

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

CAHIERS DU LAREPPS

No 10-02

**LE PROCESSUS DE CRÉATION DU CSSS ET LA RECONFIGURATION
DES SERVICES DU PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU
VIEILLISSEMENT (PALV):**

Monographie du CSSS du Sud-Ouest - Verdun

**Denis Bourque et René Lachapelle
Avec la collaboration de François Marchand**

*Copublication avec la Chaire de recherche du Canada
en organisation communautaire (CRCOC),
le Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR, UQO
et le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), UQAM*

**École de travail social
Université du Québec à Montréal**

**© LAREPPS/UQÀM
Janvier 2010**

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

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Cahiers du LAREPPS : ISSN 1490-8069

ISBN 978-2-922879-19-3 (Cahier du LAREPPS no 10-02, version imprimée)

ISBN 978-2-922879-20-9 (Cahier du LAREPPS no 10-02, version pdf, en ligne)

ISBN 978-2-89251-382-0 (Cahier de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire 0906 (CRCOC))

LISTE DES ACRONYMES

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

ROPASOM	Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal
RQIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TED	Trouble envahissant du développement
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
UQO	Université du Québec en Outaouais

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	II
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	V
PRÉSENTATION	VI
1. INTRODUCTION	1
1.1 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	1
1.2 PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE	2
1.2.1 <i>La réforme de la santé et des services sociaux</i>	2
1.2.2 <i>Les rapports entre l'État, l'action communautaire et l'organisation communautaire</i>	6
1.2.3 <i>Le programme PALV et la pratique psychosociale</i>	9
2. PORTRAIT DU TERRITOIRE ET DE LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS LOCALES.	14
2.1 LA RÉGION DE MONTRÉAL	14
2.2 PORTRAIT DU TERRITOIRE DESSERVI PAR LE CSSS DU SUD-OUEST - VERDUN	18
3. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS DU SUD-OUEST – VERDUN	23
3.1 LA DÉMARCHE DE CONSULTATION	23
3.2 LE SCÉNARIO PROPOSÉ PAR L'AGENCE DE MONTRÉAL	24
3.3 LES RÉACTIONS DES ACTEURS	26
3.4 SCÉNARIO RETENU	29
4. DESCRIPTION DU CSSS DU SUD-OUEST - VERDUN	31
4.1 CRÉATION DU CSSS ET NATURE DES ÉTABLISSEMENTS REGROUPÉS	31
4.2 CARACTÉRISTIQUES DU CSSS EN 2006-2007	31
4.3 LA STRUCTURE DE DIRECTION ET LE POSITIONNEMENT DES SERVICES AUX PERSONNES PALV	33
5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	34
5.1 ORIENTATIONS RÉGIONALES ENCADRANT LES RELATIONS AVEC LES GROUPES COMMUNAUTAIRES	34
5.2 ORIENTATIONS COMMUNAUTAIRES DU CSSS	36
6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX	38
6.1 ORIENTATIONS RÉGIONALES OU CADRE DE RÉFÉRENCE RELATIF AU PALV	38
6.2 ORGANISATION DES SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES AVANT LA CRÉATION DU CSSS	40
6.3 ORGANISATION DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES AU CSSS DU SUD-OUEST – VERDUN	41
7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES	45
7.1 ORIENTATIONS RÉGIONALES OU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LES PROJETS CLINIQUES ET RLS	45
7.2 PRINCIPALES DÉMARCHES SUIVIES LOCALEMENT	46
7.2.1 <i>Responsabilité de l'élaboration</i>	46
7.2.2 <i>La structure mise en place</i>	46
7.2.3 <i>Le CSSS du Sud-Ouest - Verdun et ses partenaires</i>	47
7.2.4 <i>Projet clinique et PALV</i>	48
7.3 PRÉSENTATION SOMMAIRE DU PROJET CLINIQUE	49
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 –	Couverture de la région de Montréal comparée au reste du Québec : services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, 2005	p.18
Tableau 2 –	Données socioéconomiques 2001, territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun	p.20
Tableau 3 –	Accroissement prévu de la population selon le groupe d'âge, territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun selon les secteurs de CLSC – 2001-2011	p.20
Tableau 4 –	Population âgée du territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2001	p.21
Tableau 5 –	Organismes communautaires par catégorie financés par le PSOC sur les territoires de Montréal et du CSSS Sud-Ouest – Verdun, 2007	p.22
Tableau 6 –	Calendrier du processus de consultation quant à la formation des nouvelles instances locales du territoire de l'Île de Montréal, 2003-2004	p.24
Tableau 7A –	Volume d'activités en soutien à domicile en 2002-2003 dans les CLSC du Territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun	p.41
Tableau 7B –	Volume d'activités en PALV au CSSS du Sud-Ouest – Verdun, de 2004-2005 à 2006-2007	p.41
Tableau 8 –	Partenaires invités au Forum du printemps 2007	p.48
Tableau 9 –	Membres du ROPASOM	p.49

LISTE DES FIGURES

Figure 1 –	Le réseau local de services (RLS)	p. 4
Figure 2 –	Configuration des programmes	p. 6
Figure 3 –	Les territoires des CSSS de l'Île de Montréal	p.16
Figure 4 –	Carte du territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun	p.19
Figure 5 –	Organigramme du CSSS Sud-Ouest – Verdun tel qu'établi en décembre 2007	p.33
Figure 6 –	Organigramme de la Direction du programme des services pour les personnes en perte d'autonomie	p.43
Figure 7 –	Schéma d'organisation des services aux PPALV	p.50

PRÉSENTATION

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

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

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

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

1. INTRODUCTION

1.1 Retour sur les objectifs de la recherche

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

Depuis les années 1990, le partenariat structure les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires considérés comme des acteurs essentiels des RLS¹. 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?

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

La recherche s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994). Quatre (4) CSSS ont été étudiés et comparés démontrant ainsi la diversité des expériences qui se construisent dans les nouveaux RLS et, spécifiquement, dans le cadre du programme PALV. Deux (2) CSSS ont été étudiés dans chacune des deux (2) régions administratives de Montréal et du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Notre démarche qualitative se base sur deux principaux **outils méthodologiques**. D'abord, nous avons réalisé une **analyse documentaire** pour établir un portrait de chacun des quatre processus en cours de création de RLS et de détermination de projets cliniques. Ensuite, nous avons procédé à 27 **entrevues individuelles** à Montréal et 21 au Saguenay, qui nous ont permis de documenter le point de vue des acteurs concernés par les deux volets de la recherche : les pratiques partenariales, d'une part, et les interventions psychosociales et communautaires, d'autre part. Pour chacun des cas étudiés, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été conduites avec des représentants du CSSS actifs dans le programme PALV à des niveaux hiérarchiques différents : directeur général, cadres supérieur et intermédiaire, chargés locaux de projet clinique, travailleuses sociales et organisateurs communautaires. Nous avons aussi rencontré en entrevue des représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale. Les résultats de l'analyse documentaire liée à chacun des cas ont été synthétisés dans une monographie, dont celle-ci portant sur le CSSS du Sud-Ouest - Verdun.

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

1.2 Problématique générale

1.2.1 La réforme de la santé et des services sociaux

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

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

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

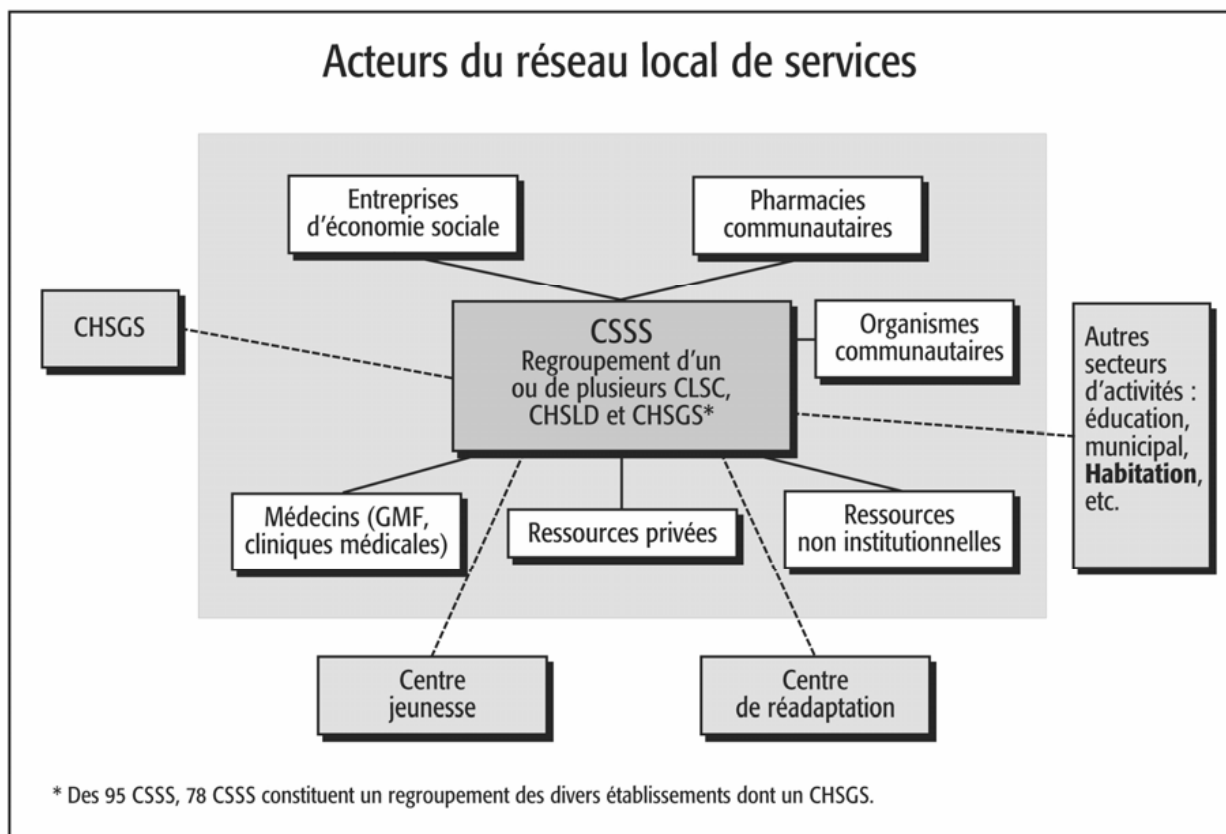
Au début des années 1990, les plans régionaux d'organisation de services (PROS), pilotés par les Régies régionales dans la foulée de la reconnaissance des organismes communautaires par la Loi 120, avaient eu des effets mineurs sur la réorganisation des services dans les établissements, mais ont toutefois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

LA LOI 25

La loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) a été présentée à l'Assemblée nationale du Québec le 11 novembre 2003 et sanctionnée la même année, le 18 décembre. Le préambule précise que cette loi « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le

réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003a). La loi crée des agences ayant la mission de développer des réseaux locaux de services comportant, sur chaque territoire, une organisation des services de santé et des services sociaux qui regroupe au moins un CLSC, un CHSLD et si possible un CH. Ce modèle d'organisation mise sur le regroupement administratif pour intégrer les services. En plus d'une offre de services continus et accessibles, la Loi 25 vise une hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle des établissements chargés de coordonner ces réseaux locaux (MSSS, 2004c). C'est la fusion des établissements publics (CLSC, CHSLD et CH) qui constitue le mode d'organisation privilégié d'intégration des services et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui en résulte, sera responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des services sur son territoire. Le concept de responsabilité populationnelle présenté dans la loi signifie que la responsabilité de la santé d'une population est imputée au CSSS. Les acteurs sont donc incités à agir de façon concertée pour déterminer les services dont la population a besoin et veiller au maintien ou à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

Figure 1 – Le réseau local de services (RLS)



Le CSSS est responsable de fournir les services de la mission CLSC, l'hébergement de longue durée et les services hospitaliers courants. Il a aussi la responsabilité de la coordination des

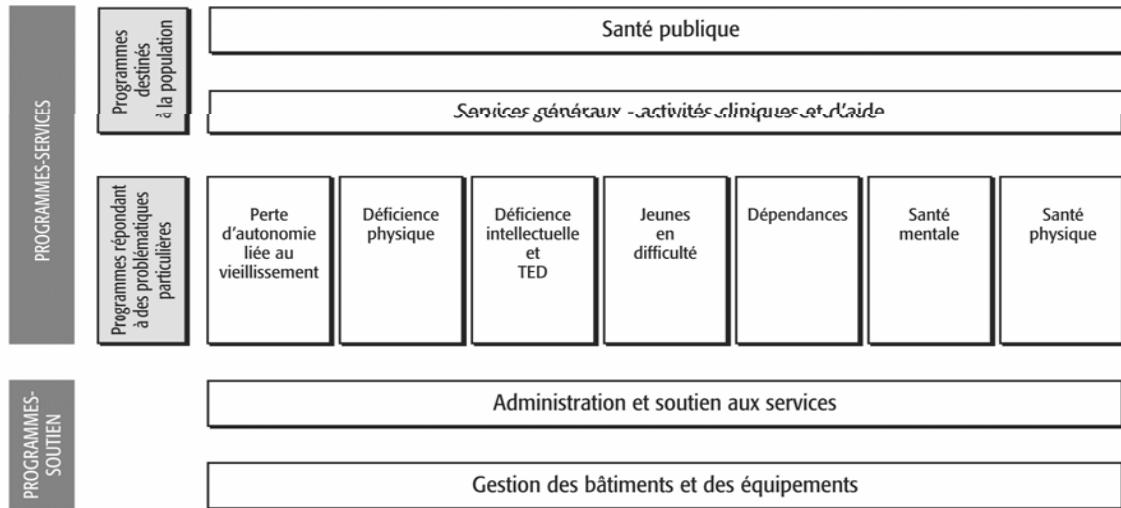
divers acteurs (ex. : cliniques médicales) et de la mise en place d'ententes de services avec les établissements spécialisés (ex. : Centre jeunesse) et les organismes communautaires.

LA LOI 83

Le projet de loi 83, présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004, vient modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En effet, on y « prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux » (Québec, 2005b : 2). Il précise que les instances locales devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire desservi tandis que les agences assumeront la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Le regroupement des établissements devait permettre au Ministère d'avoir une prise directe sur un nombre restreint de CSSS, mais les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux deviennent des agences de santé et de services sociaux (ASSS), constituant dans les faits des instances ministérielles déconcentrées en région. Il revient aux ASSS de soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, d'assurer les arbitrages, de procéder à l'allocation des ressources financières et à l'administration de certaines fonctions de santé publique et de services préhospitaliers d'urgence. Le MSSS est pour sa part responsable des actions à caractère national telles la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats de ces interventions. La section 530 de l'article 174 prévoit que lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité d'un territoire d'une agence, les responsabilités que la loi confie à cette dernière peuvent être exercées par l'instance locale du réseau. Une autorisation du ministre, après consultation des divers acteurs du territoire, est cependant nécessaire avant ce transfert de responsabilité.

Figure 2 – Configuration des programmes

Configuration des programmes



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

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

Le secteur de la santé et des services sociaux est celui qui occupe une place prépondérante dans les rapports entre l'État et les organismes communautaires. D'une part parce que le modèle des relations confirmé dans la politique de reconnaissance de l'action communautaire a été établi dans les négociations qui ont suivi l'adoption de la Loi 120 en 1992. Mais aussi parce que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) représente 56 % du soutien financier à l'action communautaire et touche 64 % des organismes communautaires soutenus (2006-2007). Ce soutien financier est à la fois une condition d'existence pour bon nombre d'organismes communautaires, mais aussi une source de préoccupations pour leur autonomie, voire leur identité. Avant la création des CSSS, les rapports entre les établissements publics et les groupes s'établissaient en première ligne : les CLSC, dorénavant intégrés aux CSSS, avaient une culture favorisant des rapports qui, tout en pouvant être conflictuels, s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaire. Les dispositions à la base des RLS installent une nouvelle donne qui se dessine depuis le tournant des années 2000 et qui

s'inspire des règles de la Nouvelle gestion publique (Larivière, 2005). Cela modifie notamment le rôle des CSSS dont la responsabilité populationnelle envers leur milieu et celle de coordonner localement les services risquent de transformer la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires. La Loi 25, aux articles 27 et 28, précise en effet que le mandat des 95 CSSS est de mettre en place des RLS sur leur territoire en précisant que :

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

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

À la suite de l'adoption en novembre 2005 du projet de loi 83, chacun des CSSS doit produire un projet clinique (MSSS, 2004c; Québec, 2005b) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire. Cette approche populationnelle doit adapter les services aux réalités locales et articuler les rapports entre les producteurs de services. Cette responsabilité populationnelle caractérise les rapports des établissements publics avec les acteurs concernés de leur territoire. Le MSSS souhaite aussi la participation des usagers et de la population à la prise de décision en matière d'organisation des services sociaux et de santé. L'article 99,5 du projet de loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires de leur territoire à la définition du projet clinique. Ce faisant ils créent une ouverture et donnent une prise sur l'organisation des services locaux aux organismes communautaires et à la

population. Le projet clinique² doit par ailleurs comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le milieu communautaire, modalités qui passent, entre autres, par les ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de l'autonomie de ces organismes (MSSS, 2004c: 56).

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

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

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

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

1.2.3 Le programme PALV et la pratique psychosociale

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

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

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

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

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

LES NOUVELLES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les trois documents phares de la nouvelle politique de soutien à domicile, mentionnés précédemment seront ici analysés. Les programmes-services PALV, s'ils font partie intégrante

de cette nouvelle politique, n'ont pas bénéficié d'une publication à eux seuls et seront décortiqués de façon distincte pour faciliter leur compréhension.

« POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE » (MSSS, 2003)

Concrètement, la nouvelle politique de soutien à domicile prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle ne constitue donc pas un nouveau champ de services, mais veut au contraire s'intégrer dans l'architecture des services existant déjà en santé et services sociaux. Les prétentions du Ministère sont cette fois de rajouter les critères d'efficacité, d'adaptabilité et d'interdépendance (avec les autres programmes et instances) aux services de soutien à domicile nouvellement pensés. Autre élément important, la Politique de soutien à domicile est fondée sur la reconnaissance des proches aidants 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 proches aidants 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 a trait à la mise en place d'une nouvelle philosophie d'action qui concerne d'abord les services à domicile proprement dits, puis les services gravitant autour du domicile (ex : Centre de jour, hôpital de jour) et enfin, les services à caractère plus sociétal tels les transports adaptés. Finalement, dans la vision du MSSS, le domicile devient un endroit neutre où nul ne peut retirer d'avantages financiers.

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

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

aux mécanismes décisionnels, par le recours à une assurance-qualité et par des stratégies de recours simplifiées.

2. « Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités »: Considérant le fait que la nouvelle politique de soutien à domicile ne constitue pas un ajout de nouveaux services, mais plutôt une mise en réseau de ceux existant déjà, la responsabilité de la cohérence de ces services échoit aux agences de la santé et des services sociaux de chaque région. Le Ministère est certainement responsable de l'application régionale des orientations nationales et de l'administration des ressources, mais ce sont surtout les agences qui devront organiser et allouer les ressources disponibles. Les CSSS sont dès lors sous l'autorité des agences, mais, responsables des programmes de soutien à domicile de leur territoire.
3. « Travailler ensemble collectivement : pour une stratégie nationale de soutien à domicile » : Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile au Québec, diverses mesures ont été mises en place. Le soutien à la personne est d'abord assuré par la simplification des processus administratifs et ensuite, par la diversification des logements adaptés. Également, les proches aidants seront soutenus par diverses mesures concernant des domaines tout aussi divers que les congés sociaux, les prestations de l'État, les lois du travail, etc.

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

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

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

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

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

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

Le programme PALV regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie (et aux proches aidants) due majoritairement à l'âge. Entre dans cette catégorie toute personne répondant aux critères précédents et qui souffre soit de perte d'autonomie fonctionnelle, soit de problèmes cognitifs ou encore de maladies chroniques. L'intention du MSSS n'est pas ici de vouloir guérir les usagers, mais plutôt de compenser la détérioration de la qualité de vie, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer un environnement sécuritaire. Notons que selon le MSSS (2005b), 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, précisons que les personnes hébergées en raison d'un problème autre que la perte d'autonomie (ex. déficience intellectuelle) ne peuvent faire partie de ce programme.

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

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

2.1 La région de Montréal

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

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

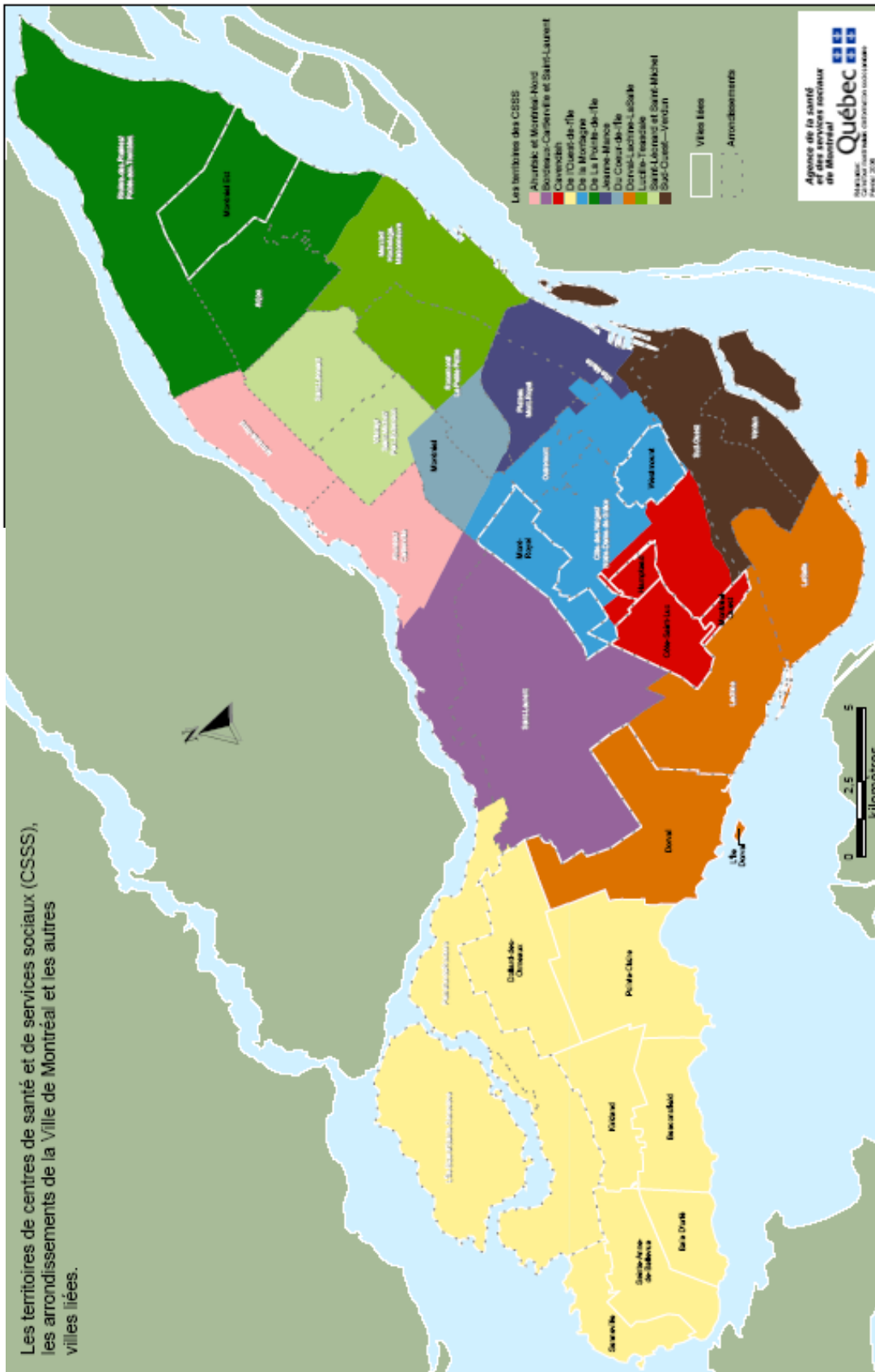
SITUATION SPÉCIFIQUE DES PERSONNES ÂGÉES À MONTRÉAL

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

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

Montréal-Centre que l'ensemble du Québec, cette tendance démographique demeure quand même une préoccupation majeure pour le réseau de la santé et des services sociaux montréalais.

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



COMPOSITION DU RÉSEAU SOCIO-SANITAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Portrait du territoire desservi par le CSSS du Sud-Ouest - Verdun

Le CSSS du Sud-Ouest – Verdun, comme son nom l'indique, est situé dans la partie sud-ouest de l'Île de Montréal. Son territoire correspond aux arrondissements dont il tire son nom. La population du territoire du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun était de 137 214 personnes au recensement en 2001, soit 7,3 % de la population totale de Montréal. La population immigrante y compte un taux de 17 %. L'espérance de vie et l'état de santé de la population en général sont moins bon que ceux des montréalais : le taux de mortalité liée à des problématiques ciblées (maladies chroniques, mortalité infantile) est plus important, et le taux d'hospitalisation y est plus élevé. (CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2007)

Le territoire est moins favorisé que l'ensemble de l'Île de Montréal, mais il comporte aussi de grandes disparités entre, par exemple, le secteur de l'Ile-de-Sœurs à Verdun et les secteurs de la Pointe-Saint-Charles et de l'Est de Verdun. Le taux de chômage y est plus élevé que la moyenne montréalaise et on y retrouve de fortes proportions de prestataires de l'assistance-emploi et de personnes vivant sous le seuil du faible revenu. Ce territoire compte aussi l'une des plus importantes proportions de familles monoparentales de la région montréalaise.

La population de 65 ans et plus représente 13,8 % de la population comparativement à 15,1 % pour l'ensemble de Montréal, mais l'espérance de vie en bonne santé y est nettement inférieure : alors qu'elle se situe à 70 ans à Montréal, elle est de 67 ans à Verdun, 64 ans à St-Henri et seulement 62 ans à la Pointe-St-Charles. C'est ce qui explique que la proportion de personnes âgées soit moins élevée sur le territoire que dans la région montréalaise. De plus, les personnes de 65 ans et plus du Sud-Ouest – Verdun vivent seules dans une plus grande proportion que dans l'ensemble de la région montréalaise. Enfin, comme dans l'ensemble de la région, la population vieillit : d'ici 2011 il est prévu que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmente de 8,9 % et que celui des moins de 14 ans diminuera de 12,7 %.

Figure 4 – Carte du territoire du CSSS Sud-Ouest – Verdun



Le CSSS du Sud-Ouest – Verdun offre des services à près de 3 000 personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre de son programme de soutien dans la communauté. Sur le territoire, à l'exclusion de la portion desservie par la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles qui a un statut d'établissement associé, 15,7 % des personnes de 65 ans et plus reçoivent des services de

soutien à domicile par rapport à 15,4 % au Québec. Ces services incluent les services psychosociaux, les soins infirmiers, l'aide à domicile, la nutrition, l'ergothérapie et la physiothérapie. Une quinzaine d'organismes communautaires interviennent auprès de la clientèle en PALV du territoire et trois (3) centres de jour sont aussi en place et offrent aux personnes âgées des programmes d'activités quotidiennes. (CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2006)

Tableau 2 : Données socioéconomiques 2001, territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun

	CSSS	Île de Montréal
Taux de chômage	9,7% - Verdun/Côte Saint-Paul : 8,5 % - Saint-Henri : 11,4 % - Pointe Saint-Charles : 15,3 %	9,7%
Prestataires de l'assistance-emploi	21,3% - Verdun/Côte Saint-Paul : 17,1 % - Saint-Henri : 27,6 % - Pointe Saint-Charles : 35,2 %	12,8%
Personnes vivant sous le seuil de faible revenu	36% - Verdun/Côte Saint-Paul : 31,3% - Saint-Henri : 46% - Pointe Saint-Charles : 49,3%	29%
Population de 20 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires	32,8% - Verdun/Côte Saint-Paul : 32,6% - Saint-Henri : 28% - Pointe Saint-Charles : 43,3%	26,5%

(Source : CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2007)

Tableau 3 : Accroissement prévu de la population selon le groupe d'âge, territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun selon les secteurs de CLSC – 2001-2011

Groupe d'âge	Verdun/Côte St-Paul	Saint-Henri	Pointe Saint-Charles	CSSS du Sud-Ouest - Verdun	Île de Montréal
0-14 ans	-13,9 %	-8,0 %	-14,8 %	-12,7 %	-4,8 %
15-64 ans	-1,7 %	6,1 %	4,2 %	0,6 %	3,9 %
65 ans et plus	7,2 %	14,9 %	12,3 %	8,9 %	11,3 %
Total	-2,0%	4,8 %	1,9 %	-0,2 %	3,6 %

(Source : ASSSM, 2007)

Tableau 4 : Population âgée du territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2001

	CSSS	Montréal
Personnes âgées de 65 ans et plus	13,8%	15,1%
Personnes âgées de 75 et plus	6,4%	7,3%
Taux de personnes de 65 ans et plus vivant seules	41,4%	35,6%
Espérance de vie à la naissance	Hommes : 72 ans Femmes : 79 ans	Hommes : 75 ans Femmes : 81 ans
Espérance de vie en bonne santé (nombre d'années vécues sans incapacité et institutionnalisation)	Verdun : 67 ans St-Henri : 64 ans P. St-C. : 62 ans	70 ans

(Source : CSSS du Sud-Ouest - Verdun, 2006 : 34)

Le territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun bénéficie en outre d'une présence importante d'organismes communautaires travaillant sur des problématiques diverses liées aux communautés culturelles présentes sur le territoire. On y dénombre plus de 49 organismes communautaires financés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), soit 10,4 % des groupes bénéficiant de ce programme à Montréal pour une population qui compte pour 7,3 % des Montréalais.

Tableau 5 : Organismes communautaires financés par le PSOC sur les territoires de Montréal et du CSSS Sud-Ouest – Verdun , 2007

	Île de Montréal	CSSS Sud-Ouest-Verdun
Alcoolisme, toxicomanie, autres dépendances	13	1
Assistance, accompagnement	2	0
Autres ressources, jeunesse	54	6
Autres ressources, femmes	5	1
Autres ressources, hommes	6	0
Cancer	2	0
Centre d'aide, lutte contre les agressions sexuelles	2	0
Centre de femmes	26	2
Communautés culturelles	33	3
Concertation et consultation générale	5	0
Déficience intellectuelle	19	2
Déficience physique	24	2
Maintien à domicile	74	8
Maison d'hébergement communautaire jeunesse	16	1
Maison pour hommes en difficulté	4	0
Maison de jeunes	29	5
Organismes de justice alternative	2	0
Orientation et identité sexuelle	3	1
Personnes démunies	48	8
Santé mentale	81	9
Santé physique	5	0
Troubles envahissants du développement	2	0
VIH/SIDA	15	0
TOTAL	470	49

(Source : ASSSM, 2007a)

3. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS DU SUD-OUEST – VERDUN

3.1 La démarche de consultation

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

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

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

Étape	Date	Activités / Acteurs impliqués
1. Définition du processus de consultation	10 novembre au 18 décembre 2003	<p><i>Comité sur la formation des instances locales</i>, composé de : Regroupement des CLSC ; Regroupement des CHSLD; Conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec; Département régional de médecine générale (DRMG)</p> <p><i>Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés</i>, composé de : Regroupement des CLSC; Regroupement des CHSLD; Conférence régionale de l'AHQ de Montréal; centre hospitalier de réadaptation; centre de réadaptation en déficience intellectuelle; centre de réadaptation en déficience physique; centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie; centres jeunesse; RUIS de l'Université McGill; RUIS l'Université de Montréal; établissements privés; département régional de médecine générale; commission médicale régionale; commission multidisciplinaire régionale; commission infirmière régionale; ACCÉSSS; Comité régional d'accès aux services en langue anglaise.</p>
2. Préconsultation	6 janvier au 27 février 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Comité sur la formation des instances locales - Comité consultatif sur le modèle régional de services intégrés - Présidents et directeurs généraux des établissements - Représentants du milieu médical montréalais - Forum de la population - Comité de direction de la Ville de Montréal - Commissions scolaires - Regroupements régionaux d'organismes communautaires - Représentants régionaux des syndicats. - RUIS de l'Université de Montréal et McGill
3. Consultation publique	27 février au 9 avril 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Audiences publiques régionales - Assemblées publiques - Avis écrits - Forums thématiques sur invitation (informatisation des réseaux locaux, PPALV, jeunes en difficulté de 0-17 ans) - Forum des comités d'utilisateurs - Table ronde des partenaires régionaux
4. Adoption de la recommandation	9 au 30 avril 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Les deux comités consultatifs - Conseil d'administration de l'Agence

(Source :ADRLSSSS de Montréal, 2004b)

3.2 Le scénario proposé par l'Agence de Montréal

Lors de la consultation, les différents acteurs impliqués et intéressés ont été invités à exprimer leur point de vue sur le découpage territorial; l'inclusion des hôpitaux dans les instances locales; la contribution des organismes communautaires; la formation des conseils d'administration des

futurs CSSS; le financement des ressources humaines et informationnelles (ADRLSSSS de Montréal, 2004c). Dans son *Document d'appui* de février 2004, l'Agence proposait que l'Île de Montréal soit subdivisée en douze (12) territoires. Les installations situées sur ces territoires seraient fusionnées pour former un seul et même établissement sous la gouverne d'une seule direction générale et d'un seul et même conseil d'administration. Ces instances locales formeraient les « centres de santé et de services sociaux » (CSSS). L'Agence proposait que chaque CSSS soit composé des CLSC, des CHSLD et idéalement d'un centre hospitalier du territoire. Toutefois l'inclusion des centres hospitaliers dans les instances locales n'a pas fait l'unanimité lors de la préconsultation de janvier et février 2004. L'Agence de Montréal mentionne que :

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

Cinq (5) des douze (12) instances locales proposées par l'Agence ne comprennent pas de centre hospitalier, mais le CSSS du Sud-Ouest – Verdun (les territoires de Verdun – Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles) inclut l'hôpital de Verdun. (ADRLSSSS de Montréal, 2004).

Selon la proposition de l'Agence de Montréal, dès la première année les douze (12) CSSS de Montréal seraient dotés d'un centre médical associé (CMA) afin d'offrir des services médicaux avec et sans rendez-vous de 8 heures à 22 heures, 7 jours sur 7. De plus, dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services (RLS), les nouvelles instances locales coordonneraient des partenariats avec les hôpitaux spécialisés et surspécialisés, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées. (ADRLSSSS de Montréal, 2004).

3.3 Les réactions des acteurs

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

RÉACTIONS GÉNÉRALES

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

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

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

RÉACTIONS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

D'après ce qu'affirme l'Agence de Montréal dans son Rapport de consultation, les organismes communautaires ont été très actifs et aussi très critiques au cours de la consultation : « Tout en s'alliant aux objectifs de la réforme, les groupes communautaires semblent être ceux qui appréhendent le plus négativement la réforme de la santé à Montréal. » (Ibid :10). C'est d'abord le respect de l'autonomie des organismes communautaires qui a soulevé des craintes, selon le rapport de consultation, puisqu'on appréhendait une approche utilitariste des organismes communautaires par l'Agence :

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

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

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

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

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

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

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

« Plusieurs citoyens et organisations ont profité des consultations publiques pour s'inscrire en faux contre l'implantation pure et simple du projet de loi 25. Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), comme plusieurs autres, appuie sa position sur le fait que la consultation ne permette pas

à l'ensemble de la population et des organismes de se prononcer et qu'elle n'aborde pas les enjeux majeurs de la réforme. On rejette aussi le projet de loi 25 puisqu'il n'émane pas d'un processus démocratique, d'une demande provenant de la population et du milieu de la santé. » (Ibid : 22)

ORGANISATEURS COMMUNAUTAIRES ET INTERVENANTS SOCIAUX

Les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) ont soulevé lors des audiences publiques que leur mandat d'organisation communautaire devait être préservé tel qu'il était avant la réforme. Pour plusieurs c'est une condition de réussite de la réforme. Ils ont été appuyés en cela par les groupes communautaires dont plusieurs estiment que les OC sont essentiels pour défendre « le volet communautaire ». (ADRLSSSS de Montréal, 2004a)

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

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

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

RÉACTIONS QUANT AUX TERRITOIRES DE CLSC

Au cours de la consultation, il a semblé que la population soit très attachée aux initiatives locales en matière de santé et de services sociaux, en particulier en ce qui concerne la Clinique communautaire Pointe Saint-Charles. Certains sont intervenus pour affirmer leur désir que le budget et les programmes de la clinique soient maintenus et appuyés. (Ibid : 80)

Plusieurs intervenants se sont interrogés sur la question du déficit démocratique de la nouvelle réforme. Dans un premier temps, plusieurs s'interrogent sur les raisons qui ont motivé le

gouvernement à adopter « une loi désapprouvée par tout le monde. » (Ibid : 83). Dans le même ordre d'idées, « des citoyens sont préoccupés par le fait qu'un seul conseil d'administration gèrera un si grand territoire » (Ibid : 10). En effet, lors de la consultation, plusieurs personnes ont eu l'impression « qu'on éloigne le centre de décision des citoyens » ce qui risque de contribuer, selon eux, à une diminution de la participation citoyenne. (Ibid : 80).

Compte tenu de la particularité des différents quartiers du territoire couvert par la nouvelle instance locale, plusieurs ont déploré que certains enjeux importants pour l'avenir de leur quartier n'aient pas été abordés dans la réforme, par exemple la lutte à la pauvreté, l'accès aux logements et les droits sociaux (Ibid : 83).

D'autres enjeux ont été soulevés par les participants, dont la crainte de la privatisation et de la sous-traitance de services; le risque d'une perte du sentiment d'appartenance et d'une démotivation des employés du nouvel établissement et le non respect de la mission des organismes communautaires. Plusieurs ont demandé purement et simplement le retrait de la Loi 25.

Somme toute, les participants aux assemblées publiques et aux forums sectoriels ont considéré que le processus de consultation mis en place par l'Agence de Montréal, n'a pas permis à la communauté montréalaise d'analyser adéquatement la réforme proposée par le gouvernement du Québec puisque la démarche a été faite beaucoup trop rapidement et que les éléments soumis à la consultation ne touchaient que des aspects considérés comme des « modalités d'application » sans pouvoir questionner l'essence du projet de loi 25.

3.4 Scénario retenu

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

Pour ce qui est du découpage territorial, l'Agence a maintenu sa proposition de douze (12) de territoires en dépit des nombreuses revendications en faveur d'une harmonisation des territoires de CSSS avec ceux d'autres instances comme les commissions scolaires et les arrondissements de la Ville de Montréal. L'Agence a plutôt maintenu et amélioré les mécanismes de concertation intersectorielle en donnant à la Ville de Montréal et ses arrondissements, aux commissions scolaires et aux universités une représentation à son conseil d'administration, ainsi qu'à ceux des nouvelles instances locales. (ADRLSSSS de Montréal, 2004d : 25)

Le CSSS du Sud-Ouest – Verdun inclut le CH Verdun, mais on a aussi tenu compte des habitudes de la population du territoire et prévu une desserte par deux centres universitaires, le

CHUM et le CUSM. La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a un statut d'« organisme associé qui assume le mandat de CLSC »

En réponse aux nombreuses craintes exprimées par les intervenants lors de la consultation publique, l'Agence recommande que la réalisation des plans d'action locale en santé publique soit une priorité. Pour y arriver, elle propose qu'un cadre supérieur du CSSS soit désigné afin de coordonner sa mise en place et que les ressources du programme santé publique ne puissent être transférées vers le programme santé physique. Toutefois l'inverse serait possible.

Pour favoriser les relations avec les organismes communautaires, on maintient l'approche de financement prescrite par la politique gouvernementale en matière d'action communautaire et on recommande que soit augmenté le financement des entreprises d'économie sociale. L'Agence recommande aussi que soit augmenté le budget de financement des entreprises d'économie sociale.

4. DESCRIPTION DU CSSS DU SUD-OUEST - VERDUN

4.1 Création du CSSS et nature des établissements regroupés

Le CSSS du Sud-Ouest – Verdun est l'un des douze centres de santé et de services sociaux créés sur l'Île de Montréal suite à la consultation publique tenue au printemps 2004 par l'Agence de Montréal. Il est né de la fusion du centre hospitalier de Verdun; de trois (3) CLSC : Saint-Henri, Verdun et Ville-Émard / Côte Saint-Paul; et de sept (7) centres d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie : Centre d'accueil Louis-Riel; Centre d'accueil Réal-Morel; CHSLD Champlain; Manoir de Verdun; Résidence Yvon-Brunet; Résidences Mance-Décary, pavillons des Seigneurs et Saint-Henri (CSSS du Sud-Ouest - Verdun, 2006). En juin, les membres du conseil d'administration sont désignés et le CSSS reçoit en juillet ses lettres patentes. Le processus de fusion et la désignation de l'équipe de direction s'amorcent en juillet 2004.

4.2 Caractéristiques du CSSS en 2006-2007

LE PERSONNEL

Le CSSS compte plus de 3 800 employés, 250 médecins omnipraticiens et spécialistes et plus de 300 bénévoles. Avec un budget annuel de 200 M \$ (2006-2007), il exploite 209 lits d'hospitalisation en courte durée et 1 269 lits d'hébergement pour personnes âgées. Le CSSS a conclu une entente de partenariat avec la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, un établissement privé conventionné du territoire, qui détient un mandat de CLSC (CSSS du Sud-Ouest - Verdun, 2007a).

LES INSTANCES DÉCISIONNELLES

La structure organisationnelle du CSSS Sud-Ouest-Verdun est composée de deux instances principales, la première étant le conseil d'administration recevant ses pouvoirs et sa mission du MSSS, et le comité de direction qui s'occupe des affaires courantes à partir des décisions du conseil d'administration.

Composé de 18 membres, le conseil d'administration représente l'instance suprême de l'établissement. Conformément au mandat ministériel, il a la responsabilité d'administrer les affaires de l'établissement et il décide des orientations et des priorités pour répondre adéquatement aux besoins de la population desservie, dans le respect de la mission du CSSS et en fonction des ressources octroyées. Plusieurs comités relèvent du conseil d'administration dont le comité administratif, le comité de vérification, le comité de révision, le comité de vigilance, le comité des ressources humaines, le comité des immobilisations et le comité d'évaluation du rendement de la direction générale. Des comités consultatifs prévus par la loi favorisent la

participation du personnel et des usagers et sont redevables au conseil d'administration : le comité des usagers, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le conseil multidisciplinaire (CM), le conseil des infirmiers et infirmières (CII), etc. L'établissement est aussi doté d'un comité d'éthique lui aussi redevable au conseil d'administration.

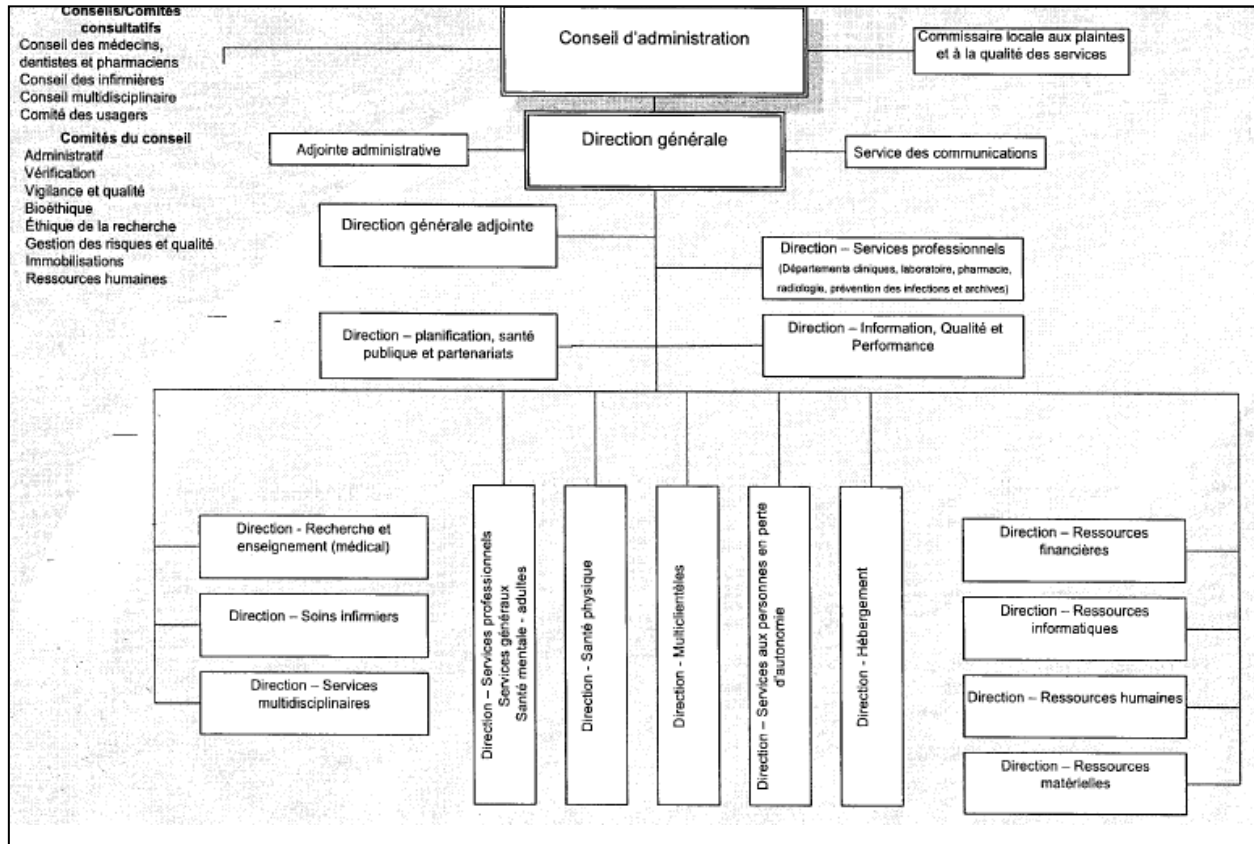
La gestion courante de l'établissement est assumée par le comité de direction qui regroupe la direction générale et les cadres supérieurs. Celui-ci a été secondé par deux comités à compter d'octobre 2007, le comité de planification présidé par la directrice de la planification, de la santé publique et des partenariats et le comité de coordination des opérations, présidé par la directrice générale adjointe (CSSS du Sud-Ouest - Verdun, 2007e). En mai 2008, suite au départ de la directrice générale adjointe, ces deux comités ont été abolis et leurs fonctions ont été réintégrées dans celles du comité de direction pour éviter tout problème de coordination.

LES FONDATIONS

Le CSSS peut compter sur six (6) Fondations d'établissements qui existaient au moment de la fusion des établissements. Elles détiennent un des 18 sièges au conseil d'administration. En 2005-2006, les fondations ont investi un total de 671 000 \$ dans les installations du CSSS. (CSSS du Sud-Ouest - Verdun, 2007b).

4.3 La structure de direction et le positionnement des services aux personnes PALV

Figure 5 – Organigramme du CSSS Sud-Ouest – Verdun tel qu'établi en décembre 2007



5. RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

5.1 Orientations régionales encadrant les relations avec les groupes communautaires

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

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

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

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

- « 1. Les balises de l'intervention et des relations partenariales de la Direction de santé publique avec les organismes communautaires.
- « 2. L'élaboration d'un cadre général de financement ayant pour objectif d'identifier les modalités d'allocation de toute enveloppe budgétaire.
- « 3. L'élaboration d'un modèle de base d'entente de services à être annexé au cadre de référence régional incluant la question des frais administratifs.
- « 4. L'élaboration de paramètres de base pour le financement de projets ponctuels.
- « 5. La mise en place d'un mécanisme de gestion des litiges.
- « 6. Les modalités d'interaction (information, communication et consultation) de l'Agence avec les regroupements régionaux du secteur de la santé et des services sociaux et avec les regroupements transférés vers d'autres ministères.
- « 7. L'opérationnalisation par l'Agence du principe du respect du rayonnement géographique propre aux organismes communautaires, indépendamment des territoires des CSSS.
- « 8. Les modalités à convenir pour respecter les pratiques communautaires en matière de gestion de renseignements personnels, modalités liant l'Agence incluant la Direction de santé publique, les CSSS et les autres catégories d'établissements, et ce, dans la perspective de garantir la confidentialité des renseignements personnels et de respecter le consentement des personnes. » (ASSSM, 2006b :33)

LA QUESTION DU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement à la mission globale prévoit que des subventions continues pourront être accordées lorsqu'un organisme communautaire autonome répond à certains critères d'admissibilité et lorsque ses activités s'inscrivent dans le cadre de l'un des neuf (9) programmes-services : dépendances; santé physique; santé mentale; déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; déficience physique; perte d'autonomie liée au vieillissement; jeunes en difficulté; santé publique; services généraux.

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

dans un contexte de coopération mutuelle libre et volontaire. » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006b :30)

Le cadre de référence régional définit les principes, mais ne comporte pas de cadre de financement balisant l'attribution des subventions aux organismes communautaires. Par exemple, il ne spécifie pas les montants de base attribués aux différentes catégories d'organismes, ni un nombre minimum d'employés requis pour assurer un fonctionnement de base, non plus que la question du rayonnement des organismes au-delà d'un territoire de CSSS ou d'Agence et du financement qui devrait s'y rattacher, etc. En janvier 2006, l'Agence de Montréal affirmait qu'un cadre général de financement devait éventuellement être élaboré. (Ibid). Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) affirme que « L'Agence s'est déjà engagée à élaborer un cadre de financement avec les représentants du mouvement communautaire montréalais d'ici juin 2007, mais a reporté jusqu'à maintenant l'amorce de ses travaux » (RIOCM, 2007).

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

5.2 ORIENTATIONS COMMUNAUTAIRES DU CSSS

Le CSSS tient à établir de bonnes relations de partenariat avec les organismes de son milieu parmi lesquels figurent les organismes communautaires. La création récente d'une direction à la Planification, santé publique et partenariats, directement rattachée à la direction générale en est une bonne indication.

Huit (8) OC composent le service d'organisation communautaire du CSSS. Ils relèvent depuis juillet 2008 de la directrice à la Planification, santé publique et partenariats. La création d'une équipe unique modifie le rattachement traditionnel aux programmes qui caractérisait auparavant les postes d'organisation communautaire. En pratique toutefois, leur localisation n'a pas été modifiée de sorte que les deux (2) OC intervenant dans le programme PALV sont encore dans

les locaux occupés par cette direction. Les projets de relocalisation au cours de la prochaine année pourraient modifier cette situation.

6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Selon le MSSS, le Québec doit se préparer à une augmentation importante des besoins de la population âgée au même moment où il doit faire face à une augmentation des dépenses en matière de santé et que les revenus de l'État ralentissent (MSSS, 2005b). Le ministère propose donc un meilleur équilibre dans le partage des responsabilités en regard du vieillissement et une révision de l'offre de services publics de façon à favoriser que les aînés, comme beaucoup le souhaitent, puissent demeurer chez eux dans des conditions favorables.

6.1 Orientations régionales ou cadre de référence relatif au PALV

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

« incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissements, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation de service plutôt qu'un type de services » (MSSS, 2001 : 23).

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

ENJEUX-RÉGIONAUX

- La diminution du taux d'hébergement en CHSLD et le rehaussement des critères d'admission à plus de 2,5 heures de soins ;
- Le développement d'alternatives à l'hébergement institutionnel, telles que des ressources contractuelles et du soutien intensif à domicile ;
- L'instauration d'un guichet unique dont les fonctions sont, entre autres, d'informer, d'accueillir, d'évaluer, d'orienter, de référer ;

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

CHOIX STRATÉGIQUES 2005-2010

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

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

MESURES STRUCTURANTES

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

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

Parmi l'ensemble de ces orientations, celle qui a le plus d'impact concerne la diminution des places d'hébergement institutionnel. Puisque que le MSSS a établi comme objectif, d'ici 2010, un taux d'hébergement institutionnel de 3,5 lits par 1000 personnes âgée de 65 ans et plus,

l'Agence de Montréal prévoit que le parc de lits d'hébergement de Montréal devra être réduit de 2 147 lits. Du même souffle, l'Agence souligne pourtant qu'en considérant uniquement les personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec (ADRLSSSS, 2005 : 30).

6.2 Organisation des services pour les personnes âgées avant la création du CSSS

Le territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun comprend quatre territoires de CLSC : Verdun, Ville Émard/Côte Saint-Paul et St-Henri de même que le territoire de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.

Le tableau 7A présente le volume d'activités en soutien à domicile avant la création du CSSS à partir des données provenant de ces trois établissements. Le statut d'organisme associé de la Clinique fait en sorte que le portrait des services à domicile établi par le CSSS ne comporte pas les données sur cette partie de son territoire.

Tableau 7 A : Volume d'activités en soutien à domicile en 2002-2003 dans les CLSC du territoire du CSSS du Sud-Ouest – Verdun

	CLSC Verdun/Côte Saint-Paul		CLSC Saint-Henri		Regroupement CSSS	
	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions	Usagers différents	Interventions
Soins infirmiers à domicile	2 553	35 049	789	11 007	3 342	46 056
Aide à domicile	1 098	57 230	301	19 814	1 399	77 044
Services psycho-soc à dom PAPA	609	3 055	190	720	799	3 775
Services psycho-soc à dom -autres	89	240	65	202	154	442
Ergo et physio à domicile	697	4 525	274	1 409	971	5 934

(Source : ADRLSSSS, 2004e : 7-8)

6.3 Organisation des services aux personnes âgées au CSSS du Sud-Ouest – Verdun

Tableau 7 B : Volume d'activités en PALV au CSSS du Sud-Ouest – Verdun, de 2004-2005 à 2006-2007

	2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	Usagers	Interventions	Usagers	Interventions	Usagers	Interventions
Nombre de lits au permis en hébergement permanent	1 269		1 269		1 269	
Soutien à domicile – PAPA - PALV	2 954	79 595	2 964	98 071	2 787	99 523
Soutien à domicile – soins palliatifs	439	6 737	399	7 206	392	8 541
Soutien à domicile – déficience physique	551	n.d.	552	n.d.	560	23 450
Ergothérapie à domicile	698	n.d.	675	n.d.	650	3 268
Physiothérapie à domicile	448	n.d.	523	n.d.	554	3 266
Visites au centre de jour		15 280		15 680		15 272
Visites à l'hôpital de jour		3 581		3 653		3 630

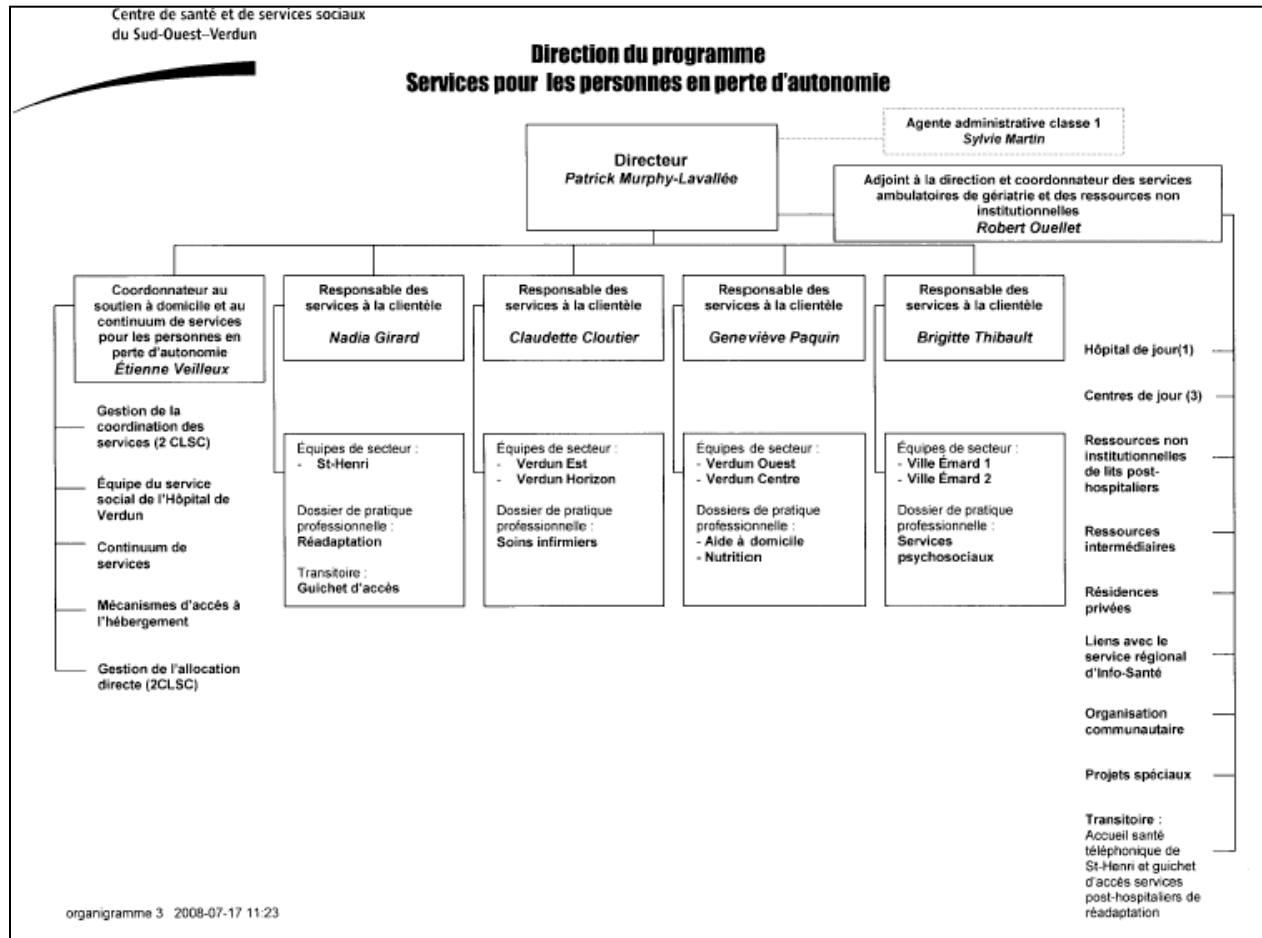
(Source : CSSS du Sud-Ouest - Verdun 2007b et Direction des services pour les personnes en perte d'autonomie)

Les données relativement au volume d'activités dispensées aux personnes en perte d'autonomie depuis la création du CSSS ne sont pas fournies selon les mêmes descriptions. Le tableau 7 B pour la période qui a suivi le regroupement ne permet donc pas de préciser dans quel sens les services ont évolué.

Une précision est cependant fournie en note à l'effet que le nombre de lits au permis est en pratique amputé de 66 lits qui « ont été fermés suite à des rénovations mais non retirés du permis » (CSSS su Sud-Ouest – Verdun, 2007b : 17). Cela signifie que l'établissement gérait 1 203 lits dressés. Le portrait brossé par l'Agence en 2004 pour l'année 2002-2003 fait état de 1 258 lits dressés. Il s'agit donc d'une baisse réelle de 55 places en hébergement de longue durée. Le soutien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) a connu une croissance de plus de 30 % en nombre d'interventions de 2004-2005 à 2006-2007 même si le nombre d'usagers différents varie relativement peu, sinon à la baisse. Les services d'ergothérapie et de physiothérapie à domicile ont aussi connu une croissance quant au nombre d'usagers, passant de 971 en 2002-2003 à 1 204 en 2006-2007, une hausse de près de 24 %. On peut donc en conclure que depuis la création du CSSS, le soutien à domicile a été intensifié rejoignant probablement une clientèle en plus grand besoin pendant que le nombre de places en hébergement a légèrement diminué. Cela correspond aux orientations ministérielles.

Comme le démontre la figure 5, les services pour les personnes en perte d'autonomie sont organisés sur une base territoriale définie en sept (7) secteurs distincts desservis par quatre (4) équipes multidisciplinaires comprenant des intervenantes sociales, des infirmières et des auxiliaires familiales et sociales, l'ergo et la physio. Une nutritionniste clinique est aussi rattaché aux équipes de Verdun – Côte-Saint-Paul et une nutritionniste à temps partiel dessert Saint-Henri. Les équipes sont dirigées par une responsable des services à la clientèle, directement rattachée à la direction du programme. S'ajoutent un coordonnateur au soutien à domicile responsable du continuum de services entre les établissements, et un adjoint à la direction et coordonnateur des services ambulatoires, responsable des liaisons avec les ressources de transition et les ressources externes.

Figure 6 – Organigramme de la Direction du programme des services pour les personnes en perte d'autonomie



Les sept secteurs desservis ont des caractéristiques socioéconomiques distinctives. Alors que le secteur St-Henri est caractérisé par la gentrification, le secteur Verdun-Est est celui qui a accueilli les ménages appauvris venant de ce premier quartier. Avec la Pointe-St-Charles voisine, c'est une partie du territoire où le patrimoine bâti est très détérioré et la population, particulièrement défavorisée. Par contre, les secteurs Ouest et Centre ont un profil moyen tandis que le secteur Horizon (Île-de-Sœurs) est plus favorisé. Enfin dans Ville Émard (deux secteurs), on trouve une population d'origine italienne dont la première génération demeure souvent unilingue.

Les OC qui interviennent dans le programme PALV partagent les locaux de ces services, ce qui favorise les contacts au quotidien, mais ne font pas partie des équipes sectorielles. Depuis juillet 2008, ils sont rattachés à la Direction planification, santé publique et partenariats, un changement

encore trop récent pour en mesurer les effets sur l'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie.

7. PROJET CLINIQUE PALV ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

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

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

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

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

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

7.2 Principales démarches suivies localement

7.2.1 Responsabilité de l'élaboration

L'élaboration du projet clinique du CSSS du Sud-Ouest - Verdun a débuté en mars 2005. Un chargé de projet était responsable de sa conception et de la coordination de la démarche. En septembre 2005, la responsabilité de mener à bon port le projet clinique a été transférée à la direction du développement des programmes cliniques et des partenariats, renommée, en octobre 2007, Direction de la planification, de la santé publique et des partenariats. Cette direction partage la responsabilité du projet clinique avec la Direction générale adjointe, responsable du « redéploiement organisationnel », c'est-à-dire du regroupement des services, de la réorganisation des ressources et des équipes afin de les adapter aux nouvelles structures. Les quatre directions de programme-services ont aussi leur part de responsabilité dans la programmation clinique qui les concerne.

7.2.2 La structure mise en place

La proposition de projet clinique prévoyait une structure de développement et de suivi de projet clinique en trois phases :

- Quatre comités de travail répartis selon les quatre programmes-services regroupés suivants : comité personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement; comité enfance-famille-jeunesse; comité Santé mentale, déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement et dépendances; comité santé physique et déficience physique. « Les travaux de ces comités ont permis de définir les enjeux pour chaque programme, ainsi que des objectifs à atteindre dans le cadre des travaux du projet clinique. » (Centre de santé et de services sociaux Verdun, Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles, 2005 : 22).
- Cinq comités tactiques ayant le mandat de produire un plan de travail et de faire le suivi des résultats sont placés sous la responsabilité d'un médecin, de la direction du programme visé et des directions cliniques : « la composition des comités tactiques inclura des partenaires du CSSS, lorsque cela est jugé opportun. » (CSSS Sud-Ouest—Verdun, 2005 : 46). Voici les comités prévus : santé publique; services généraux de première ligne; personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement; santé mentale; santé physique. Des tables de travail par programme-clientèle doivent faciliter l'intégration des services et alimenter les travaux des comités tactiques.
- Un comité stratégique auquel il est prévu que les comités tactiques « utiliseront un outil commun de suivi et feront rapport à un comité stratégique sur le projet clinique, composé de la direction générale, de la direction générale adjointe, de membres du conseil

d'administration et des présidents des instances consultatives ainsi que les directeurs de la planification, de la qualité et de la performance et au développement des programmes cliniques et des partenariats. » (Ibid: 46)

Les quatre comités de travail ont été opérationnels le temps de produire des recommandations, soit dans la première moitié de l'année 2005. Le comité personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) était formé d'une vingtaine de personnes, majoritairement des cadres, mais aussi un technicien en assistance sociale et quelques médecins provenant des CHSLD, des CLSC et de l'hôpital de Verdun. Les résultats des travaux de ces quatre comités ont permis la publication de *Horizon 2007 : projet clinique et organisationnel – Document de consultation* qui jette les bases du projet clinique. La suite du processus d'élaboration du projet clinique a pris la forme d'un vaste chantier porté par la direction de la planification, de la santé publique, et des partenariats, la direction générale adjointe, ainsi que les quatre directions des programmes-services. C'est cette équipe qui assume les fonctions prévues pour le comité de pilotage.

Le bulletin d'information de février 2006 du CSSS du Sud-Ouest - Verdun, nous apprend que plus de 200 personnes ont été consultées dont des cadres, des employés, des cliniciens et des partenaires, sur les bases du document de consultation *Horizon 2007*. Le document *Projet clinique et organisationnel Horizon 2010*, constitue, selon l'avant-propos signé par la direction générale et la présidente du conseil d'administration, « la phase II de notre projet clinique, soit les résultats que nous comptons atteindre pour améliorer la santé de la population du Sud-Ouest – Verdun au cours des 4 prochaines années. » (CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2006 : 3) Elles précisent avoir « choisi d'orienter [cette] planification vers des résultats concrets et de sélectionner des indicateurs pour en suivre l'évolution ».

7.2.3 Le CSSS du Sud-Ouest - Verdun et ses partenaires

Au printemps 2007 le CSSS du Sud-Ouest - Verdun a mis sur pied un forum des partenaires dans le but de :

1. Informer les partenaires locaux de la mission, des composantes, des réalisations, des enjeux et des priorités du CSSS.
2. Présenter les priorités inscrites au projet clinique et organisationnel « Horizon 2010 » du CSSS, définies dans huit axes stratégiques.
3. Amorcer un premier échange formel avec les partenaires sur l'axe de la prévention et de la santé.

L'ensemble des cadres supérieurs du CSSS ainsi que la présidente du conseil d'administration et la directrice générale ont accueilli les partenaires à ce Forum. Plusieurs cadres intermédiaires des programmes services généraux, multIClientèles et services dans la communauté pour personnes en perte d'autonomie, de même que des OC ont été invités à titre d'observateurs.

Tableau 8 : Partenaires invités au Forum du printemps 2007

Commissions scolaires : Marguerite-Bourgeoys; English Montréal; de Montréal; Lester B. Pearson
Service de police
Fondation du développement local Verdun
Centre local de développement de Verdun
Table des ressources alternatives en santé mentale du Sud-Ouest
Regroupement des organismes pour aînés du Sud-Ouest de Montréal
Concertation Ville-Émard / Côte Saint-Paul
Concertation en développement social de Verdun
Office municipal d'habitation – Module du développement communautaire et social
Chambre de commerce et de l'industrie du Sud-Ouest de Montréal
Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles
Mairies d'arrondissement : Sud-Ouest, Verdun
Regroupement économique et social du Sud-Ouest (RESO)
Coalition de la Petite Bourgogne/ Quartier en santé
Solidarité Saint-Henri

7.2.4 *Projet clinique et PALV*

En mai 2007, les premières consultations spécifiques au continuum personnes âgées en perte d'autonomie étaient organisées par la Direction Développement des programmes, santé publique, et partenariats et s'adressaient aux cadres et aux professionnels cliniques œuvrant dans les services de perte d'autonomie liée au vieillissement. Ils étaient 80 personnes à une première rencontre pour mettre en commun l'information et approfondir les orientations des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

L'étape de l'automne 2007 a réuni des intervenants et cadres du CSSS ainsi qu'une personne représentant le comité des usagers et une autre, le Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal (ROPASOM) dont la liste des membres figure au tableau 9. Ces organismes ont comme mandat de travailler au bien-être des aînés à plusieurs niveaux.

Tableau 9 : Membres du ROPASOM

ACHIM (Alternatives communautaires d'habitation et d'intervention de milieu)
AREQ (Association des retraités de l'enseignement du Québec)
Association des aînés actif du Sud-Ouest
APRMM (Association des Popotes roulantes du Montréal-Métropolitain)
Centre communautaire Bon Pasteur
Clinique communautaire de Pointe-St-Charles (associée au CSSS)
CLSC St-Henri (intégré au CSSS)
CLSC Verdun/Côte-St-Paul (intégré au CSSS)
Fondation Gérard-Loiselle
Groupe Harmonie
La Maisonnette du Sud-Ouest
Mamies immigrantes pour le développement et l'intégration
Membres individuels
Office municipal d'habitation de Montréal
PDQ 15 Est-Ouest (Poste de quartier – Service de police)
Prévention Sud-Ouest (programme Tandem)
Programme PAIR
Résidence Jean-Marie-Chabot
FAQ (Fondation des aveugles du Québec)
Ville de Montréal
YMCA / Tandem Sud-Ouest
FADOQ – Mouvement des aînés, Région Île de Montréal

(Source : ROPASOM, 2007)

7.3 Présentation sommaire du projet clinique

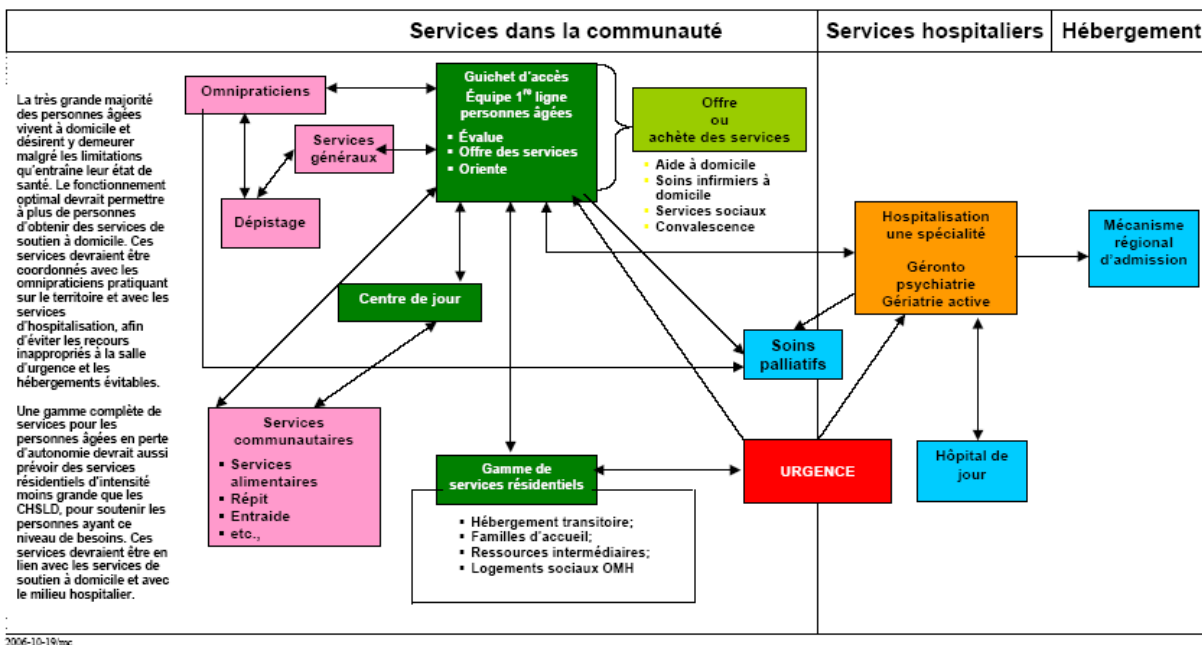
Huit (8) axes ont été retenus pour définir la planification stratégique du CSSS. Ces axes représentent la structure autour de laquelle est construit le projet clinique :

1. L'accentuation des efforts de prévention, de protection et de promotion de la santé, pour agir avant la maladie, sur des déterminants de la santé, en prévenant les infections et les risques évitables.
2. Le développement d'une offre de services interdisciplinaires de première ligne accessible.
3. L'accès à des services spécialisés et surspécialisés : le développement du rôle central de l'Hôpital de Verdun.
4. L'organisation des services posthospitaliers.
5. La production et l'implantation d'offres de services continus pour des clientèles vulnérables :
 - Les personnes atteintes de maladies chroniques

- Les personnes âgées en perte d'autonomie
 - Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale
 - Les jeunes et les familles en difficulté
 - Les personnes atteintes de déficience intellectuelle, de troubles envahissants du développement et de dépendances.
6. La mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité, basé sur l'application des meilleures pratiques organisationnelles et cliniques.
 7. Quelques orientations touchant la gestion des ressources humaines, financières, informationnelles et matérielles qui appuient les orientations cliniques du CSSS.
 8. L'enseignement et la recherche.

Les axes stratégiques 1 (prévention-promotion) et 5 (services aux clientèles vulnérables) nous intéressent davantage dans le cadre de cette recherche, plus particulièrement la portion *personnes âgées en perte d'autonomie* de l'axe 5. Cette portion est elle-même divisée en deux sections soit : personnes âgées dans la communauté et personnes âgées hébergées.

Figure 7 – Schéma d'organisation des services aux PPALV
CHEMINEMENT CLINIQUE PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE



(Source : CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2006 : 33)

LA POPULATION EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT SUR LE TERRITOIRE LOCAL

La proportion des personnes âgées vivant seules sur le territoire du CSSS du Sud-Ouest - Verdun représente une préoccupation dans le cadre du projet clinique. En 2006, elle était de 41,4 % alors qu'elle n'était que de 35,6 % pour le territoire de Montréal. De plus, l'espérance de vie en bonne santé accuse une perte de trois à huit ans selon le territoire de CLSC (voir le tableau 4). Ces constatations ont guidé l'élaboration du projet clinique. Le projet clinique *Horizon 2010* adopté en 2006, présente une série d'objectifs et d'indicateurs de résultat qui guideront l'implantation du nouveau réseau local de services. Les priorités pour les personnes âgées dans la communauté renvoient à des constats qui ont amené à définir les indicateurs de résultats, entre autres des carences au niveau du dépistage de la perte d'autonomie, des activités de promotion et de prévention de la santé, de l'accès à des mesures de répit, ainsi que de l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie offerts par les CLSC, l'hôpital et les CHSLD. La section d'*Horizon 2010* retient quatre (4) objectifs concernant spécifiquement le soutien dans la communauté :

- Mettre en place des mesures de repérage pour la clientèle âgée en perte d'autonomie ;
- Planter un programme de prévention des chutes à domicile ;
- Accroître les mesures de soutien aux proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Mettre en place un réseau de services aux personnes âgées impliquant une fonction de gestion de cas. (CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2006)

Du côté de l'**hébergement**, en fonction des standards prescrits par l'Agence et le ministère de réserver les places en CHSLD à des personnes qui vivent une perte d'autonomie lourde nécessitant plus de 3 heures/soins/jour, huit (8) résultats à atteindre ont été définis :

- Développer des places en ressources intermédiaires non institutionnelles ;
- Transformer les douze (12) lits d'hébergement permanent de l'hôpital en ressources résidentielles ;
- Réduire de 25% le nombre de personnes âgées en attente d'hébergement à l'hôpital ;
- Organiser les services pour faire face à l'alourdissement de la clientèle en centre d'hébergement ;
- Harmoniser le processus de préadmission et d'accueil en centre d'hébergement ;
- Harmoniser l'approche « milieu de vie » dans tous les centres d'hébergement du CSSS ;
- Apporter les correctifs requis suite aux visites d'appréciation de la qualité en centre d'hébergement ;
- Établir des corridors d'accès pour la clientèle des centres d'hébergement avec certaines cliniques spécialisées et/ou l'hôpital. (CSSS du Sud-Ouest—Verdun, 2006).

Afin de suivre l'évolution du projet clinique, le CSSS a prévu un mécanisme de suivi et d'évaluation par les directeurs ou les gestionnaires impliqués. Cela se fait en remplissant une grille qui mesure le niveau d'atteinte des objectifs abordés précédemment selon les variables : objectif rencontré / partiellement / non rencontré. (CSSS du Sud-Ouest – Verdun, 2006 : 50). Le conseil d'administration a créé le 14 mai 2008 le Comité de suivi du projet clinique et organisationnel.

CONCLUSION

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- ADRLSSSS de Montréal (2004). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document d'appui (à la consultation)*, Montréal, 89 pages.
- ADRLSSSSde Montréal (2004a). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Rapport de consultation*, Montréal, 109 pages.
- ADRLSSSS de Montréal (2004b). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document d'appui*, Montréal, 85 pages.
- ADRLSSSS de Montréal (2004c). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Document de consultation*, Montréal, 16 pages.
- ADRLSSSS de Montréal (2004d). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal : Recommandations*, Montréal, 16 pages.
- ADRLSSSS de Montréal (2004e). *Portrait du Centre de santé et de services sociaux de Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles*, Montréal, 36 pages
- ADRLSSSS de Montréal (2004f). *Portrait de la population Centre de santé et de services sociaux de Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles*, Montréal, 32 pages.
- ADRLSSSS de Montréal (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal, 72 pages.
- ASSSM (2006a). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, Montréal, 138 pages.
- ASSSM (2006b). *Cadre de référence régional : Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Montréal, 34 pages.
- ASSSM (2006c). *Coup d'œil sur les 10 principaux éléments du cadre de référence. Cadre de référence régional : Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Montréal, 2 pages.
- ASSSM (2007a). *Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire, Atlas interactifs, Organismes communautaires de la région de Montréal*, (Page consultée en octobre 2006) [En ligne] www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/atlas/ressources/org_communautaires.html
- Bélangier P.-R. et Lévesque, B. (1992). « Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat (1963-1993) », dans Daigle G., Rocher G., *Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 713-747.

- Bourque, D. (2007). « Les partenariats dans le développement des communautés », dans Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (sous la direction de), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 297-309.
- Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS). *Organismes communautaires de la région de Montréal*, Montréal, (Page consultée le 5 novembre, 2007). http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/atlas/ressources/details_org_communautaires.html
- 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, 206 pages.
- Conseil de la famille et de l'enfance. (2004), *Vieillesse et santé fragile : un choc pour la famille*, Québec : Conseil de la famille et de l'enfance, 91 pages.
- CSSS Verdun / Côte Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe-Saint-Charles (2005). *Un projet pour la santé et le bien-être de la population de Verdun, Côte-Saint-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles : Rapport d'étape sur le projet clinique - phase I*, Montréal, 23 pages.
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2005). *Horizon 2007 : Projet clinique et organisationnel (Document de consultation)*, Montréal, 49 pages.
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2006). *Horizon 2010 : Projet clinique et organisationnel (Document de consultation)*, Montréal, 65 pages.
- CSSS Jeanne-Mance (2006b). *Projet d'organisation clinique, Programme « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement »*, Montréal, 28 pages.
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2007). *Portrait de la population, Montréal*, [En ligne] <http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/sudouestverdun/fr/default.aspx?sortcode=1.39>, (Page consultée en janvier 2007)
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2007a). *Rapport annuel 2006- 2007*, Montréal, 25 pages.
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2007b). *Les fondations du CSSS du Sud-Ouest-Verdun*, [En ligne] <http://www.santemontreal.qc.ca/CSSS/sudouestverdun>
- CSSS du Sud-Ouest – Verdun (2007c). *Le C.A. en bref*, octobre 2007, Montréal, 1 page.
- CSSS Rouyn-Noranda (2007). *Les responsabilités du conseil d'administration et des comités*, [En ligne] <http://csssrn.qc.ca/ca.html> (Page consultée le 5 novembre, 2007).
- Deslauriers, J.-P., & Hurtubise, Y. (2000), *Introduction au travail social*, Sainte-Foy : Les presses de l'Université Laval.

- Direction de la Santé publique de Montréal (2003). *La prévention en action : Plan d'action montréalais en santé publique*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, 82 pages.
- Ferlie E., Hartley J et Martin S. (2003). «Changing public service organizations : Current perspectives and future prospects », *British Journal of Management*, 14, p. S1-S14.
- Gaumer B et Fleury M.-J. (2007). « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec: un parcours historique », dans Fleury, M.-J. et al. (dir.) (2007). *Le système sociosanitaire au Québec: Gouvernance, régulation et participation*, Montréal: Gaëtan Morin éditeur, pp. 3-21.
- INSPQ (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 46 pages.
- Jetté C., Lévesque L., Mager L., Vaillancourt Y. (1999), *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et des services sociaux. Recension des écrits*, Montréal, CRISES/LAREPPS, UQUAM, 132 pages.
- Lachapelle R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC, Québec, Presses de l'Université Laval, 293 pages.
- Lamoureux J. (1993). *L'articulation des dynamiques institutionnelles et communautaires, une expérience paradoxale dans le domaine de la santé mentale*, Thèse de doctorat en service social, Université de Montréal.
- Larivière C. (2005). *Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale*, Interaction communautaire, numéro 70, automne 2005, 13-16.
- Lefebvre C. (2003). *Un portrait des Québécois de 65 ans et plus*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, 20 pages.
- MSSS (2003). *Chez-soi: le premier choix, la politique de soutien à domicile*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 pages.
- MSSS (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 47 pages.
- MSSS (2004a). *Chez-soi: le premier choix - précisions pour favoriser la politique de soutien à domicile. Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 39 pages.

- MSSS (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux.* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 pages.
- MSSS (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, 75 pages.
- MSSS (2005a). « Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère », *Info-Contour* (Novembre), 5 pages.
- MSSS (2005b). *Un défi de solidarité: les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Québec (1988). *Rapport de la commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux,* Québec, Publications du Québec.
- Québec (2000). *Rapport et recommandations Les solutions émergentes,* Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 408 pages.
- Québec (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec,* Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 59 pages.
- Québec (2003). *Si la tendance se maintient : Perspective démographique, Québec et ses régions, 2001-2051,* Institut de la statistique du Québec, 38 pages.
- Québec (2003a). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux,* Assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec, 16 pages.
- Québec (2005). *Tableau sur les lits dressés au 31 mars 1991 à 2005,* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, Direction générale adjointe aux ententes de gestion.
- Québec (2005a). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie,* Conseil des aînés du Québec, 60 pages.
- Québec (2005b). *Projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives,* Québec, 2005.
- Québec (2006a). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2007-2008,* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 32 pages.
- Québec (2006b). *Rapport annuel de gestion 2005-2006,* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 pages.

- Québec (2007a). « Projections de la population du Québec, selon la région sociosanitaire (RSS), le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1er juillet, 2001 à 2026 », dans le site web du *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, [En ligne] http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php (Page consultée le 8 juin 2007)
- Richard, M.-C., Maltais, D., Savard, S., Tremblay, M., Bourque, D., Bussièrès, D., et al. (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.
- RIOCM ((2007). « Action de visibilité des groupes communautaires montréalais : l'Agence montréalaise de la santé et des services sociaux doit résoudre la crise du sous-financement !! », *communiqué de presse*, Montréal, 1 page.
- ROPASOM (2007). *Listes des membres*, [En ligne] <http://www.angelfire.com/planet/ropasom/> (Page consultée le 5 novembre, 2007).
- Statistique Canada (2001). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités: un profil de l'incapacité au Canada en 2001*, Ottawa, Statistique Canada.
- Statistique Canada (2006). *Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. Rapports sur la santé*, 17(4), 47-51.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*, Thousand Oaks, Sage.