique de l'organisation communautaire

La pratique de l'organisation communautaire au CSSS Cléophas-Claveau se fonde, quant à elle, sur les principes du Regroupement des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC) adoptés en juin 2002[10].

Selon le cadre de référence du RQIIAC, l'action communautaire comme mode d'intervention collective se définit comme suit :

> *L'action communautaire (…) désigne une forme de support organisationnel ou professionnel qui consiste à sensibiliser, à structurer et à organiser un milieu pour*

[10] Information obtenue verbalement auprès de l'organisateur communautaire du CSSS Cléophas-Claveau.

> *que celui-ci apporte une solution collective à un problème lui-même perçu comme collectif. Elle mise sur la capacité des collectivités à se prendre en charge (…) elle repose sur le principe que des solutions collectives doivent être apportées aux problèmes dans leurs dimensions sociale et collective.* (Fédération des CLSC du Québec, 1991)

L'organisation communautaire contribue, pour sa part, à l'*empowerment* collectif des milieux où elle intervient. Il s'agit :

> « *(…) d'un mode d'intervention en support aux communautés, leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Elle s'adresse prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources dans une optique de justice sociale et d'équité, de démocratie et de redistribution du pouvoir, d'enracinement et de participation sociale* » (Lachapelle, 2003).

Les interventions de l'organisateur communautaire de ce territoire portent donc sur l'ensemble des problématiques et des déterminants de la santé et du bien-être. Comme il est le seul organisateur communautaire, il intervient avec toutes les clientèles. Ces interventions regroupent principalement sept (7) activités : 1) l'identification des problématiques, des enjeux sociaux et les analyses de milieu; 2) les actions de prise en charge individuelle et collective avec les partenaires du réseau local de services : 3) l'aide à la création de nouveaux services, de nouvelles ressources, de réseaux d'entraide ou de projets issus des communautés; 4) le soutien organisationnel aux ressources existantes et la formation de la relève; 5) la sensibilisation, l'information et la conscientisation des communautés; 6) les actions sociales et politiques pour la défense des droits et la lutte pour la réduction des inégalités sociales. De plus, ces interventions sont en lien avec les stratégies et les domaines d'intervention en santé publique, notamment celui du développement des communautés. Finalement, l'organisateur communautaire du CSSS Cléophas-Claveau identifie ses priorités d'interventions en fonction des besoins remarqués dans la communauté, des demandes faites par le milieu et aussi à partir des priorités du PAL en santé publique et du projet clinique.

### 5.4 Nombre d'organisateurs communautaires et rattachement administratif

Selon la description d'emploi produite par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (mars 2003), le travail de l'organisateur communautaire consiste à procéder à l'identification et à l'analyse des besoins de la population avec les groupes concernés. Il conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et promouvoir son développement. Enfin, il agit comme personne-ressource auprès des groupes (ACCQ, 2003). Sachant cela, on retrouve, dans la mission CLSC du CSSS Cléophas-Claveau, un seul poste d'organisateur communautaire à temps complet. La fonction d'organisateur communautaire pour ce CSSS est rattachée administrativement au secteur du maintien à domicile, soit au programme perte d'autonomie liée au vieillissement.

## 6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Ce chapitre traite de façon plus particulière du cadre de référence régional relatif au programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'offre de services destinée aux personnes âgées, ainsi que la nature des services psychosociaux offerts y seront également traités, en plus du nombre d'agents de relations humaines (ARH) et de travailleuses sociales qui travaillent dans ce programme PALV.

### 6.1 Orientations régionales ou cadre de référence relatif au PALV

Le portrait de la situation des personnes âgées dans la région qui a été tracé par le Plan d'action régional (PAR) en santé publique 2004-2007 démontre que les impacts du vieillissement sur le réseau de la santé et des services sociaux sont déjà perceptibles et s'accentueront au cours des prochaines années. Ensuite, à partir des enjeux et défis à relever qui ont été identifiés, des priorités et stratégies d'action ont été retenues afin de s'adapter à la situation du vieillissement de la population et ainsi améliorer la santé et le bien-être de ces personnes âgées. C'est dans cette visée que l'Agence de santé et des services sociaux a réalisé le *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*, et ce, à partir des grandes orientations et des politiques nationales et régionales. Le plan, portant sur tous les volets des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, s'élabore à partir de cinq principes directeurs:

1. Le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même.
2. La volonté ferme de permettre aux aînés en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté.
3. La solidarité à l'égard de la personne proche aidante, à titre de cliente, de partenaire et de citoyenne, et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement, qui résulte d'un choix libre et éclairé.
4. L'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins.
5. Une réponse fondée sur les besoins des personnes et une contribution de l'usager indépendante du lieu où il réside, du type de résidence et du prestataire de services.

Ce plan d'action est conçu dans le but d'améliorer l'accès aux services et de soutenir le développement de formules diversifiées de logement afin de permettre d'offrir le plus d'options possible aux aînés en perte d'autonomie et à leurs proches. Le plan d'action a également comme objectif d'offrir des services reposant sur des standards de qualité et de pratique, et régularisés par le secteur public.

**Enjeux et défis à relever**

Selon le Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, d'ici 2010, de nombreux enjeux et défis devront être relevés afin d'offrir la meilleure gamme de services aux personnes âgées du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les premiers défis concernent le soutien à la personne vieillissante. C'est en mettant en place des services de prévention de la perte

d'autonomie et en s'assurant qu'un assortiment de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement que ces défis pourront être relevés. De plus, pour y arriver, la gamme de services de longue durée devant être accessible dans chacun des territoires de CSSS devra être complétée, tout comme l'accès aux programmes d'aide technique, aux fournitures et aux équipements destinés aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement qui devra être élargi. Finalement, les aînés en perte d'autonomie et leurs proches devront être soutenus par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique.

Le second défi à réaliser concerne le soutien aux proches aidants. Afin que ces derniers puissent continuer à aider l'aîné à vivre dans son milieu de vie naturel sans s'épuiser, ils devront être soutenus adéquatement par les services de l'instance locale et par les organismes communautaires. Les besoins des proches aidants devront être répondus à l'aide d'un plan d'intervention individualisé avant que ces derniers aient à demander de l'aide et ce, pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.

Ensuite, si la personne en perte d'autonomie désire continuer à vivre dans son domicile, des adaptations physiques peuvent être effectuées selon ses besoins. L'action sur l'environnement constitue donc un troisième défi et c'est dans cette optique que différentes formules et différents programmes seront mis à contribution pour répondre aux spécificités des personnes en perte d'autonomie dans leur résidence.

La qualité dans l'offre de services n'est également pas à négliger et, pour arriver à répondre à ce défi, les pourvoyeurs de services devront agir de façon précoce et selon des standards de pratique reconnus auprès des aînés requérant des soins aigus. Ils devront aussi diminuer l'utilisation des mesures de contrôle, mettre en place un programme d'appréciation de la qualité des services de longue durée, initier des programmes de formation requis dans les établissements ayant une mission de soutien à domicile et d'hébergement et diffuser un cadre de référence sur le rôle et les fonctions des comités d'usagers.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne peuvent plus demeurer dans leur propre domicile, un milieu de vie de qualité est requis, que ce soit dans les installations de CHSLD ou dans les autres milieux de vie tels que les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil. La mise en place d'un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées et le dépôt d'un plan global d'interventions immobilières au MSSS permettront de relever ce défi.

Finalement, dans le but de favoriser l'amélioration des connaissances et leur transfert, la collaboration avec les milieux d'enseignement et de recherche est de mise. Cela contribuera également au développement des services et des interventions de qualité, en plus de favoriser le recrutement et la rétention des ressources professionnelles.

## 6.2 Postfusion

### *6.2.1 Structure et organisation des services pour les personnes âgées*

**Offre de services régionale et du CSSS dans le programme PALV**

Le nombre de personnes âgées sur le territoire du RLS de la Baie, comme il a été vu précédemment, est en évolution constante depuis 1996 et cette réalité ne semble pas vouloir se démentir pour le futur. De même, comme il est mentionné dans le plan d'action régional 2005-2010, on doit donner priorité au maintien des personnes âgées à domicile (ASSS-SLSJ, 2005). Par contre, certaines de ces personnes ne peuvent rester dans leur propre domicile ou nécessitent de l'aide pour y demeurer. Le nouveau réseau local de services (RLS) vise donc à offrir une gamme complète de services aux personnes âgées en perte d'autonomie en travaillant avec les acteurs des différents réseaux : public, communautaire, privé et entreprise d'économie sociale.

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte 17 CHSLD pour un grand total de 1200 lits permanents et 18 lits temporaires. Le territoire de La Baie compte, pour sa part, trois (3) sites ayant une mission de CHSLD. Au total, la mission CHSLD du CSSS Cléophas-Claveau possède 114 lits d'hébergement permanents et deux lits d'hébergement temporaires. Outre les places en établissements publics, les personnes âgées de La Baie et des municipalités avoisinantes peuvent compter sur huit (8) des 101 résidences privées pour personnes âgées de la région, ce qui totalise 175 places. Les personnes peuvent aussi compter sur quatre (4) des 36 places régionales en ressources intermédiaires (RI) et sur quatre (4) autres places en ressources de type familial (RTF). Ensuite, des neuf (9) OSBL de la région, le territoire de La Baie en compte un pour sa clientèle âgée. Toujours pour l'hébergement, on retrouve 142 logements dans 36 immeubles HLM qui sont spécifiquement destinés aux personnes retraitées de l'arrondissement La Baie et de ses cinq (5) municipalités. De plus, des 42 organismes communautaires présents sur ce territoire, quatre (4) de ceux-ci et une entreprise d'économie sociale sont destinés à la population âgée. Finalement, on dénombre quatre (4) cliniques médicales en pratique privée, deux (2) services médicaux en CSSS (Pavillon CLSC de La Baie et point de services de l'Anse-Saint-Jean) et six (6) pharmacies dans la communauté (Poirier et Pineault, 2007).

En ce qui a trait aux services offerts par le CSSS Cléophas-Claveau dans le programme PALV, ils sont divisés en deux grandes catégories, soit le programme en milieu naturel et le programme d'hébergement. Tout d'abord, le premier programme offre onze (11) services pour les personnes demeurant dans leur milieu de vie naturel ou dans un milieu de vie substitut. Ceux-ci sont variés et complémentaires, et peuvent être utilisés consécutivement ou simultanément. Il s'agit du soutien à domicile, du centre de jour, de l'hôpital de jour, du programme régional de l'évaluation de la conduite automobile, de l'hébergement temporaire, des services d'urgence (CH), de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique (URFIG), de l'équipe ambulatoire de psychogériatrie, des ressources de type familial (RTF), des ressources intermédiaires (RI) ainsi que de la télésurveillance. Pour sa part, le programme d'hébergement concerne

l'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), réparti sur trois (3) sites et permettant d'offrir des services à 114 résidants (Poirier et Pineault, 2007).

**Nature des services psychosociaux offerts**

L'ensemble de la population du territoire du CSSS Cléophas-Claveau, y compris les personnes âgées, peut compter sur 28 agents de relations humaines (ARH) et travailleuses sociales, dont cinq travaillent essentiellement auprès de la clientèle aînée afin de lui offrir des services psychosociaux. Ces activités psychosociales touchent plusieurs volets. D'abord, les intervenantes sociales ont comme fonction d'assurer les évaluations et le suivi psychosocial à domicile. De ce fait, elles interviennent dans l'organisation des services permettant aux personnes en perte d'autonomie de demeurer dans leur milieu de vie naturel. Ces intervenantes peuvent également avoir comme tâche d'évaluer le besoin d'aide financière de la personne et référer celle-ci aux différents services d'aide aux activités de la vie domestique (AVD) tels que préparer les repas, entretenir la maison, faire les courses, et autres. De plus, les personnes en perte d'autonomie peuvent bénéficier d'une évaluation faite par une intervenante pour ensuite être référées vers le centre de jour ou l'hébergement temporaire. Enfin, lorsque nécessaire, ces personnes peuvent être orientées et accompagnées vers un milieu de vie plus adapté à leur condition.

**Autres acteurs impliqués**

D'autres services pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont offerts par des partenaires locaux et régionaux (Poirier et Pineault, 2007). On entend par partenaires locaux les quatre (4) cliniques médicales privées et les deux (2) services médicaux situés dans les locaux du CSSS, comptant treize (13) médecins à temps complet et un médecin à temps partiel, les cliniques paramédicales (physiothérapie, psychologie), les pharmacies, les huit (8) sites d'hébergement privé totalisant 175 places et, enfin, les organismes communautaires desservant la population âgée, soit la Popote mobile, le Centre de bénévolat « Soif de vivre », le Groupe d'action communautaire de santé bénévole de Ferland-et-Boilleau, les Bénévoles de Saint-Félix-d'Otis. Une entreprise d'économie sociale, le Service des aides familiales, et le Groupe d'action communautaire de l'APRS (Anse-Saint-Jean, Petit-Saguenay, Rivière-Éternité et Sagard) s'ajoutent à ce nombre. En terme de services, ces organismes communautaires peuvent offrir des rencontres individuelles, un suivi psychosocial, un support moral, une écoute téléphonique, des visites à domicile, de l'accompagnement pour les déplacements, le *bonjour quotidien*, la livraison de repas, un soutien technique, et autres.

Le CSSS Cléophas-Claveau collabore de façon plus précise avec huit (8) partenaires régionaux (Poirier et Pineault, 2007) : premièrement, les deux (2) CSSS avoisinants (le CSSS de Chicoutimi et celui de Jonquière), ensuite, trois (3) organismes communautaires à vocation régionale (le Centre de prévention du suicide, la Société Alzheimer de la Sagamie et l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités ), deux (2) corporations (Viactive Saguenay[11] et l'Office

[11] Corporation dédiée à la promotion et à l'animation du programme Viactive sur le territoire et qui permet de sensibiliser et d'initier les personnes âgées à la pratique régulière d'activités physiques.

municipal d'habitation), et enfin la Table régionale de promotion de l'activité physique chez les aînés.

**Structure de collaboration**

Depuis plus de dix (10) ans, par le biais des tables clientèles et de la table de secteur, une structure de concertation est en place afin de permettre un partenariat entre les organismes communautaires et le CSSS du territoire de la Baie et ce, pour chacune des missions CLSC, CHSLD et CH (Poirier et Pineault, 2007). La table de secteur et les tables clientèles sont formées d'intervenants de différents secteurs, et entre autres du milieu communautaire, qui se préoccupent du développement à la communauté (Table de secteur, 2002). D'abord, la Table de secteur du Fjord a retenu deux grandes orientations qui ont permis, entre autres, de constituer ses principaux rôles, mais qui permettent surtout de consolider des liens entre la communauté et les organismes communautaires. Ainsi, le premier rôle de la Table de secteur du Fjord est d'assurer une concertation locale en promotion-prévention de la santé et du bien-être. Son second rôle est de coordonner les activités du Plan d'action local (PAL) en santé publique et de veiller à la cohésion entre les besoins de la communauté et les actions des tables clientèles. La Table de secteur du Fjord est composée d'au plus trois (3) représentants de chaque table clientèle et de douze (12) membres cooptés. De ces membres, trois (3) proviennent du CSSS Cléophas-Claveau, deux du milieu municipal (élu ou employé) de La Baie et du Bas-Saguenay, deux (2) du milieu scolaire, deux (2) des établissements à caractère régional, un des clubs sociaux, un de la Direction de la santé publique et d'un médecin.

Les tables clientèles, autrefois appelées tables de concertation, ont quant à elle été formées afin de répondre aux objectifs du Plan d'action stratégique régional conçu en 1995. Ce plan d'action demandait que les priorités soient établies par problématiques ou par clientèles. Les représentants de la Table de secteur du Fjord décidèrent de les définir par clientèles. Ainsi, les quatre (4) tables clientèles ont défini leurs interventions pour quatre (4) groupes clientèles, soit enfance/famille, jeunesse, adultes et aîné(e)s.

C'est donc chaque table clientèle qui doit s'assurer de la concertation locale en promotion-prévention pour son groupe respectif. Les tables clientèles ont également pour fonction d'échanger sur les divers besoins et conditions de vie de leur groupe, de s'approprier les activités relevant de leur clientèle, d'analyser les stratégies annuelles, d'élaborer des plans opérationnels reliés aux activités prioritaires, d'aviser les organismes communautaires interpellés par les priorités et d'acheminer à la table de secteur leurs plans opérationnels comprenant un financement et une ventilation budgétaire. Ainsi, chacune des tables clientèles est libre de proposer des services à mettre en place, en plus de proposer l'organisme qui pourrait agir à titre de fiduciaire. De plus, les organismes non-membres peuvent être sollicités s'ils sont susceptibles de contribuer et participer aux activités.

À la suite de la réception des plans opérationnels annuels, la table de secteur a pour tâche d'analyser, en recherchant un consensus et en utilisant la grille prévue à cette fin, les services à

sélectionner. Elle achemine par la suite les plans opérationnels recommandés au CSSS Cléophas-Claveau afin qu'ils soient acceptés ou financés. En ce qui a trait au financement, il faut noter que l'enveloppe de 5 000 $ accordée par la direction de la santé publique pour le fonctionnement des tables, est répartie équitablement entre les quatre (4) tables clientèles et la table de secteur, chacune recevant 1 000 $.

La Table des aînés collabore, pour sa part, avec l'Agence de santé et services sociaux, la municipalité de La Baie, les organismes communautaires, les communautés religieuses, la direction du CSSS Cléophas-Claveau et les intervenants sur le terrain.

# 7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)

Avec la reconfiguration du système de santé et services sociaux, les CSSS se sont vus confier le mandat d'élaborer un projet clinique pour l'ensemble du territoire qu'ils desservent. Ce dernier chapitre expliquera donc les étapes de l'élaboration du projet clinique du réseau local de services de La Baie. On y retrouvera également la description du comité responsable de l'élaboration, de la structure mise en place, des acteurs impliqués, ainsi que du processus de consultation réalisé. Finalement, le projet clinique sera présenté sommairement.

## 7.1 Cadre de référence sur les projets cliniques et RLS

Dans le but de permettre à chacun des six CSSS de la région de réaliser un projet clinique pour son territoire, l'Agence a pris l'initiative de former un comité consultatif afin d'élaborer une démarche locale et régionale d'appropriation dans laquelle les principales composantes sont précisées, illustrées et expliquées. Cette démarche, utilisée comme un outil « pédagogique », est propre à la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et permet de conférer une couleur régionale au projet clinique de chaque CSSS, tout en permettant de partager une vision commune et un langage uniforme qui soit le plus accessible possible. Toutefois, bien que cette démarche soit davantage centrée sur les principales composantes de la région, elle s'inspire fortement de nombreux documents et cadres de référence réalisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les associations d'établissements, les regroupements professionnels, les agences et les autres organisations ayant mené à des réflexions sur les projets cliniques (ADRLSSS-SLSJ, 2005a).

La démarche régionale et locale d'appropriation du projet clinique entreprise par le réseau régional de la santé et des services sociaux devait ainsi servir à mobiliser les acteurs du réseau local. Chacune des instances locales a donc dû s'assurer de définir son propre projet clinique et organisationnel. Selon le projet de loi numéro 83, le projet clinique doit « *être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles* » (Assemblée nationale du Québec, 2004). Chaque CSSS s'est ainsi vu investi d'un leadership local pour qu'il puisse « *mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les autres intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation (article 99.5)*» (Assemblée nationale du Québec, 2004).

La nouvelle configuration comporte désormais deux types de programmes, à savoir les programmes-services et les programmes-soutien. Les programmes-services se divisent en deux catégories qui répondent d'abord à des besoins touchant l'ensemble de la population (santé publique; services généraux – activités cliniques et d'aide) et ensuite à des problématiques particulières, soit les sept programmes dont fait partie le programme PALV. Les programmes-soutien, pour leur part, regroupent des activités de nature administrative et technique servant à appuyer les programmes-services.

## 7.2 Principales démarches suivies localement

La démarche d'élaboration du projet clinique du RLS de La Baie a débuté le 7 septembre 2005, mais a été lancée officiellement lors du Forum des directeurs généraux des CSSS le 13 septembre (Poirier, 2005). Contrairement à la majorité des CSSS de la région, le CSSS Cléophas-Claveau disposait de nombreux leviers pour relever le défi de l'élaboration du projet clinique, tel le fait que la fusion des établissements ait été initiée en 1995 et complétée depuis près de 10 ans, le fait également que le Plan d'action local (PAL) en santé publique ait été achevé, que les tables de concertation soient structurées, dynamiques et partenaires du CSSS Cléophas-Claveau, et autres. Le projet clinique du territoire de La Baie devait tout de même se conformer aux orientations ministérielles, aux plans d'action régional et local de santé publique (PAR/PAL) de même qu'à l'entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux.

### *7.2.1 Responsable de l'élaboration*

Comme le veut la Loi 83, c'est le CSSS qui est responsable d'assurer l'élaboration du projet clinique de son RLS en mettant à contribution l'ensemble de ses partenaires (Poirier, 2005). C'est donc le conseil d'administration du CSSS Cléophas-Claveau qui a tenu le rôle de structure décisionnelle pour l'élaboration du projet clinique du RLS de La Baie. Dans ce cadre, le conseil d'administration s'était vu attribué un mandat spécifique qui consistait à diverses tâches. Il devait d'abord valider et approuver la démarche du projet clinique, tout en soutenant sa réalisation par l'adoption de mesures concrètes pouvant se traduire notamment par des investissements financiers. C'est également le conseil d'administration qui devait approuver la vision globale du projet clinique et les cibles prioritaires, ainsi que valider et approuver les choix organisationnels et le plan de mise en œuvre (Poirier, 2005).

### *7.2.2 Structure mise en place et personnes ayant participé à l'élaboration*

Une structure simple avait été proposée par le CSSS Cléophas-Claveau afin de mettre en place le projet clinique (Poirier, 2005). Cette structure comprend, à sa tête, une chargée de projet qui s'est vue octroyer différents mandats. Elle devait en effet coordonner les activités d'un comité de pilotage, en plus d'assurer et de faciliter le déroulement du projet en offrant un leadership structurant et motivateur. C'est également la chargée de projet qui devait fournir les outils et les informations nécessaires aux tables de travail et favoriser l'adhésion des partenaires locaux et régionaux, lorsque requis, en plus des cliniciens. Afin de mener à terme son mandat, la chargée de projet pouvait compter sur l'aide de l'organisateur communautaire du CSSS Cléophas-Claveau.

On retrouvait ensuite, dans la structure proposée, le comité de pilotage qui était un comité interne temporaire et non décisionnel. Sous la présidence de la chargée de projet, ce comité avait pour principale fonction d'énoncer les orientations et les lignes directrices du projet clinique. Plusieurs autres tâches lui étaient également confiées. En effet, ce comité de pilotage devait assurer l'interface entre la réflexion interne de l'établissement et les attentes des partenaires, plani-

fier et coordonner les travaux du projet clinique, rédiger et appliquer un plan de communication, documenter la situation d'ensemble du RLSSS, déterminer la composition des tables de travail, fournir toutes les informations requises et les outils nécessaires aux tables de travail, recevoir, approuver et intégrer leurs travaux, déposer des rapports d'évolution des travaux et formuler ses recommandations au conseil d'administration (CA), pour enfin lui déposer un plan de mise en œuvre. En plus de la chargée de projet, la directrice générale, les cadres supérieurs rattachés directement aux programmes visés, le directeur des services professionnels, le représentant de la table de secteur et l'organisateur communautaire faisaient partie du comité de pilotage.

Enfin, des tables de travail pour chaque programme-services, coordonnées par le comité de pilotage, devaient répondre aux différentes étapes menant à la réalisation du projet clinique. Ainsi, un responsable de chacune des tables de travail était désigné afin de prendre connaissance du profil populationnel en plus de documenter son offre et sa demande de services et celle de ses partenaires. Ensuite, une analyse des écarts entre la situation actuelle et la situation souhaitée permettait à chacune des tables de proposer des choix organisationnels. Ces tables de travail devaient également déposer les rapports de toutes les étapes et les résultats de leurs travaux au comité de pilotage, pour enfin élaborer de façon détaillée la programmation clinique. Finalement le conseil d'administration avait la responsabilité d'adopter le plan d'action proposé.

Les tables de travail avaient été constituées à partir des programmes définis par le MSSS. Elles étaient composées du cadre supérieur du programme-services concerné, d'un gestionnaire du programme-services, d'un médecin, des membres du personnel clinique (santé, social, réadaptation, accueil-évaluation-orientation (AEO), infirmière, préposé (e), personnel de soutien, et autres), des représentants des partenaires publics, privés et communautaires visés par le programme-service, des usagers ou représentants du programme-service et, au besoin, des partenaires intersectoriels. En ce qui concerne la composition de la table *Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, on comptait sur la participation de la direction du programme, d'un représentant des médecins, de proches aidants, d'intervenants cliniques rattachés aux différents services et activités des programmes (travailleuse sociale, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste), d'un pharmacien, d'un usager, d'un représentant de la table clientèle, d'un représentant du regroupement des organismes communautaires (ROC), et d'un représentant de la santé publique au besoin.

### *7.2.3 Le processus de consultation : les personnes consultées et le mécanisme de consultation*

Différentes formes de consultation ont été faites afin de recueillir les opinions des acteurs concernés par l'élaboration du projet clinique. C'est donc à travers une consultation publique, de quelques discussions de groupe (*focus group*), de rencontres avec différents comités de travail et d'une consultation écrite que les attentes de la population, de divers partenaires, des médecins et des intervenants faisant partie du RLS de La Baie ont été recueillies (Poirier et Pineault, 2007).

D'abord, pour la consultation publique qui s'était tenue le 6 avril 2006, 100 personnes ont répondu à l'invitation. De ce nombre, environ la moitié était des citoyens qui utilisaient des services du CSSS ou qui représentaient un usager, et l'autre moitié était constituée des partenaires du réseau. Les citoyens présents provenaient de l'ensemble du territoire, c'est-à-dire de l'arrondissement de La Baie et des cinq (5) municipalités, en plus de représenter l'ensemble des groupes d'âge. Les partenaires provenaient quant à eux de la table de secteur, des quatre (4) tables clientèles (enfance-famille, jeunesse, adulte, aîné), des cinq (5) foyers privés, des médecins du territoire, des centres de la petite enfance (CPE), des pharmaciens privés, des organismes communautaires, de l'entreprise d'économie sociale, du milieu municipal (arrondissement de La Baie, Ferland-et-Boilleau, Saint-Félix-d'Otis, Rivière-Éternité, Anse-Saint-Jean, Petit-Saguenay), du réseau scolaire (commission scolaire, comité de parents), de la sécurité publique et enfin du milieu socio-économique.
Lors de cette rencontre, les partenaires présents avaient été séparés selon chaque programme-service pour constituer des groupes focalisés et ainsi discuter puis évaluer l'offre de services proposée. En ce qui a trait au programme « Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement », les participants consultés provenaient de la table des aînés, du personnel de foyers privés, des membres des clubs de l'Âge d'or, des personnes de la table de secteur et de la Sécurité publique.

À la suite de cette consultation publique et de la discussion en groupes, une consultation écrite avait été réalisée du 23 mai au 6 juin 2006 auprès des différents partenaires, afin de recueillir leurs attentes ou les problèmes qu'ils avaient soulevés lors de la présentation de l'offre de services.

### 7.3 Présentation sommaire du projet clinique

En théorie, afin de réaliser la mise en œuvre de son projet clinique, 10 (dix) étapes devaient guider le CSSS Cléophas-Claveau (Poirier, 2005). La première étape consistait à nommer les caractéristiques et les besoins de la population. Ensuite, l'offre de services, c'est-à-dire la nature, le volume, le niveau d'accessibilité et d'intensité des services a été élaborée. La troisième étape consistait à faire l'analyse de l'écart et établir le diagnostic selon la disponibilité, l'accessibilité et l'intensité des services. À l'étape suivante, une analyse a été effectuée afin d'avoir une vision globale de la situation. Ainsi, les cibles d'amélioration de santé et de bien-être ont été identifiées, tout comme l'accessibilité territoriale aux services de base et spécialisés, l'accès aux services de proximité du domicile, la collaboration interorganisationnelle, la collaboration interprofessionnelle et enfin, l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles. La cinquième étape consistait à trouver les cibles cliniques prioritaires et de nommer les caractéristiques des groupes vulnérables et des clientèles particulières. La sixième étape avait trait aux choix organisationnels, c'est-à-dire le maintien du service au CSSS, l'intégration des services au CSSS, le transfert des services, le développement de services avec d'autres partenaires, l'organisation régionale des ententes de services et l'élaboration des programmations cliniques. À l'étape suivante, le plan de mise en œuvre a été établi avec l'énumération des responsabilités et le rôle de chaque acteur, l'échéancier, les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires, puis

les conditions de mise en œuvre. L'évaluation de la démarche du projet clinique a ensuite été réalisée, pour terminer avec la mise en œuvre et son ajustement.

À la suite de toutes ces étapes, qui ont permis de recueillir l'information afin d'élaborer le projet clinique du RLS de La Baie, chacun des programmes-services a été défini en neuf (9) points (Poirier et Pineault, 2007). On retrouve d'abord la description du programme, les intrants ayant guidé la réalisation, les orientations ministérielles, les personnes visées par le programme-services et la prévalence de santé et bien-être. Ensuite, on peut connaître les attentes de la population, des partenaires et des intervenants du RLS, l'offre de services du CSSS et ses partenaires locaux et régionaux, les problématiques soulevées classées sous les angles d'accessibilité, de continuité et de qualité. Le dernier point s'attarde à dresser une problématique opérationnelle qui a été transférée en objectif de gestion.

### *7.3.1 Diagnostic populationnel*

Comme mentionné précédemment, et dans le but de réaliser un projet clinique regroupant des services adaptés à la population de son territoire, le CSSS Cléophas-Claveau a établi le portrait de santé et de bien-être de la population. Les profils démographiques, socio-économiques, sociosanitaires ont été tracés, tout comme l'utilisation des services. Il a donc été possible de constater que la population sur le territoire de La Baie est vieillissante et ne cesse de diminuer depuis quelques années, ce qui semble également être la tendance pour les prochaines années. De plus, les données de l'enquête sociale et de santé Québec 1998 ont été utilisées afin de démontrer que 42,0 % des personnes de 65 ans et plus déclarent vivre avec une incapacité et que chez celles de plus de 75 ans, ce taux d'incapacité se situe à 55,0 %, ce qui peut amener une dépendance envers autrui (Choinière et coll., 2001). Selon ces mêmes données de 1998, la dépendance est modérée ou forte pour le quart des personnes de 75 ans et plus qui reçoivent l'aide d'un tiers. Ce taux représente 1 280 personnes, soit 5,5 % de la population totale du territoire du CSSS Cléophas-Claveau, et devrait augmenter à 12,4 % en 2026. Ces chiffres confirment le besoin de développer l'offre de services pour la clientèle vieillissante.

Ainsi, la population cible du programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement concerne toute personne qui présente des pertes au niveau de l'autonomie, pouvant être causées par des maladies chroniques, des troubles cognitifs et des limites fonctionnelles, ainsi qu'à ses proches aidants. Les clientèles prioritaires sont les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, les personnes âgées souffrant d'une démence de type Alzheimer et de troubles cognitifs les rendant potentiellement dépendantes de l'aide d'autrui ou enfin, des proches aidants qui sont eux-mêmes âgés. D'autres clientèles semblent être émergentes dans le système de santé. En effet, on retrouve parmi la clientèle du programme pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale, une déficience intellectuelle ou de multiples problématiques; les personnes moins âgées à profil gériatrique (environ 10 % de la clientèle hébergée) et la clientèle utilisant les services régionaux de gériatrie du CSSS Cléophas-Claveau.

### *7.3.2 Portrait des services offerts*

Le CSSS Cléophas-Claveau a par la suite inventorié les ressources et services pour répondre aux besoins susmentionnés offerts dans le réseau local de service. Ainsi, la population âgée de ce territoire peut profiter d'une gamme variée de services présentés à l'intérieur de trois catégories d'activités. Il y a d'abord les activités de promotion-prévention où est fait le dépistage des abus, de la violence et de la négligence à l'égard des aînés ; la vaccination contre l'influenza; les interventions multifactorielles personnalisées en prévention des chutes et le « Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) »; la promotion de l'activité physique et l'aménagement d'environnements accessibles et sécuritaires (programme Viactive et Clubs de marche); la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections; la réactivation et l'amélioration du projet « Médicament-mieux »; et finalement la promotion de saines habitudes alimentaires chez les aînés.

La seconde catégorie touche les services offerts par le CSSS Cléophas-Claveau. Ces services se divisent en deux sous-groupes, soit le programme en milieu naturel (services de soutien à domicile, centre de jour, hébergement temporaire, etc.) et le programme d'hébergement de longue durée. Ces services ont été présentés antérieurement.

D'autres services pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont offerts par des partenaires locaux et régionaux, ce qui correspond à la troisième catégorie d'activités. On entend par partenaires locaux les cliniques médicales, les cliniques paramédicales (physiothérapie, psychologie), les pharmacies communautaires, les huit sites d'hébergement privé totalisant 175 places, la Popote mobile, le Centre de bénévolat « Soif de vivre », le Groupe d'action communautaire de santé bénévole de Ferland-et-Boilleau, les Bénévoles de Saint-Félix-d'Otis, le Service des aides familiales et le Groupe d'action communautaire de l'APRS. Parmi ces partenaires, il y a cinq organismes communautaires offrant des services diversifiés tels que la distribution de repas chauds à domicile, l'offre d'accompagnement et de transport, le support téléphonique, le suivi de santé, de l'information sur différents thèmes, du conditionnement physique, du soutien moral, du répit aux proches aidants, et autres. On compte également une entreprise d'économie sociale qui offre des services d'entretien ménager, de préparation de repas, de grand ménage, d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), d'accompagnement, de soutien civique et de répit aux proches aidants.

### *7.3.3 Écarts à combler par rapport aux trois objectifs*

Les consultations faites auprès des partenaires et auprès de la population ont permis d'identifier des écarts à combler par rapport aux trois objectifs prioritaires soit l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes âgées. On retrouve la liste complète en annexe 4.

Le CSSS Cléophas-Claveau a toutefois résumé les écarts des trois objectifs prioritaires. D'abord, les écarts pour l'accessibilité se résument en un manque d'effectifs médicaux noté par les personnes consultées, des délais d'attente trop longs dans plusieurs services, des coûts trop élevés

pour des services complémentaires que les gens à faible revenu ne peuvent se permettre, et enfin plusieurs disent avoir de la difficulté à trouver les bons services. En ce qui a trait à la continuité, le problème le plus souvent soulevé concerne l'assistance technique et le continuum dans la transmission de l'information. Enfin, les problèmes touchant à la qualité s'appliquent surtout aux délais d'attente trop longs lors d'un transfert entre deux services.

Ainsi, de manière spécifique et encore selon le CSSS, la population, les partenaires et les intervenants du RLS consultés souhaitent l'ouverture de cliniques médicales la fin de semaine; un meilleur accès aux omnipraticiens et un délai plus rapide aux médecins de famille. Ils espèrent également avoir accès à des services d'hébergement ailleurs qu'en CHSLD lors de pertes d'autonomie temporaire; un accès plus rapide à différents services, dont le centre de jour, la physiothérapie, l'ergothérapie, la nutrition et les examens diagnostiques; une porte d'entrée unique pour toute demande d'information et de services, et de l'animation la fin de semaine pour la clientèle hébergée. Enfin, les personnes consultées désirent que les proches aidants soient davantage reconnus et tous désirent mieux connaître les services offerts par le CSSS et ses partenaires.

### *7.3.4 Cibles prioritaires identifiées dans le programme PALV*

À la suite des consultations faites auprès de la population, des partenaires et des intervenants du CSSS Cléophas-Claveau, huit (8) cibles prioritaires ont pu être identifiées pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Les cibles sont : 1) améliorer la transmission de l'information clinique entre les intervenants concernés; 2) réduire les délais d'attente pour accéder aux services du centre de jour, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la nutrition en soutien à domicile; 3) offrir des services de présence et de surveillance pour assurer un répit aux proches aidants ; 4) augmenter le nombre de places de convalescence à faible coût; 5) poursuivre le développement de l'approche milieu de vie dans les trois sites d'hébergement de longue durée; 6) augmenter l'offre de services de repas servis à domicile sur le territoire de La Baie et du Bas-Saguenay; 7) consolider l'offre d'accompagnement et de transport pour la clientèle en perte d'autonomie; 8) consolider les programmes en prévention des chutes.

En plus des cibles relatives au PALV, on en retrouve quatre (4) autres communes pour l'ensemble du projet clinique soit: 1) informer la population du réseau local des services offerts par le CSSS et les différents partenaires; 2) améliorer l'accès aux services médicaux; 3) favoriser le développement des communautés en agissant sur les déterminants de la santé, notamment par la promotion de saines habitudes de vie et l'approche « Villes et villages en santé » en milieu rural; 4) prévenir et contrôler les maladies nosocomiales.

C'est à partir de ces cibles prioritaires qu'un plan d'action a été élaboré. Ce dernier reprend chaque cible clinique et la divise en objectifs, activités et moyens pour atteindre ces objectifs, les ressources à déployer, les responsables de la mise en œuvre, les partenaires impliqués, les résultats attendus et les indicateurs de l'atteinte des buts. En ce qui a trait aux objectifs du PALV, ceux-ci ont été définis à partir des huit (8) différentes cibles prioritaires. On y ajoute toutefois

trois objectifs supplémentaires concernant : 1) l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie; 2) les composantes du Réseau intégré de services pour personnes âgées (RISPA), et 3) l'implantation du guichet unique, de la gestion de cas, de l'utilisation d'outils d'évaluation multiclientèle, du Plan de services individualisé (PSI) et du Plan d'intervention individualisé (PII) informatisés.

## CONCLUSION

Le CSSS Cléophas-Claveau est issu de la fusion d'un centre hospitalier, de deux installations de CSLC et de deux CHSLD. Les écrits relatifs à la fusion permettent de conclure qu'elle a été effectuée de façon volontaire par la direction générale et dans une relative harmonie. Effectivement, la décision a été prise à la suite d'une recommandation de la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean, aujourd'hui appelée Agence de la santé et des services sociaux, afin d'arriver à une meilleure intégration des services. Il semble donc que c'est sans trop de heurts que le processus de fusion s'est poursuivi de janvier 1997 à janvier 1998, en créant le CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau. À la suite de l'adoption de la Loi 25 en 2004, l'établissement change de nom pour s'appeler le Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau. Parmi les caractéristiques de ce CSSS, on note qu'il ne compte aucun médecin spécialiste et un seul organisateur communautaire. Par conséquent, ce dernier doit intervenir auprès de toutes les clientèles. Sa pratique se fonde sur les principes du RQIIAC et est en lien avec les stratégies des domaines d'intervention en santé publique. Il établit la priorité de ses tâches selon les besoins qu'il observe dans la communauté, mais aussi à partir des priorités du Plan d'action local (PAL) en santé publique et du projet clinique.

Différents enjeux et défis à relever, concernant les services destinés aux aînés en perte d'autonomie, ont été soulevés dans le Plan d'action régional 2005-2010. Ces enjeux concernent, entre autres, le soutien de la personne vieillissante, le soutien aux proches aidants et les actions à poser sur l'environnement de la personne âgée vivant à domicile. À ce jour, les personnes ayant un profil gériatrique peuvent compter sur une gamme de services offerts soit par les partenaires locaux et régionaux ou soit par le CSSS. Ils comprennent entre autres l'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD), les centres de jour, l'hôpital de jour, l'hébergement temporaire ou permanent, la télésurveillance, le programme de réadaptation, les soins de santé, les services psychosociaux, et autres. De plus, un mandat régional de gériatrie a été octroyé au CSSS Cléophas-Claveau.

Avec l'élaboration du projet clinique, l'offre de services a pu se préciser davantage. Lors d'une journée de consultation, la population, les usagers et les intervenants du réseau local de services (RLS) de La Baie ont pu identifier des écarts et des besoins à combler. Ceux-ci ont par la suite été transformés en cibles d'action. Parmi ces cibles, huit (8) sont destinées au programme PALV et visent principalement l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Le plan d'action fournit ensuite des moyens afin d'atteindre ces objectifs et identifie les personnes qui y travailleront.

En conclusion, cette monographie représente la première des deux étapes de la démarche qualitative de la présente étude. Cette première étape consistait à décrire, à partir de documents existants, les processus de fusion des établissements de santé et services sociaux et de rédaction du projet clinique pour le programme PALV. La seconde étape consiste en une série d'entrevues individuelles qui permettront de documenter le point de vue des acteurs concernés par les deux volets de la recherche (la pratique partenariale et l'intervention psychosociale et communautai-

re). Pour chacun des cas étudiés, des entrevues individuelles semi-dirigées seront conduites avec des représentants du CSSS qui sont actifs dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement à des niveaux hiérarchiques différents [directeur général, cadres supérieur et intermédiaire, chargés de projet clinique au plan local, agentes de relations humaines (ARH ou travailleuses sociales) et organisateurs communautaires], ainsi qu'avec des représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale. Par la suite, l'analyse des données obtenues permettra d'identifier les différences et les similitudes entre les deux grandes catégories de répondants (État et organismes communautaires) et leurs sous-groupes (niveaux hiérarchiques). Un second document sera produit dans lequel seront présentés les résultats d'analyse ayant émergé des entrevues.

**RÉFÉRENCES**

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004), *Les réseaux locaux de services : un modèle d'organisation intégrée pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Québec.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007. En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région*, Québec.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005a), *Les projets cliniques au Saguenay–Lac-Saint-Jean : tirer profit de nos expériences. Démarche locale et régionale d'appropriation*, Québec.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005b), *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : région du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Québec.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005c), *Portrait de santé des territoires du Saguenay–Lac-Saint-Jean : La Baie*, Québec.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2008), *Cadre de coopération entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean et les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean le 3 avril 2008.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2007), *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, [En ligne] http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/U225/ORIGINAL%20FINAL%2007%2009%2026.pdf

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2006), *La population de la région sociosanitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean : perspectives démographiques de 1981 à 2026*, Québec.

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2004), *Projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Notes explicatives et articles 99.5.*

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES RETRAITÉ(E)S DES SECTEURS PUBLICS ET PARAPUBLICS (AQRP) (2007), *Portrait statistique régional des aînés du Québec,* [En ligne] www.aqrp.qc.ca/portrait.pdf

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (ACCQ) (2003), *La description d'emploi : Guide d'élaboration et de rédaction d'une description d'emploi : répertoire des fonctions*.

BOURQUE, D. (2004), *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires,* Cahiers de recherche 04-32, Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales et Centre d'étude et de recherche en intervention sociale de l'UQAM, 25 p.

CH.CHSLD.CLSC CLÉOPHAS-CLAVEAU (1999), *Le Centre Cléophas-Claveau : son projet, son avenir. Plan d'organisation,* Adopté par le conseil d'administration du CH.CHSLD.CLSC Cléophas-Claveau le 16 mars 1999.

CH, CHSLD, CLSC CLÉOPHAS-CLAVEAU (2000), *« Quatre pour UN » : bilan et évaluation de la démarche de fusion,* Proposition, Démarche d'évaluation du Projet organisationnel, Document déposé à la RRSSS 02, mai 2000.

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.

CHOINIÈRE ET COLL. (2001), *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 98 région SLSJ,* Institut national de santé publique du Québec, 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.

COUTLÉE, D. (2006), *État de la situation sur les projets cliniques : région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, CSSS Cléophas-Claveau, programme-services : personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*.

COUTURE, R. (2001), *Enquête psychosociale du Saguenay—Lac-Saint-Jean (2000),* Régie régionale de la santé et des services sociaux, bases de données, Roberval.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CLÉOPHAS-CALVEAU (2006), *Rapport annuel 2005-2006*, Saguenay.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SECTEUR DE LA BAIE ET DU BAS-SAGUENAY SUD (1996), *Plan sommaire de réalisation : Le regroupement des établissements de santé de La Baie/CLSC du Fjord,* Document préparé par le comité conjoint, Février 1996.

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

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (2000), *Sécurité de la vieillesse,* dans Éco-Santé Québec 2007.

FERLIE, E., HARTLEY, J. et MARTIN, S. (2003), "Changing public service organizations : Current perspectives and future prospects", *British Journal of Management*, 14, S1-S14.

GAUMER, B. et FLEURY, M.-J. (2007), « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique » In, *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (1996), *Rapport présenté au comité conjoint*, le 12 mars 1996, par Dominique Coutlée, Réginald Fortin et Martine Nepton.

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.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001), *Enquête sociale et de santé 1998,* 2e édition, Bibliothèque nationale du Québec, Montréal.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2007), *Bulletin statistique régional,* Volume 4, numéro 1, [En ligne]
http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletins/02_Saguenay_Lac_Saint_Jean.pdf

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

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007), Conseil d'administration, CSSS Cléophas-Claveau, [En ligne]
http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M07ConsMembCa.asp?noMsssPermEtab=11043411

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès*, 1997 à 1999, dans AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007. En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier Med-Écho*, 1998 à 2001, dans AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007. En action, pour la santé et le bien-être des gens de notre région,* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Chez-soi : le premier choix, la politique de soutien à domicile,* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004), *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Document principal,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a), *Guide à l'implantation du projet clinique,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b), *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c), *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (document principal),* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004d), *Chez soi : le premier choix - précisions pour favoriser la politique de soutien à domicile,* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004e), *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux,* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004f), *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005), *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du ministère, *Info-Contour* (novembre), 5.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b), *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010,* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

PIERRE ROY ET ASSOCIÉS (1997a), *Démarche de regroupement : les établissements de La Baie, le CLSC du Fjord. Élaboration du projet organisationnel,* Guide méthodologique à l'usage des groupes de travail thématiques, Québec, 12 février 1997.

PIERRE ROY ET ASSOCIÉS (1997b), *Le projet organisationnel : les défis en présence, la mission, les valeurs et les éléments d'orientation. Le centre de santé et de services sociaux (les CLSC, CH et CHSLD) du secteur du Fjord,* Document de travail soumis à la consultation, Québec, 23 avril 1997.

PIERRE ROY ET ASSOCIÉS (1997c), *Le plan d'organisation : des éléments d'orientation…un rappel, la proposition de réorganisation, des impacts d'ordre clinique et financier. Le centre de santé et de services sociaux (les CLSC, CH et CHSLD) du secteur du Fjord,* Document présenté aux Conseils d'administration, Québec, 16 juin 1997.

POIRIER, S., (2005), *Démarche : Projet clinique du Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau,* Document présenté par la chargée de projet le 24 novembre 2005.

POIRIER, S., PINEAULT, D. (2005), *Projet clinique du réseau local de services de La Baie,* Document de travail, CSSS Cléophas-Claveau, 15 mai 2007.

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

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

QUÉBEC (2005), *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.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996), *Les organismes communautaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean et la Régie régionale : partenaires pour la santé et le bien-être des citoyens,* Chicoutimi.

RICHARD, M.-C., MALTAIS, D., SAVARD, S., TREMBLAY, M., BOURQUE, D., BUSSIÈRES, D., et coll. (2005), *Enjeux de la configuration des centres de santé et de services sociaux : recension des écrits*, Université du Québec à Chicoutimi, GRIR Groupe de recherche et d'intervention régionales.

SIMARD, P., ASSELIN, J., DUMAS, F., FORTIN, J. (2001), *Évaluation de la démarche de fusion du centre Cléophas-Claveau : état de la situation telle que perçue par les membres de l'organisation,* Rapport final, ÉNAP.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (SHQ) (2005), *L'habitation au Québec. Saguenay–Lac-Saint-Jean. Profil statistique,* [En ligne] http://www.habitation.gouv.qc.ca/publications/M18395.pdf

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

TABLE DE SECTEUR DU FJORD (2002), *Notre vie…notre histoire* : historique.

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

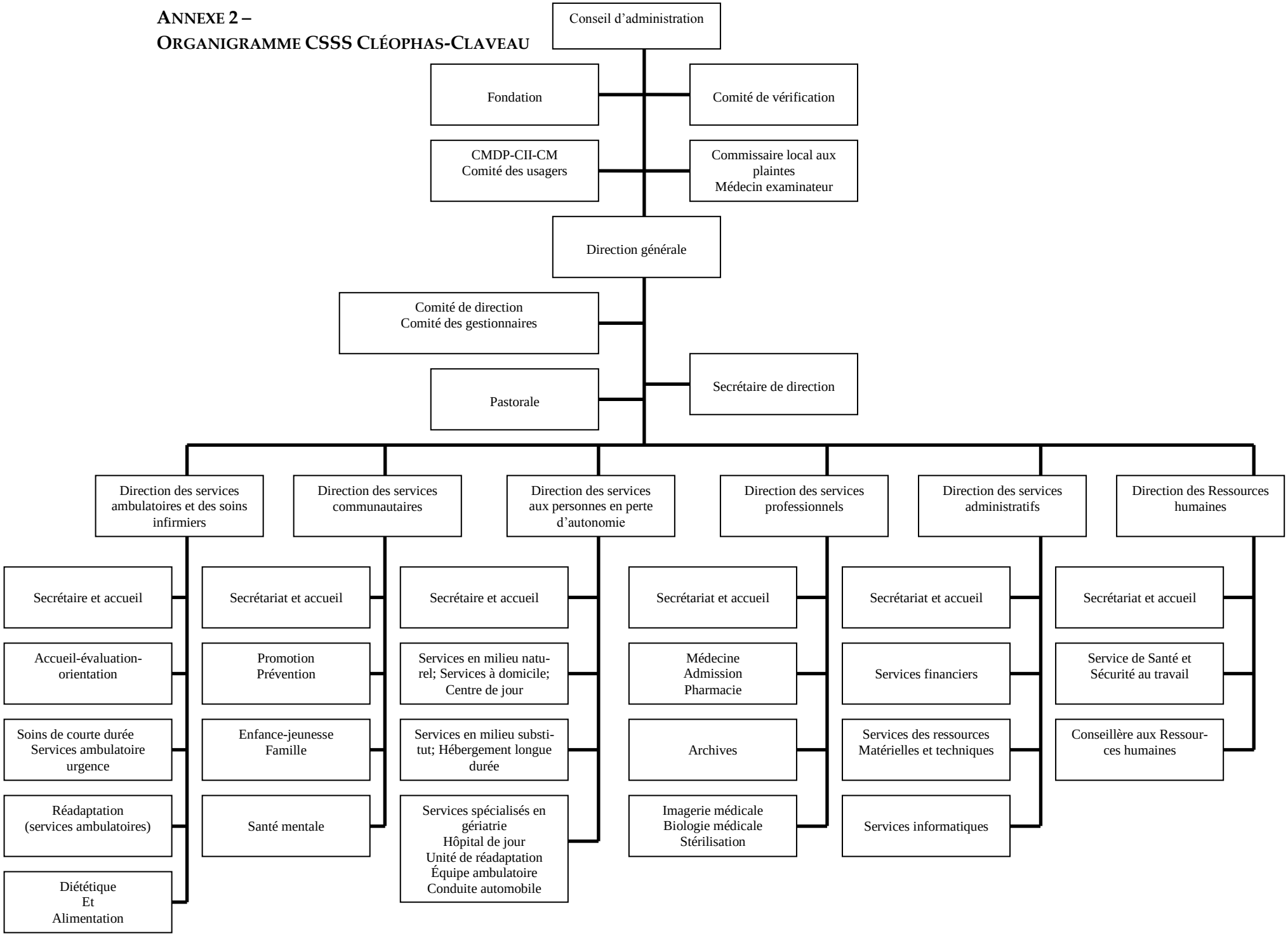
# ANNEXES

## ANNEXE 1

### ESTIMATION ET PRÉVISION DE LA POPULATION, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, SUR LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS) DE LA BAIE, DE 1996 À 2026

| | **1996** | | **2001** | | **2011** | | **2026** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **H** | **F** | **H** | **F** | **H** | **F** | **H** | **F** |
| **0-64** | 11 769 | 11 235 | 11 128 | 10 370 | 9 876 | 9 105 | 7 629 | 6 996 |
| **65 et +** | 1 127 | 1 408 | 1 275 | 1 551 | 1 718 | 1 928 | 3 110 | 3 290 |
| **85 et +** | 47 | 101 | 58 | 137 | 129 | 212 | 250 | 389 |
| **Total** | 12 896 | 12 643 | 12 408 | 11 921 | 11 594 | 11 033 | 10 739 | 10 286 |
| **Total 65 +** | **2 535** | | **2 823** | | **3 646** | | **6 400 (30,4 %)** | |
| **Total 85 +** | **148** | | **195** | | **341** | | **639** | |
| **TOTAL** | **25 539** | | **24 324** | | **22 627** | | **21 025** | |

## ANNEXE 2 –
## ORGANIGRAMME CSSS CLÉOPHAS-CLAVEAU



**ANNEXE 3**

| DOCUMENTS DÉPOSÉS LORS DES ÉTAPES DE LA FUSION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX À LA BAIE | | |
|---|---|---|
| Janvier 1996 | | La Régie régionale a demandé qu'un plan de réalisation soit déposé pour la fin janvier 1996, après avoir décidé de la constitution d'un seul CSSS à La Baie. |
| Février 1996 | **Plan sommaire de réalisation** | Document préparé par le Comité conjoint :<br>1. Proposition d'un nom pour le nouvel établissement.<br>2. Préparation d'un énoncé de mission.<br>3. Identification des principales priorités concernant l'intégration et la complémentarité dans les services à la clientèle.<br>4. Formulation des grandes orientations et des politiques concernant …<br>5. Élaboration d'une stratégie de gestion du changement et de l'impact sur les ressources humaines.<br>6. Élaboration d'un plan de mise en œuvre et d'un échéancier comme suite à l'obtention des lettres patentes.<br>7. Préparation de projets de résolution pour les conseils d'administration. |
| 12 février 1997 | **Élaboration du projet organisationnel** | PHASE A (profils environnementaux et organisationnels)<br>1. Élaboration des Profils par groupes de travail.<br>2. Consultation : Pairs/Partenaires/Conseils consultatifs.<br>3. Intégration/harmonisation par Comité de direction intégré.<br>4. Validation auprès des participants concernés.<br>5. Dépôt et acceptation : conseils d'administration.<br><br>PHASE B (projet organisationnel)<br>1. Élaboration du Projet organisationnel par les groupes de travail.<br>2. Consultation : |

| | | |
|---|---|---|
| | | Pairs/Partenaires/Conseils consultatifs.<br>3. Intégration/harmonisation par Comité de direction intégré.<br>4. Rédaction du Projet par consultant / Validation auprès des participants concernés.<br>5. Dépôt / Acceptation / Proclamation d'administration. |
| 20 février 1997 | **Profil environnemental : des constats et des enjeux** | |
| 27 mars 1997 | **Profil organisationnel : des constats et des enjeux** | |
| 23 avril 1997 | **Le projet organisationnel** | Déposé et accepté par les membres des deux conseils d'administration<br>-le *Profil environnemental, des constats et des enjeux* avait été déposé le 20 février 1997<br>-les *Profils organisationnels, des constats et des enjeux* avaient été déposés le 27 mars 1997 |
| 16 juin 1997 | **Le plan d'organisation** | Soumis par Pierre Roy et associés aux conseils d'administration |
| 21 janvier 1998 | **Obtention des lettres patentes** | |
| Juillet 1998 | **Attribution du poste à la Direction Générale** | |
| 11 et 12 février 1999 | **Plan d'organisation : Grilles de consultation** | |
| 16 mars 1999 | **Plan d'organisation :** Le Centre Cléophas-Claveau : Son projet, son avenir | 1. Dépôt au conseil d'administration d'un calendrier de travail.<br>2. Constitution d'un comité de travail (comité de gestion transitoire).<br>3. Activité de connaissance du milieu<br>▪ Visites,<br>▪ Rencontres de groupes<br>▪ Entrevues individuelles avec les gestionnaires.<br>4. Appropriation et révision du document « Valeurs et orientations générales »<br>▪ Revue de littérature.<br>5. Visites d'établissements comparables.<br>6. Rédaction. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 7. Dépôt au conseil d'administration.<br>8. Séances d'information.<br>9. Période de consultation.<br>10. Dépôt des recommandations.<br>11. Révisions et rédaction du document final.<br>12. Adoption.<br>13. Implantation |

## ANNEXE 4 – ÉCARTS À COMBLER SELON L'ACCESSIBILITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ

**Accessibilité des services**

1) Présence de plusieurs accès différents qui obligent les bénéficiaires à répéter l'information
2) Manque d'outils de présentation des services du territoire
3) Manque de médecins pour recevoir les nouveaux clients
4) Délai trop long pour obtenir un rendez-vous médical
5) Délai d'attente trop long pour accéder à certains services tels que centre de jour, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services d'une nutritionniste et des examens diagnostiques
6) Délai d'attente trop long pour certains programmes de réadaptation (PAC, fauteuils roulants, vignette de stationnement)
7) Manque de service d'orthophonie sur le territoire ; le manque de place de convalescence à faible coût pour la clientèle à faible revenu
8) Absence de transport adapté pour la population vivant à Saint-Félix-d'Otis
9) Manque de médecins en soutien à domicile; le manque de visibilité des intervenants au point de chute de Ferland-et-Boilleau
10) Le poste d'accueil pas propice à accueillir les visiteurs.

**Continuité**

1) Absence de service de présence surveillance pour la clientèle âgée
2) Service de soutien inapproprié pour les gens qui chutent à domicile
3) Absence de service de support technique pour équipement en dehors des heures d'ouverture
4) Absence de service de transport pour les équipements accessible aux gens à faible revenu
5) Offre incomplète de service de la popote mobile
6) Manque de stabilité et de régularité pour accompagnement de la clientèle
7) Disparité dans les informations transmises par rapport à certaines problématiques
8) Lourdeur du système pour prescription d'aides à la mobilité (entente à faire)
9) Délai de prise en charge trop long lors de transfert de programme
10) Manque de service de répit aux aidants pour la clientèle atteinte de démence
11) Certains médecins refusent de remplir la formule M28 pour l'évaluation de la conduite automobile
12) Les points de chute de Ferland-Boilleau et Saint-Félix-d'Otis sont peu utilisés par les intervenants du CSSS
13) Manque de service d'animation en hébergement les fins de semaine
14) Offre de services incomplets pour la clientèle âgée ayant des problématiques de santé mentale.

**Qualité**

1) Trop long délai pour l'accès à l'information clinique
2) Manque de programme de formation pour les intervenants des résidences privées
3) Amélioration d'outils de travail en soins infirmiers
4) Absence de modèle conceptuel adapté aux OEMC
5) Amélioration des mécanismes de liaison dans l'ensemble du CSSS
6) Absence d'équipe ambulatoire en psychogériatrie
7) Absence de clinique de stimulation cognitive
8) Manque de ressource de réadaptation de première ligne, créant certains impacts
9) Amélioration du travail interdisciplinaire
10) Manque de reconnaissance pour les proches aidants visitant les résidents
11) Manque de temps pour la période des repas en hébergement
12) Manque de temps à consacrer aux résidents