

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales**

***CAHIERS DU LAREPPS***

**No 09-06**

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

**par**

**Sophie Corneau**

**Sous la direction de**

**Sébastien Savard, Marielle Tremblay et Danielle Maltais**

**Avec la collaboration de Marie-Josée Leclerc et Sabrina Tremblay**

**Copublication**

Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR)

Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)

Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale (ARUC ÉS)

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

**© LAREPPS/UQÀM  
octobre 2009**

**Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009**

**Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009**

**ISBN 978-2-922879-13-1 (version imprimée)**

**ISBN 978-2-922879-14-8 (version pdf)**

**ISSN 1490-8069 (Les Cahiers du LAREPPS)**

## AVANT-PROPOS

Cette monographie a été produite dans le cadre de la recherche intitulée *Les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS*. Celle-ci a été subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. L'équipe de recherche est constituée de Denis Bourque (Université du Québec en Outaouais[UQO]), Sébastien Savard (Université du Québec à Chicoutimi [UQAC], Marielle Tremblay (UQAC) et Danielle Maltais (UQAC). Sont associés les professionnels de recherche Marie-Josée Leclerc (M.T.S. en cours à l'UQAC), , Sophie Corneau (M.T.S. en cours à l'UQAC) et René Lachapelle (UQO). Denis Saint-Amand de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Sylvie Dubord du Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC) et Denis Busières de l'Alliance de recherche Universités-Communautés en économie sociale (ARUC ÉS) sont également impliqués dans cette recherche à titre de partenaires.

## RÉSUMÉ

Cette monographie s'inscrit dans la première étape d'un programme de recherche s'intéressant aux implications de la réorganisation du système de la santé et des services sociaux sur les rapports entre les CSSS et les organismes communautaires de même que sur la pratique des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires en CSSS. Les chercheurs présentent ici la monographie du CSSS de Chicoutimi, issu de la fusion d'un centre hospitalier régional, d'une installation de CSLC et de trois CHSLD situés dans l'arrondissement de Chicoutimi (ville de Saguenay). Cette monographie porte sur une fusion réalisée à la suite de l'adoption des projets de lois 25 et 83. Elle permet de documenter les processus de participation qui ont été mis en place lors de cette fusion de divers établissements de services de santé et de services sociaux.

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AQDR	Association québécoise pour la défense des droits des retraités
ARH	Agent de relations humaines
ARSSS	Agence régionale de la santé et des services sociaux
ASSS-SLSJ	Agence de la santé et des services sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CA	Conseil d'administration
CACB	Centre d'action bénévole de Chicoutimi
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier de la Sagamie
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CMUR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSN	Centrale syndicale nationale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSC	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
EES	Entreprise d'économie sociale
GMF	Groupe de médecine familiale
HLM	Habitation à loyer modique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MRC	Municipalité rurale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OMH	Office municipal d'habitation
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCDG	Programme de courte durée gériatrique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII	Plan d'intervention individualisé

PPALV	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource intermédiaire
RISPA	Réseau intégré de services pour les personnes âgées
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressources non institutionnelles
ROC	Regroupement des organismes communautaires
RQIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de la santé
SAD	Soutien à domicile
SLSJ	Saguenay-Lac-St-Jean
TED	Trouble envahissant du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires

## REMERCIEMENTS

Cette monographie n'aurait pu être produite sans l'apport de plusieurs personnes et organismes. Nous remercions d'abord la directrice à la qualité et au projet clinique du CSSS de Chicoutimi, Mme Nathalie Harrisson, pour les nombreux documents mis à notre disposition et pour l'information ayant permis la rédaction de cette monographie. Ses réponses à nos questions nous ont également permis de mieux comprendre le contenu des documents. Nous tenons également à souligner l'incalculable collaboration de M. Michel Côté, de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux, qui nous a fourni de précieuses informations concernant les données régionales ayant trait aux conditions de vie et à l'état de santé des personnes âgées, et de Mme Martine Couture qui, en tant que présidente directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, nous a introduit et appuyé auprès des partenaires des CSSS de Chicoutimi et Cléophas-Claveau. Son appui a grandement favorisé la consolidation de nos collaborations.

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>VIII</b>
<b>PRÉSENTATION.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>1. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DES SYSTÈMES DE SANTÉ.....</b>	<b>4</b>
1.1 LA REFORME DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX.....	4
1.2 LES RAPPORTS ENTRE L'ÉTAT, L'ACTION COMMUNAUTAIRE ET L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE.....	7
1.3 LE PROGRAMME PALV ET LA PRATIQUE PSYCHOSOCIALE.....	10
<b>2. PORTRAIT DES TERRITOIRES GÉOGRAPHIQUE, SOCIOÉCONOMIQUE, SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOSANITAIRE DES COMMUNAUTÉS LOCALES.....</b>	<b>15</b>
2.1 LA REGION DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN.....	15
2.2 PORTRAIT DU TERRITOIRE DE CHICOUTIMI.....	24
<b>3. DESCRIPTION DU CSSS DE CHICOUTIMI.....</b>	<b>28</b>
3.1 DATE DE CREATION DU CSSS, NOMBRE ET NATURE DES ETABLISSEMENTS REGROUPES.....	28
3.2 CARACTERISTIQUES DU CSSS DE CHICOUTIMI.....	28
3.3 STRUCTURES INTERNES.....	29
<b>4. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS DE CHICOUTIMI.....</b>	<b>30</b>
4.1 PROJET DE FUSION.....	30
4.1.1 <i>Initiateur du projet</i> .....	30
4.1.2 <i>Scénarios proposés</i> .....	30
4.1.3 <i>Calendrier des moments importants</i> .....	31
4.2 PROCESSUS DE CONSULTATION.....	32
4.2.1 <i>Acteurs impliqués</i> .....	32
4.2.2 <i>Réactions</i> .....	33
4.2.3 <i>Scénarios retenus</i> .....	34
5.1 ORIENTATIONS REGIONALES OU CADRE DE REFERENCE DES RELATIONS AVEC LE COMMUNAUTAIRE.....	35
5.2 ORIENTATION DU CSSS OU CADRE DE REFERENCE DES RELATIONS AVEC LE COMMUNAUTAIRE.....	38
5.3 CADRE DE REFERENCE CONCERNANT LA PRATIQUE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE.....	38
5.4 NOMBRE D'ORGANISATEURS COMMUNAUTAIRES ET RATTACHEMENT ADMINISTRATIF.....	40
<b>6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX.....</b>	<b>41</b>
6.1 ORIENTATIONS REGIONALES OU CADRE DE REFERENCE RELATIF AU PALV.....	41
6.2 RESEAU ET STRUCTURE DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES AGEES DU TERRITOIRE DE CHICOUTIMI.....	42
6.2.1 <i>L'offre de services du CSSS dans le programme PALV</i> .....	43
6.3 NATURE DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX OFFERTS, NOMBRE D'ARH ET DE TRAVAILLEUSES SOCIALES DANS LE PROGRAMME PALV.....	45
<b>7. PROJET CLINIQUE PALV ET RESEAU LOCAL DE SERVICES (RLS).....</b>	<b>47</b>
7.1 CADRE DE REFERENCE SUR LES PROJETS CLINIQUES ET RLS.....	47
7.2 PRINCIPALES DEMARCHES SUIVIES LOCALEMENT.....	48
7.2.1 <i>Responsable de l'élaboration</i> .....	48
7.2.2 <i>Structure mise en place et personnes ayant participé à l'élaboration du projet clinique</i> .....	48
7.2.3 <i>Le processus de consultation : les personnes consultées et le mécanisme de consultation</i> .....	49
7.3 PRESENTATION SOMMAIRE DU PROJET CLINIQUE.....	49

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 1 – ORGANIGRAMME DU CSSS DE CHICOUTIMI 2008.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 2 - POPULATION DU QUÉBEC SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (SAGUENAY), DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS) ET LA RÉGION SOCIO SANITAIRE (RSS) : CHICOUTIMI. ESTIMATION 1996 ET PROJECTION 2001 À 2026 .....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXE 3 - LA POPULATION DU QUÉBEC SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (SAGUENAY), DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS) ET LA RÉGION SOCIO SANITAIRE (RSS) : CHICOUTIMI. ESTIMATION 1996 ET PROJECTION 2001 À 2026 .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 4 - ÉCARTS À COMBLER PAR RAPPORT AUX DIFFÉRENTS OBJECTIFS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXE 5 - EXEMPLE DU PLAN D’ACTION CSSSC-PROGRAMME PALV .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 6 - RÉACTIONS DES DIFFÉRENTS ACTEURS AYANT DÉPOSÉ DES MÉMOIRES À L’AGENCE .....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 7 - LES SERVICES DE L’AGENCE (2006).....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXE 8 - CALENDRIER DES ÉTAPES ET DES ÉCHÉANCIERS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE 9 - TABLEAU ORGANISATION DES SERVICES AU CSSSC (2006) .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 10 - TABLES DE CONCERTATION POUR PERSONNES ÂGÉES / MANDATS SPECIFIQUES .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 11 - COMITÉ LOCAL PPALV .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXE 12 - RÉSEAU DES SERVICES CLINIQUES (2006) .....</b>	<b>79</b>



**LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1</b>	Population totale et par sexe, Québec, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006 .....	16
<b>Tableau 2</b>	Marché du travail au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, février 2007... ..	16
<b>Tableau 3</b>	Population au Saguenay–Lac-Saint-Jean en fonction de l'âge .....	18
<b>Tableau 4</b>	Pourcentage d'hommes et de femmes recevant le Supplément de revenu garanti, au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000.....	19
<b>Tableau 5</b>	Proportion de la population vivant seule, 2001 .....	20
<b>Tableau 6</b>	Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus .....	22
<b>Tableau 7</b>	Revenu personnel moyen par habitant, 2000.....	24
<b>Tableau 8</b>	Marché du travail au Québec, au Saguenay–Lac-Saint-Jean et dans le RLS Chicoutimi, 2001 .....	25
<b>Tableau 9</b>	Espérance de vie en année (1997-1999) .....	26
<b>Tableau 10</b>	Principales causes d'hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus .....	27

## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique 1</b>	
Secteurs d'activités pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2005.....	17
<b>Graphique 2</b>	
Évolution du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean .....	17
<b>Graphique 3</b>	
Nombre de personnes de 65 ans et plus, selon le sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2001-2011 .....	18
<b>Graphique 4</b>	
Répartition des personnes de 65 ans et +, selon le plus haut niveau de scolarité atteint, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000 .....	20
<b>Graphique 5</b>	
Proportion des 15 ans et plus se classant au niveau faible de l'indice de soutien social, par âge et sexe, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1998.....	21
<b>Graphique 6</b>	
Indice de soutien social pour les personnes de 65 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 1998 .....	21
<b>Graphique 7</b>	
Secteurs d'activité pour le territoire de Chicoutimi .....	25

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b>	
Un réseau local de services .....	6
<b>Figure 2</b>	
Configuration des programmes.....	9
<b>Figure 3</b>	
Les six réseaux locaux de services (RLS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean .....	15

## PRÉSENTATION

C'est le projet de recherche sur les effets de la reconfiguration des établissements sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), qui a débuté en 2006, au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cléophas-Claveau, qui est à l'origine de cette monographie, soit près de huit ans après la fusion des établissements et au tout début de l'élaboration du projet clinique. La majorité des autres CSSS de la province en étaient aux toutes premières années de ce processus. Une monographie a été produite pour chacun des trois autres CSSS<sup>1</sup> étudiés dans la recherche subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)<sup>2</sup> du Canada.

Relativement à la structure organisationnelle du CSSS et aux services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la monographie prend en compte les rapports de gestion disponibles en juin 2007. En ce qui concerne l'analyse des données relatives au portrait du territoire, nous avons choisi de maintenir leur présentation sur la base des documents établis en 2004 par l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Nous sommes très conscients que, depuis cette période, les situations ont évolué, du fait notamment de la publication récente des données du recensement du Canada 2006. Mais ce sont les données du recensement de 2001 qui étaient accessibles aux personnes que nous avons rencontrées au moment des entrevues. C'est aussi en fonction de ces données que les CSSS ont été constitués et se sont structurés dans la phase initiale dont nous cherchons à documenter l'impact sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

---

<sup>1</sup> Les trois autres territoires de CSSS sont : La Baie, Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun, de la grande région de Montréal.

<sup>2</sup> Programme numéro CRSH: 410-2006-0859.

## INTRODUCTION

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

Depuis les années 1990, le partenariat structure les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires considérés comme des acteurs essentiels des Réseaux locaux de services (RLS)<sup>3</sup>. 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 dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement qui sont expérimentés entre le réseau public, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale?
- 2) Quels sont les changements attribuables à la création des CSSS sur les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires œuvrant dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement?

Cette monographie est la première étape d'un programme de recherche s'intéressant aux implications de la dernière réorganisation du système de la santé et des services sociaux sur les rapports entre les CSSS et les organismes communautaires de même que sur la pratique des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires en CSSS. Cette étude s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994) où quatre CSSS, deux de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et deux autres de la région de Montréal ont été étudiés et seront comparés afin d'exposer la diversité des expériences qui se construisent dans les nouveaux RLS dans le cadre du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Les résultats de l'analyse des données obtenues lors d'entrevues semi-dirigées feront l'objet d'une deuxième étape.<sup>4</sup> La présente monographie expo-

---

<sup>3</sup> « 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)

<sup>4</sup> Onze entrevues semi-dirigées nous ont en effet permis de documenter le point de vue des acteurs concernés par les deux volets de la recherche, soit les pratiques partenariales et les interventions psychosociales et communautaires. Les résultats de cette étude seront diffusés ultérieurement.

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

## 1. ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

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

### 1.1 La réforme de la santé et des services sociaux

Mis en place à la fin des années 1960 et complété au début des années 1970 dans la foulée de la commission Castonguay-Nepveu, le régime public de santé et de services sociaux québécois a subi depuis moult transformations et restructurations. Sans reprendre ici toute cette histoire, il importe de rappeler la période qui a suivi le dépôt, en 1988, du rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Ce rapport, le rapport Rochon, a amené non sans résistance la loi de 1992 redéfinissant le régime québécois en fonction de la réponse aux déterminants de la santé, installant du même souffle une politique nationale de santé et de bien-être et des conseils d'administration contrôlés par les citoyens dans tous les établissements chapeautés 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, a alors questionné la dispersion des services dans divers établissements et a proposé l'établissement de réseaux intégrés et la hiérarchisation des services (Québec, 2000 : 69.79).

Les élections du printemps 2003 portent au pouvoir un nouveau gouvernement dont le programme comporte des promesses de changer le système de santé et de services sociaux de la province. Poussant jusqu'au 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 en mettant, ces dernières années, un accent sur le partenariat entre les réseaux (Ferlie, Hartley, et Martin, 2003). Marqués par les impératifs technologiques et pharmacologiques de la médecine, ces ajustements prennent la forme de fusion des établissements en fonction d'une base démographique suffisante pour rentabiliser les hôpitaux et leurs lourds équipements. Les nouvelles technologies, les progrès pharmaceutiques et la volonté de rationalisation budgétaire du système public seraient plus faciles à absorber si les établissements fusionnaient entre eux (Richard et coll., 2005). C'est dans ce cadre 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.

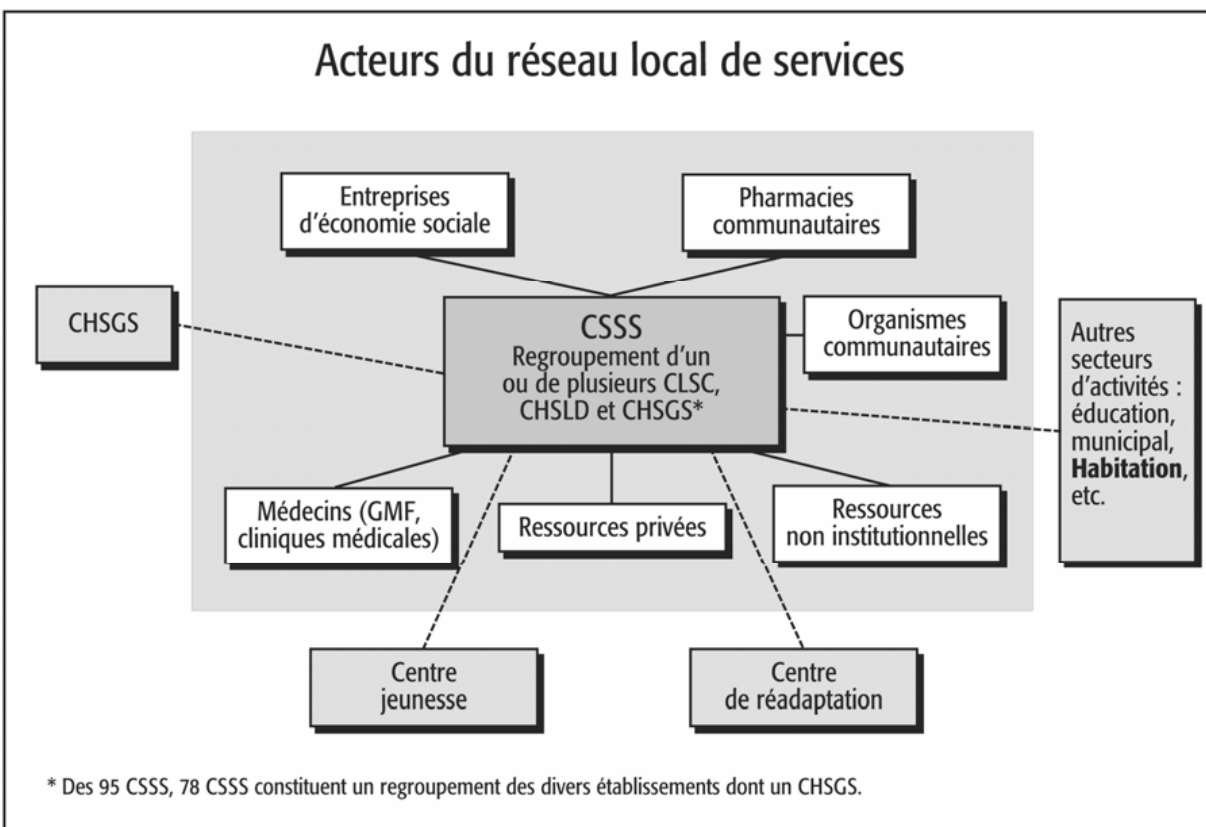
Au début des années 1990, les plans régionaux d'organisation de services (PROS), pilotés par les régies régionales, avaient eu des effets mineurs sur la réorganisation des services dans les éta-

blissements, mais ont toutefois contribué à implanter, dans la foulée de la reconnaissance des organismes communautaires par la loi 120, une culture de concertation entre les services publics et les organisations communautaires œuvrant dans des secteurs connexes (Gaumer et 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 les établissements porte préjudice à la continuité des services, a ouvert la porte à une nouvelle réforme : l'heure des fusions a sonné (Gaumer et Fleury, 2007).

### **La loi 25**

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (loi 25) a été présentée à l'Assemblée nationale du Québec le 11 novembre 2003 et sanctionnée la même année, le 18 décembre. Le préambule précise que cette loi « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003). La loi crée des agences ayant la mission de développer, sur la base de réseaux locaux, l'organisation des services de santé et des services sociaux d'un territoire comportant au moins un CLSC, un CHSLD et si possible un CH. Ce modèle d'organisation mise sur le regroupement administratif pour intégrer les services. En plus d'une offre de services continus et accessibles, la loi 25 vise une hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle des établissements chargés de coordonner ces réseaux locaux (MSSS, 2004c). C'est la fusion des établissements publics (CLSC, CHSLD et CH) qui constitue le mode d'organisation privilégié d'intégration des services et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui en résulte sera responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des soins sur son territoire (Voir figure 1). Le concept de responsabilité populationnelle présenté dans la loi signifie en clair que la responsabilité de la santé d'une population est imputée au CSSS. Les acteurs sont donc invités à agir de façon concertée pour déterminer les services dont la population a besoin et à veiller au maintien ou à l'amélioration de la santé et du bien-être de celle-ci.

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



Source : MSSS, 2004b

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

Le CSSS devient responsable de fournir les services, autant de la mission CLSC que de l'hébergement de longue durée et des services hospitaliers. Il assume également la responsabilité de la mobilisation et de la coordination des services avec les divers acteurs (p. ex. : cliniques médicales) et de la mise en place d'ententes de services avec les établissements spécialisés (p. ex. : Centre jeunesse) et les organismes communautaires. Aux ARSSS, il revient de soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, d'assurer les arbitrages, de procéder à l'allocation des ressources financières et à l'administration de certaines fonctions de santé publique et de services préhospitaliers d'urgence. Le MSSS est, pour sa part, responsable des actions à caractère national telles que la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats desdites interventions.



## **Le projet de loi 83**

Ce projet de loi, présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004, vient modifier la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En effet, « le projet de loi [83] prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux » (Québec, 2005b : 2). Il précise que les instances locales devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire desservi, tandis que les agences agiront comme organismes coordonnateurs du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Pour le ministre Couillard, le projet de loi 83 constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux par l'intermédiaire de mesures afin de clarifier les responsabilités des établissements, des agences et du ministre, 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 Loi sur les services de santé et les services sociaux en poussant plus loin la logique de fusions et de centralisation du réseau public. La section 530 de l'article 174 prévoit en effet que lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité d'un territoire d'une agence, les responsabilités que la loi confie à cette dernière peuvent être exercées par l'instance locale du réseau. Une autorisation du ministre, après consultation des divers acteurs du territoire, est cependant nécessaire avant ce transfert de responsabilité.

### **1.2 Les rapports entre l'État, l'action communautaire et l'organisation communautaire**

Le secteur de la santé et des services sociaux occupe une place prépondérante dans les rapports entre l'État et les organismes communautaires, d'une part, parce que le modèle des relations confirmé dans la politique de reconnaissance de l'action communautaire a été établi à la suite des négociations qui ont suivi l'adoption de la loi 120 en 1992. Mais aussi parce que le Programme de soutien aux organismes communautaires représentait 56 % du soutien financier à l'action communautaire et touchait 64 % des organismes communautaires soutenus en 2006-2007. Ce soutien financier est à la fois une condition d'existence pour bon nombre d'organismes communautaires, mais aussi une source de préoccupation pour leur autonomie, voire leur identité. Avant la création des CSSS, les rapports entre les établissements publics et les groupes s'établissaient en première ligne : les CLSC, intégrés maintenant aux CSSS, avaient une culture qui favorisait des rapports qui, tout en pouvant être conflictuels, s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaire. Les dispositions à la base des RLS installent une nouvelle donne 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 la coordination locale des services risquent de transformer la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires. Les articles 27 et 28 de la loi 25 précisent en effet que le mandat des 95 CSSS est de mettre en place des RLS sur leur territoire en stipulant que :

On doit retrouver dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées du territoire. La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux

locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

Le nouveau rôle des CSSS en est un de coordination des ressources communautaires du secteur de la santé et des services sociaux, en plus des mandats de soutien et de concertation. Pour ces établissements publics, ce rôle de coordination s'accompagne d'une imputabilité nouvelle quant à l'intégration des services et quant à leur efficacité et à leur qualité, qu'ils proviennent des établissements publics ou des autres partenaires et producteurs de services. Pour ce faire, les CSSS doivent convenir d'ententes de services avec les organismes communautaires dans l'ensemble des programmes-services. Ces ententes de services peuvent impliquer le versement de subventions et une reddition de comptes pour une prestation de services prédéfinis dans le cadre des réseaux intégrés ou 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 hiérarchiques que ceux qui avaient jusqu'à maintenant cours entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires.

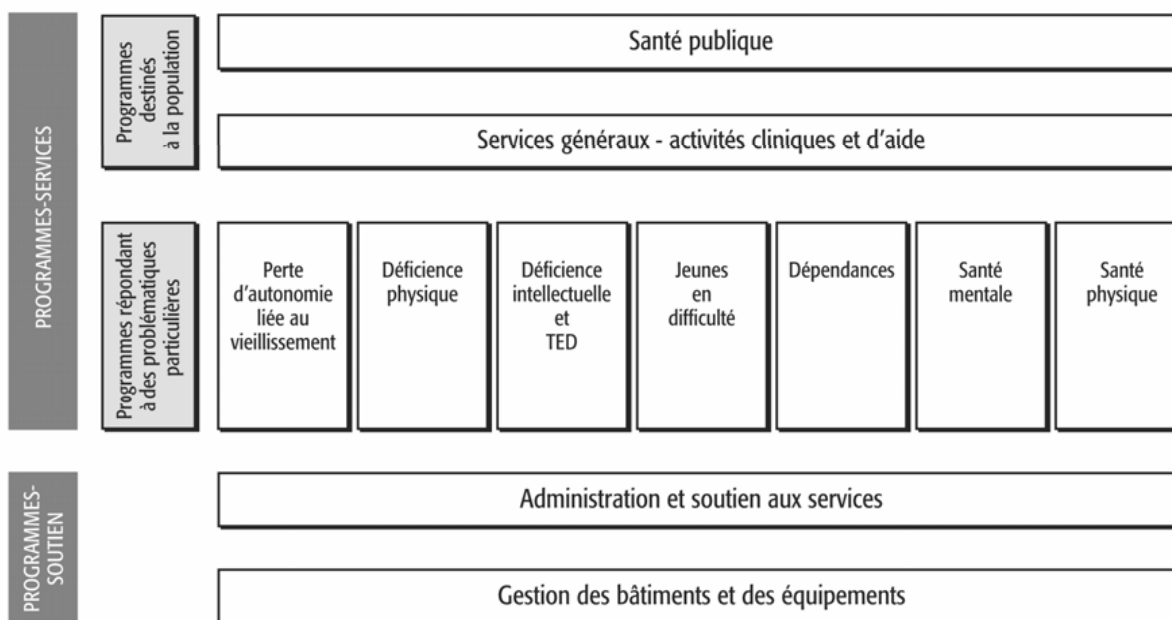
À la suite de l'adoption, en novembre 2005, du projet de loi 83, chacun des CSSS doit produire un projet clinique (MSSS, 2004c ; Québec, 2005b) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire<sup>5</sup>. Cette approche populationnelle doit adapter les services aux réalités locales et articuler les rapports entre les producteurs de services en fonction de différents programmes (voir figure 2). Cette responsabilité populationnelle caractérise les rapports des établissements publics avec les acteurs concernés de leur territoire. Le MSSS souhaite aussi la participation des usagers et de la population à la prise de décision en matière d'organisation des services de santé et des services sociaux. L'article 99,5 du projet de loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires de leur territoire à la définition du projet clinique. Ce faisant, ils créent une ouverture et donnent une prise sur l'organisation des services locaux aux organismes communautaires et à la population. Le projet clinique doit, par ailleurs, comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le communautaire qui se concrétisent, entre autres, par les ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS les 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).

---

<sup>5</sup> « Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnels. Le projet clinique du réseau local renvoie à une démarche visant à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire par divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, à l'adaptation et à la réinsertion sociale, et au soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs assument la responsabilité des services qu'ils offrent. » (MSSS, 2005 : 11)

Figure 2

## Configuration des programmes



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

Selon Bourque (2004), ce nouveau rôle de coordination des CSSS et la mise en place d'ententes de services, même dans la mesure où elles se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie des organismes communautaires, comportent des enjeux pour les acteurs concernés :

- pour les **organismes communautaires**, les ententes de services et la transformation de leurs rapports avec les établissements publics risquent de toucher le maintien de leur identité et de leur autonomie. Leur statut d'acteur essentiel « à l'exercice de la citoyenneté et au développement social » pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les CSSS. Les organismes communautaires risquent aussi d'être en rapport de compétition entre eux et avec le CSSS puisque, lorsqu'il est question de financement, les ressources à partager sont toujours moindres que les besoins des acteurs concernés;
- pour les **CSSS**, cette nouvelle donne, dans les rapports avec les organismes communautaires autour de la fourniture de services, touche aussi la mobilisation des communautés, un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations (INSPQ, 2002). Les groupes communautaires tirent en effet leur caractère essentiel non pas au départ à partir des services qu'ils offrent, mais bien de leur fonction sociale de développement et d'innovation, de pluralité des approches et de promotion de la citoyenneté. C'est leur capacité de répondre avec souplesse aux besoins des personnes et des collectivités qui leur donne un potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne et qui fait leur 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, ces nouveaux rapports entre CSSS et organismes communautaires risquent de modifier leur rôle de renforcement du pouvoir d'agir et de développement de l'autonomie des organismes communautaires, entre autres, dans les rapports des organismes avec leur bailleur de fonds que devient le CSSS (Bourque, 2004). Toujours selon Bourque, lorsque les fonctions de soutien et celle de bailleur de fonds ne sont pas clairement distinguées, les organismes communautaires risquent de se retrouver en conflit d'allégeance professionnelle entre l'établissement public qui les emploie et l'organisme communautaire qui négocie une entente de services. Les intérêts organisationnels des établissements et ceux des organismes communautaires ne seront pas toujours convergents et les organismes communautaires risquent d'être coincés entre les deux. Les établissements qui choisiraient d'utiliser les organismes 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, mais aussi les partenariats avec les groupes. Ainsi, l'organisme communautaire, employé du CSSS, pourrait devoir prendre fait et cause pour l'établissement et aller jusqu'à le représenter ou accompagner le personnel cadre dans les négociations avec les groupes. À ce moment, le CSSS compromet-il la fonction d'agent de liaison de celui-ci entre l'établissement et les organismes communautaires dans une perspective de développement des communautés?

### **1.3 Le programme PALV et la pratique psychosociale**

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

#### **Changement de culture et retour aux sources**

L'origine du soutien à domicile, c'est un peu l'histoire de la vieillesse. En effet, soutien à domicile et vieillesse sont liés d'une manière très intime, puisque l'une a su orienter les politiques et services de l'autre. La période qui s'étend de 1900 jusqu'à 1940, 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, par

charité chrétienne, semble aller de soi. Les personnes âgées termineront donc, pour la plupart, leur existence au sein de leur famille.

La période qui suit, soit jusque dans les années 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, augmentation de l'espérance de vie) placent les personnes âgées vulnérables dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'État, leur famille ne pouvant plus les prendre en charge comme auparavant (Deslauriers & Hurtubise, 2000). S'instaure alors l'ère des centres publics d'accueil et d'hébergement où dépersonnalisation et homogénéisation des usagers sont courantes (Charpentier, 2002). C'est précisément après quelques années de ce régime et d'un besoin de rationalisation des dépenses en santé que le maintien à domicile sera de plus en plus encouragé.

La fin des années 90 et le début du 21<sup>e</sup> siècle seront eux aussi marqués par des compressions budgétaires qui inciteront les divers gouvernements au pouvoir à poursuivre les efforts de maintien des personnes âgées en milieu naturel. Cependant, l'incapacité relative des diverses instances gouvernementales à fournir adéquatement les services requis pour le maintien à domicile des aînés justifiera une refonte de ce secteur par la publication successive de divers documents ministériels. Entre autres, en février 2003, la *Politique de soutien à domicile* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003), dans le contexte de l'application de la loi 25, sera rendue publique. À l'été 2004, le ministère publie *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* dans le but de faciliter la compréhension de la précédente politique. Enfin, à la suite des travaux d'un groupe de travail, à l'automne 2003, et de consultations réalisées auprès de divers groupes concernés par le vieillissement de la population au printemps suivant, le plan d'action 2005-2010 *Un défi de solidarité* constitue, une fois pour toutes, un virage vers la communauté et, donc, un retour franc de la culture du maintien à domicile dans la société québécoise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005b). Toutefois, et contrairement à ce qui s'était fait auparavant (du moins avec une telle envergure) cette politique, que plusieurs jugent néolibérale, tend fortement à une privatisation des services et à un désengagement progressif de l'État (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004).

### **Les nouvelles orientations ministérielles**

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

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

Concrètement, la nouvelle politique de soutien à domicile dont le vocable principal est défini comme « *le passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie* » (MSSS, 2003 : 1) ne constitue pas un nouveau champ de service, mais veut au contraire s'intégrer dans l'architecture des services en santé et services sociaux déjà existants. Les prétentions du ministère sont, cette fois, d'y ajouter les critères d'*efficacité*, d'*adaptabilité* et d'*interdépendance* (avec les autres programmes et instances) aux services de soutien à domicile nouvellement pensés. Autre élément important, la Politique de soutien à domicile est fondée sur la reconnaissance des aidants naturels et de la famille proche.

La vision du MSSS concernant la nouvelle politique de soutien à domicile recoupe plusieurs éléments. D'abord, selon les désirs des personnes concernées, le domicile devra toujours être le premier choix. Il s'agit d'un 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. Un deuxième élément important ; la priorité est mise sur le principe d'autodétermination des usagers dans les soins de santé à domicile et sur le respect de leur vie privée et de leurs valeurs. Également, et comme souligné précédemment, l'importance des aidants naturels est reconnue et doit être appuyée par un changement de vision à leur égard. Notamment, les proches soignants sont tout à la fois des usagers de services, mais aussi des partenaires dans l'administration des soins de santé au parent malade ou ayant une incapacité. Le quatrième élément de la vision nouvelle du gouvernement en ce qui a trait à la nouvelle politique de soutien à domicile vise la mise en place d'une nouvelle philosophie d'action qui concerne d'abord les services à domicile proprement dits, puis les services gravitant autour du domicile (ex : centre de jour, hôpital de jour) et, enfin, les services à valeurs plus sociétales tels que les transports adaptés. Finalement, dans la vision du MSSS, le domicile devient un endroit neutre où nul ne peut retirer d'avantages financiers.

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

1. **des services adaptés, un soutien personnalisé.** Il s'agit ici de simplifier, d'accélérer et de rendre plus équitable l'accès aux services de soutien à domicile, notamment par les guichets d'accès, en mettant en place des critères d'admissibilité uniformes, de préciser la couverture publique et d'harmoniser les pratiques de tous les acteurs. Également, les différents services ou programmes mis en place devront suivre une logique de continuité et être bien coordonnés. À cette fin, la responsabilité clinique de l'administration des services et les mécanismes de transition sont assignés au CLSC (aujourd'hui intégré au CSSS). Évidemment, tout cela ne pourrait se faire sans des mécanismes de communication qui devront toutefois être réévalués et, au besoin, améliorés. Enfin, cette première orientation consiste également à assurer des services de qualité, notamment par la formation du personnel, la participation des usagers aux mécanismes décisionnels, une assurance-qualité et des stratégies de recours simplifiées ;
2. **gérer efficacement : un partage clair des responsabilités.** Considérant le fait que la nouvelle politique de soutien à domicile ne constitue pas un ajout de nouveaux services, mais plutôt un réseautage avec ceux déjà existants, la responsabilité de la cohérence de ces services échoit aux agences de la santé et des services sociaux de chaque région. Le ministère est certainement responsable de l'adoption des orientations régionales et de l'administration des ressources, mais ce sont surtout les agences qui doivent organiser et allouer les ressources disponibles. Les CSSS sont dès lors sous l'autorité des agences, mais responsables des programmes de soutien à domicile de leur territoire ;
3. **travailler ensemble : pour une stratégie nationale de soutien à domicile.** Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile au Québec, diverses mesures ont été mises sur pied. Le soutien à la personne est d'abord assuré par la simplification des processus administratifs et, ensuite, par la diversification des logements adaptés. Également, les personnes aidantes en milieu naturel seront soutenues par diverses mesures qui touchent des domaines tout aussi divers que les congés sociaux, les prestations de l'État, les lois du travail, et autres.

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

Cette publication, qui fait suite à celle de 2003, constitue un « élément de mise en œuvre annoncé dans la Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004 :1) qui permet d’apporter des précisions facilitant l’implantation de cette politique. En effet, plusieurs acteurs du réseau ayant soulevé certains problèmes reliés à la mise sur pied des services de soutien à domicile tels que préconisés par le MSSS, ce dernier s’est vu dans l’obligation d’apporter des explications supplémentaires pour permettre une mise en œuvre harmonieuse de la politique de soutien à domicile.

Les précisions apportées concernent les éléments suivants :

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

***Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d’autonomie – plan d’action 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005b)***

Cette publication fait, dans un premier temps, un constat des services et programmes actuels pour les personnes âgées en perte d’autonomie et ensuite, un portrait de l’évolution du vieillissement de la population. À la lumière des informations apportées, deux options émergent : 1) continuer selon le modèle actuel, ce qui demanderait d’augmenter toujours plus le nombre de places en ressources institutionnalisées ; 2) ou encore adapter et améliorer l’organisation des services pour répondre aux besoins futurs de la population vieillissante.

Le MSSS, ayant choisi la deuxième option, poursuit deux grands objectifs. D’abord, améliorer l’accès aux services et soutenir les innovations en matière de diversification de 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, en se basant sur de hauts critères de qualité et de pratiques régulées par le secteur public (mise en place de protocoles, formations des intervenants, processus de contrôle de qualité, processus de certification pour les ressources, recherche et transfert des connaissances).

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

Le programme PALV regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d’autonomie due majoritairement à l’âge (et aux proches aidants). Entre dans cette catégorie toute personne

répondant aux critères précédents et souffrant soit de perte d'autonomie fonctionnelle, soit de problèmes cognitifs ou encore de maladies chroniques. L'intention du MSSS n'est pas ici de vouloir guérir les usagers, mais plutôt de compenser la détérioration de la qualité de vie, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer un environnement sécuritaire.

Notons que selon le MSSSS (2005d), l'âge ne peut être considéré comme un critère suffisant pour recevoir les services prévus dans le programme PALV. Une personne de moins de 65 ans, aux prises avec les mêmes problèmes, peut avoir droit aux mêmes services qu'une personne âgée. Enfin, 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, comme le précise le document sur les services généraux en CSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e), sont laissées à la discrétion des agences de chacune des régions du Québec qui, à leur tour, délèguent la mise sur pied et le fonctionnement aux différents CSSS de leur territoire. Ainsi, il est difficile de tracer un portrait global de la province en raison des disparités et spécificités régionales.



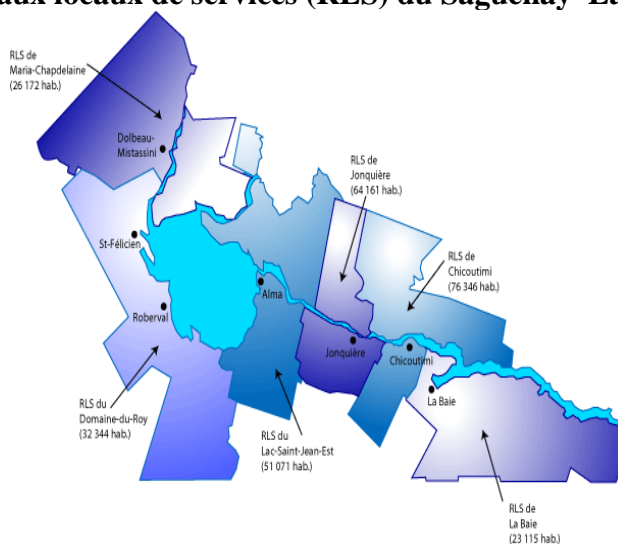
## 2. PORTRAIT DES TERRITOIRES GÉOGRAPHIQUE, SOCIOÉCONOMIQUE, SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOSANITAIRE DES COMMUNAUTÉS LOCALES

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

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

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

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



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

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

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

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

Source : ISQ, 2006

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

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

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

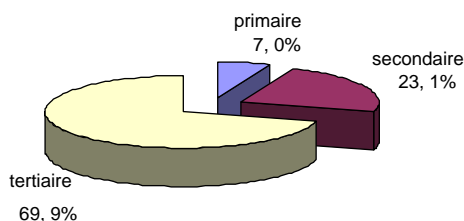
	Québec	Saguenay–Lac-Saint-Jean
<b>Taux d'activité</b>	65,4 %	62,1 %
<b>Taux d'emploi</b>	60,4 %	55,5 %
<b>Chômage</b>	7,7 %	10,6 %

Source : ISQ, 2007

En 2001, la majorité (69,9 %) des travailleurs de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean occupait un emploi dans le secteur tertiaire (transport, commerce, hôtellerie, service des soins), tandis que 23,1 % œuvraient dans le secteur secondaire (industrie et construction) et 7 % dans le secteur primaire (agriculture et exploitation forestière) (Graphique 1). Ces chiffres sont relativement comparables à ceux du Québec en ce qui concerne les secteurs tertiaire (73,9 % au Québec) et

secondaire (22,2 % au Québec), sauf pour le secteur primaire où 3,9% des Québécois y travaillent. (ASSS-SLSJ, 2005).

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

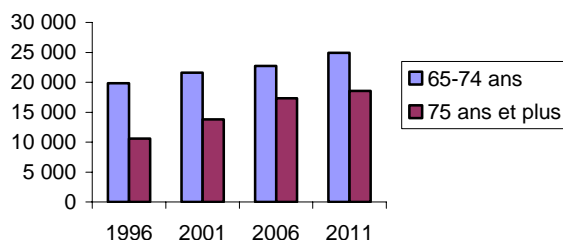


Source : ASSS-SLSJ, 2005

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

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

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



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

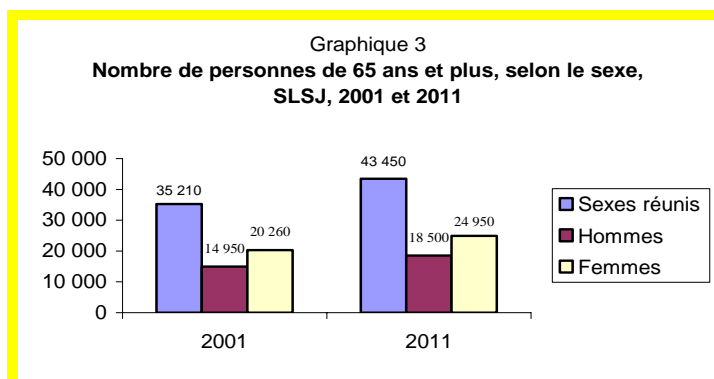
En 1996, l'ISQ indique qu'il y avait 260 047 personnes de 0 à 64 ans dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En 2006, pour ce même groupe d'âge, la population correspondait à 234 060 personnes, soit une diminution de 25 987 personnes (10 %). Par ailleurs, le nombre de personnes de 65 ans et plus qui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

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

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

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

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



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

### Conditions socioéconomiques

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

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

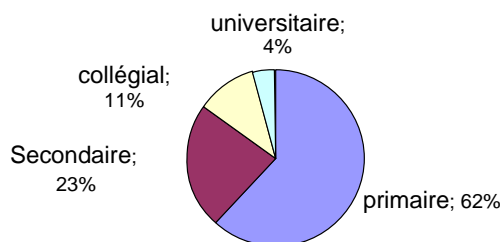
**Tableau 4**  
**Pourcentage d’hommes et de femmes recevant le Supplément de revenu garanti, au Québec et au Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2000**

	<b>Hommes</b> (%)	<b>Femmes</b> (%)	<b>Total</b> (%)
<b>Québec</b>	42,3	54,2	49,3
<b>SLSJ</b>	45,4	59,0	53,2

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

<sup>6</sup> Ces données laissent supposer qu’il y a un écart important entre les « riches » et les « pauvres ».

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



Source : Enquête psychosociale SLSJ, 2000

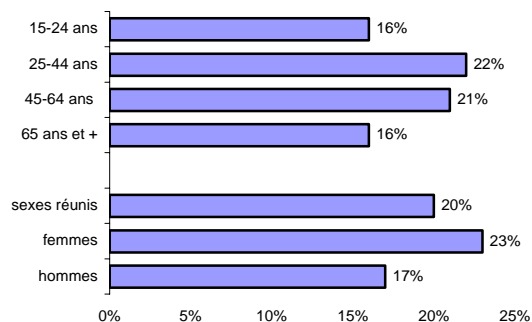
Tant au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu’au Québec, plus on avance en âge, plus le nombre de personnes vivant seules augmente. Cela est d’autant plus vrai pour les femmes de la région : passé l’âge de 75 ans, elles sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules (Tableau 5).

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

Source : INSPQ, 2006

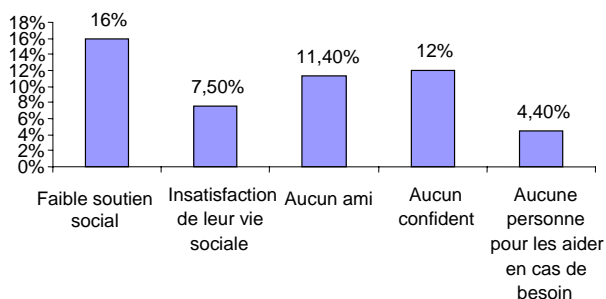
L’enquête sociale et de santé réalisée en 1998 montre que l’environnement social de la population des 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean est semblable à celui de l’ensemble du Québec (ISQ, 1998). En effet, 16 % des personnes de 65 ans et plus résidant au Saguenay–Lac-Saint-Jean se situent au niveau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

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



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

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



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

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

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

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

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

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

Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Enfin, en 2004, 16,8 % des personnes de 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont reçu des services à domicile (ASSS-SLSJ, 2005b). En moyenne, 19,2 interventions à domicile ont été offertes pour chaque usager. Le MSSS prévoit qu'en 2010, c'est 16 % de la population âgée qui, partout au Québec, devrait avoir des services à domicile, soit 6936 usagers au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il est important de noter que ce chiffre est déjà atteint dans la région. De plus, le MSSS estime que le nombre moyen d'interventions augmentera de 25 %, c'est-à-dire que ces personnes recevront annuellement une moyenne de 24 interventions (ASSS-SLSJ, 2005b). Le Saguenay–Lac-Saint-Jean connaît aussi un taux record en ce qui concerne les indicateurs médicaux. Les personnes âgées qui possèdent une ordonnance active et consultent un médecin y sont plus nombreuses que partout ailleurs (AQRP, 2007).



## Composition du réseau sociosanitaire

Le réseau sociosanitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte huit établissements<sup>7</sup> publics et un établissement privé conventionné. À l'intérieur de ces établissements publics, on trouve six CSSS dans chacun des réseaux locaux de services (RLS), ainsi que deux établissements à vocation régionale, soit le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Le tout est chapeauté par une agence de santé et de services sociaux, et représente ainsi 3,2 % du réseau québécois des établissements de santé et de services sociaux (ISQ, 2007). Le réseau de la santé et des services sociaux regroupe près de 10 600 employés et était doté, en 2006, d'un budget d'opération de quelque 564 millions de dollars (ASSS-SLSJ, 2007). Le Québec a alloué pour l'année 2006 44,3 % de son budget total à la santé, ce qui équivalait à 23,8 milliards de dollars. En 2005, les dépenses pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement dans la région, correspondaient à 59 775 969 \$, ce qui représente 1 541,05 \$ par personne âgée (ASSS-SLSJ, 2005b).

Chacun des CSSS possède une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), une mission de centre local de services communautaires (CLSC) et une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les CHSLD de la région sont au nombre de 17, ce qui totalise 1200 places d'hébergement permanent et 18 places d'hébergement temporaire (ASSS-SLSJ, 2007). Finalement, il faut noter que la région compte 38 lits en gériatrie qui sont répartis dans quatre des six territoires de CSSS, soit La Baie, Jonquière, Maria-Chapdelaine et Domaine-du-Roy.

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

Les résidences privées pour personnes âgées font également partie des collaborateurs des six CSSS. On trouve, sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 101 résidences dont 17 sont sans but lucratif. De ces résidences, 87 sont des résidences privées pour personnes âgées, inscrites au registre des résidences privées, où peuvent habiter 6000 personnes. Les 17 OSBL d'habitation au Saguenay–Lac-Saint-Jean peuvent également loger un total de 367 personnes âgées dans 271 chambres et 96 logements (ASSS-SLSJ, 2007). On trouve, de plus, 12 ressources intermédiaires (RI) dans toute la région. Ces RI peuvent accueillir jusqu'à 174 personnes (ASSS-SLSJ, 2007). Parmi les ressources d'habitation sur lesquelles les personnes âgées peuvent compter, il y a sept coopératives d'habitation ayant comme clientèle non exclusives des personnes âgées (SHQ, 2005) et 1679 logements subventionnés de type HLM.

---

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

## 2.2 Portrait du territoire de Chicoutimi

Le territoire du RLS de Chicoutimi s'étend de part et d'autre de la rivière Saguenay et sa superficie est de 156,11 km<sup>2</sup> (Statistique Canada, 2001). La majeure partie (80 %) de la population réside dans la zone urbaine définie par la seule agglomération de Chicoutimi. Les villages de St-Honoré, St-David-de-Falardeau, Laterrière, St-Fulgence et Sainte-Rose-du-Nord font aussi partie du territoire de Chicoutimi. En 2005, le MSSS chiffrait la population du RLS de Chicoutimi à 76 346, ce qui représentait environ 27,9 % de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La population de ce territoire est favorisée en ce qui a trait à l'éducation, puisque le nombre de personnes détenant un diplôme universitaire y est plus élevé (13 %) que dans l'ensemble de la région (9,2 %), mais reste semblable à celle du Québec (14 %). De plus, le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans sous-scolarisées (c.-à-d. qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires) est moins élevé dans le territoire de Chicoutimi (19 %) que dans l'ensemble de la région (23,9 %) et qu'au Québec (23,5 %) (ASSS-SLSJ, 2005). Malgré cela, en 2004, les adultes de 18 à 64 ans prestataires de l'assurance assistance-emploi se trouvaient en plus grand nombre sur le territoire de Chicoutimi (9,1 %) que dans la région (8,8 %) et qu'au Québec (8 %) (ASSS-SLSJ, 2005).

Le revenu personnel moyen par habitant sur le territoire de Chicoutimi est semblable à celui de l'ensemble du Québec, mais supérieur à celui de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Une grande différence entre les hommes et les femmes est observée quant au revenu. En effet, le revenu moyen des femmes représente 57,8 % de celui des hommes (Tableau 7).

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

	Québec	Saguenay–Lac-Saint-Jean	Chicoutimi
<b>Revenu moyen</b>	27 125 \$	24 913 \$	26 551 \$
<b>Revenu moyen des hommes</b>	33 117 \$	32 105 \$	33 802 \$
<b>Revenu moyen des femmes</b>	21 286 \$	17 374 \$	19 542 \$

Source : Statistique Canada, 2001

En 2001, le taux d'activité (60,1 %) et le taux d'emploi (52,8 %) sur le territoire de Chicoutimi étaient semblables à ceux du reste de la région (59,3 % et 52,5 %), mais inférieurs à ceux de l'ensemble du Québec (63,5 % et 57,9 %). Pour sa part, le taux de chômage était légèrement supérieur à celui de la région (12,1 % c. 11,5 %), mais nettement au-dessus de celui de la province (8,8 %) (Tableau 8).

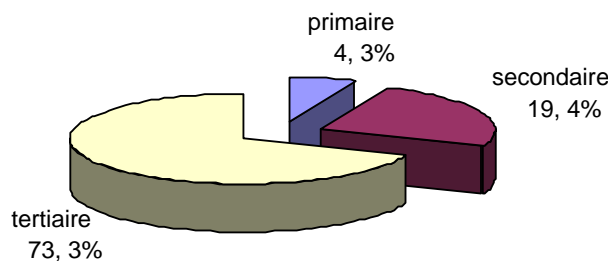
**Tableau 8**  
**Marché du travail au Québec, au SLSJ et à Chicoutimi, 2001**

	<b>Taux d'activité (%)</b>	<b>Taux d'emploi (%)</b>	<b>Taux de chômage (%)</b>
<b>Québec</b>	63,5	57,9	8,8
<b>Saguenay-Lac-Saint-Jean</b>	59,3	52,5	11,5
<b>Chicoutimi</b>	60,1	52,8	12,1

Source : Statistique Canada, 2001

En ce qui concerne les secteurs d'emploi dans le territoire de Chicoutimi, les proportions sont sensiblement les mêmes que pour la région. La majorité (76,3 %) des personnes travaille dans le secteur tertiaire (69,9 % dans la région), 19,4 % dans le secteur secondaire (c. 23,1 % dans la région) et 4,3 % dans le secteur primaire (7 % dans la région) (Graphique 7).

Graphique 7  
**Secteurs d'activité pour le territoire de Chicoutimi**



Source : ASSS-SLSJ, 2005

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

La population de Chicoutimi tend à diminuer considérablement depuis quelques années. Toutefois, pour la population âgée de 65 ans et plus, ce phénomène semble être inverse. Ainsi, lorsqu'on compare les chiffres de 1996 à 2026, on constate que la population de ce groupe d'âge augmente, tandis que celle des 0 à 64 ans, qui correspondait à près de 90 % de la population (en 1996), diminue.

En effet, en 1996, l'ISQ indiquait qu'il y avait 72 654 personnes de 0 à 64 ans sur le territoire de Chicoutimi, soit 89,7 % de la population totale. En 2007, ce même groupe d'âge comptait une population de 64 927 personnes. En 10 ans, cette population a diminué de 5 %. Par ailleurs, le nombre de personnes de 65 ans et plus qui atteignait 8357 personnes, en 1996, est passé à 11 419 personnes, en 2007. De même, l'ISQ anticipe que le nombre de personnes de 65 ans et plus atteindra 21 830 personnes en 2026 pour ainsi représenter 30,7 % de la population totale. Pour leur part, les personnes âgées de 85 ans et plus connaîtront une croissance encore plus forte d'ici 2026. Ainsi, entre 2007 et 2026, le nombre de personne de 85 ans et plus devrait plus que dou-

bler pour passer de 1078 personnes à 2475 personnes. On remarque entre autres que c'est à partir de cet âge que la division entre les sexes est la plus importante. À l'évidence, lorsqu'on regarde la population totale des 65 ans et plus, l'écart entre les sexes tend à diminuer avec le temps. Par contre, il en va tout autrement pour les 85 ans et plus, puisque les femmes de ce groupe d'âge représentent presque toujours plus du double de la population masculine (annexe 2). Les annexes 2 et 3 présentent d'ailleurs les données concernant l'évolution de ces groupes d'âge de 1996 à 2026.

Cet écart entre les sexes se fait aussi ressentir quant à l'espérance de vie. Effectivement, entre 1997 et 1999, les hommes du territoire de Chicoutimi vivaient jusqu'à 80,2 ans et les femmes jusqu'à 84,4 ans. Ces chiffres sont pratiquement les mêmes que pour le Saguenay-Lac-Saint-Jean (hommes : 80,5 ans ; femmes : 84,4 ans) (Fichier des décès, MSSS, 1997-1999).

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

	Québec	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Chicoutimi
<b>Hommes</b>	80,7	80,5	80,5
<b>Femmes</b>	84,9	84,4	84,4

Source : Fichier des décès, MSSS

À propos de leur état de santé, 21 % des personnes de 65 ans et plus du territoire de Chicoutimi le perçoivent comme médiocre – ce pourcentage est équivalent à celui de la région (22 %) (Enquête psychosociale de santé, 2000). De plus, les principales causes d'hospitalisation sont les maladies cardiovasculaires dans 24 % des cas (27 % au Saguenay-Lac-Saint-Jean), les maladies de l'appareil respiratoire, dans 17 % des cas (contre 17 % dans la région), et les tumeurs, dans 12 % des cas (contre 11 %) (Tableau 9). Par ailleurs, les trois principales causes de mortalité chez les hommes de 65 ans et plus (1998-2001) sont les mêmes que chez les femmes. Il s'agit des maladies cardiovasculaires (32 % c. 34 % dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean), des maladies de l'appareil respiratoire (15 % c. 8 %) et des tumeurs (34 % c. 26 %) (Fichier Med-Écho, MSSS, 1998-2001).

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

	<b>Québec</b>	<b>Saguenay–Lac-Saint-Jean</b>	<b>Chicoutimi</b>
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	30 %	27 %	24 %
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	14 %	17 %	17 %
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	11 %	11 %	11 %
<b>Tumeurs</b>	12 %	11 %	12 %
<b>Lésions traumatiques et empoisonnements</b>	7 %	7 %	7 %
<b>Autres</b>	26 %	28 %	28 %

Source : Fichier Med-Écho, MSSS

En ce qui a trait aux conditions socioéconomiques des personnes âgées de 65 ans et plus en 2001 (Statistique Canada), sur un total de 7645 personnes, 6,5 % touchaient un revenu d'emploi. De ce nombre, 12,5 % étaient des hommes et 3 % des femmes et leur revenu total moyen était de 21 686 \$. Encore une fois, une nette différence persiste entre les sexes, puisque le revenu moyen des hommes était de 25 737 \$, alors que celui des femmes n'atteignait que 11 799 \$ (Recensement 2001)<sup>8</sup>.

Selon l'Enquête psychosociale de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000), les personnes âgées du territoire de Chicoutimi sont plus scolarisées que celles de l'ensemble de la région. Ainsi, 46 % des personnes âgées vivant sur le territoire de Chicoutimi ont un faible niveau de scolarité, alors que ce pourcentage atteint 62 % pour l'ensemble de la région. Cela est probablement dû au fait qu'on trouve plus de personnes détenant un diplôme universitaire sur le territoire de Chicoutimi (13 %) que dans l'ensemble de la région (9,2 %).

<sup>8</sup> *Présence d'un revenu d'emploi (5), groupes d'âge (5A) et sexe (3) pour la population totale de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, recensement de 2001 – Données-échantillon (20%).* Ottawa : Statistique Canada, 11 mars 2003.

### 3. DESCRIPTION DU CSSS DE CHICOUTIMI

La recherche documentaire a permis de tracer un portrait global du CSSS de Chicoutimi. Dans cette partie, seront décrits les différents établissements qui le composent. Ensuite, la structure interne et les caractéristiques du CSSS seront présentées.

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

Le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSSC) est un établissement multivocational issu de la fusion du Complexe hospitalier de la Sagamie, du CLSC du Grand Chicoutimi et du CHSLD de Chicoutimi. Il dispense les services de première ligne pour le territoire de Chicoutimi, ainsi que des soins spécialisés et surspécialisés au niveau sous-régional, régional et suprarégional. Créé le 5 juillet 2004, le CSSSC regroupe une mission de Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), une mission de Centre local de services communautaires (CLSC) et une mission de Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Le CSSS compte sept installations :

- le CLSC de Chicoutimi ;
- le point de service du CLSC du Grand Chicoutimi (soutien à domicile) ;
- le pavillon Roland-Saucier ;
- l'hôpital de Chicoutimi ;
- et les centres d'hébergement (CHSLD) Beaumanoir, Delage et Mgr Victor-Tremblay.

Le CSSSC est, par ailleurs, désigné centre affilié universitaire régional pour sa mission hospitalière ([www.csss-chicoutimi.qc.ca](http://www.csss-chicoutimi.qc.ca)).

#### 3.2 Caractéristiques du CSSS de Chicoutimi

Le CSSSC possède un grand total de 707 lits. Ces lits sont partagés entre les missions CHSGS et CHSLD. La mission CHSGS compte, pour sa part, 432 lits. De ce nombre, 362 se trouvent au pavillon Saint-Vallier, dont 20 lits en hôtellerie ; six au département de néonatalogie ; 332 en courte durée ; 60 en longue durée ; et 14 en psychiatrie. Les 70 autres lits se trouvent au pavillon Roland-Saucier (psychiatrie) (60 lits de courte durée et 10 lits de longue durée). Un service d'urgence, de consultations externes et un hôpital de jour en santé mentale sont également inscrits au permis du CHSGS. Les trois différents CHSLD se partagent 270 lits d'hébergement permanent et cinq lits d'hébergement temporaire. Le Centre d'hébergement Mgr Victor-Tremblay compte 50 lits permanents ; le Centre Delage en compte 51 ; tandis que le Beaumanoir détient les 99 autres lits permanents et les cinq lits temporaires. Ce dernier centre offre aussi un service de centre de jour à l'intérieur de ses murs ([www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)).

Le budget annuel du CSSSC, en 2007-2008, atteignait 209 076 557 \$ (CSSSC, 2008), ce qui en fait un partenaire important de la région. 3454 personnes y travaillent dont 143 médecins spécialistes (209 pour toute la région) et 90 médecins omnipraticiens (280 pour l'ensemble de la région).

### 3.3 Structures internes

Le CSSS de Chicoutimi (CSSSC) est chapeauté par un conseil d'administration (CA) composé de 21 membres.<sup>9</sup> L'élection des différents membres se fait selon les règles d'un collège électoral. Au CSSS de Chicoutimi, il existe une différence de composition majeure par rapport aux cinq autres instances locales de la région. Cette différence concerne la désignation universitaire du CSSS. Ainsi, un membre sera désigné par les universités affiliées (Université de Montréal et Université de Sherbrooke) et un second le sera par le ministre. Les autres membres du CA sont nommés par les différents conseils ou comités du CSSSC, par les fondations ou autres. Seuls les représentants de la population sont élus. Il est important de noter qu'on trouve un membre provenant du milieu communautaire et un autre représentant le milieu socioéconomique, ces derniers ayant été désignés par le CA (par cooptation).

À l'intérieur du CSSSC, il y a aussi aussi trois conseils (le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ; le Conseil des infirmières et infirmier ; et le Conseil multidisciplinaire) et trois comités (le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires ; le Comité des usagers ; et le Comité des résidents), tous travaillant conjointement avec le directeur général. (L'organigramme du CSSS de Chicoutimi se trouve en annexe 1.).

Trois fondations œuvrent au sein du CSSSC soit : la Fondation de ma vie ; la Fondation campagne des 500 jours ; et la Fondation Équilibre Saguenay–Lac-Saint-Jean. La Fondation de ma vie contribue à amasser des fonds pour le centre hospitalier, la Fondation campagne des 500 jours sert pour sa part à améliorer le bien-être des enfants provenant de familles à faible revenu et la Fondation ÉQUILIBRE Saguenay–Lac-Saint-Jean vient en aide aux organismes et établissements œuvrant en santé mentale.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2006, le CSSSC a dû mettre en place son projet clinique et détailler ses différents programmes-services dont celui de la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Le positionnement de ce programme à l'intérieur de l'établissement ne relevait pas, à ce moment, d'une direction en particulier. En fait, les directions du CH, du CLSC et du CHSLD prenaient toutes trois part aux décisions concernant ce programme. Depuis 2008, cette manière de faire a complètement changé avec la mise en place du nouvel organigramme. Désormais, on ne trouve qu'une seule direction pour tout ce qui touche la qualité et le projet clinique. En ce qui concerne le programme-service PALV, celui-ci est sous la responsabilité du directeur des soins et services en santé des jeunes, santé mentale et personnes en perte d'autonomie (annexe 1).

---

<sup>9</sup>Les membres des conseils d'administration des établissements sont désignés conformément à un mode prescrit dans la loi. Ainsi, certains d'entre eux sont élus par la population, d'autres sont désignés par le comité des usagers, d'autres le sont par des professionnels qui exercent leur profession dans ou à l'extérieur de l'établissement, par du personnel de l'établissement, par l'agence de la santé et des services sociaux, d'autres sont cooptés par les membres du conseil d'administration (Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système socio-sanitaire québécois, ÉNAP, 2007).

## 4. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DU CSSS DE CHICOUTIMI

À la suite de l'adoption de la loi 25, plusieurs CSSS ont été constitués. Chicoutimi fait partie de ceux à avoir été créés en fusionnant son CLSC, son CHSLD et son centre hospitalier. Cette partie traite du processus de cette fusion. Il sera question des initiateurs du projet, puis des moments importants, des acteurs impliqués dans le projet de fusion et des scénarios retenus.

### 4.1 Projet de fusion

#### 4.1.1 *Initiateur du projet*

Partout au Québec, y compris au Saguenay–Lac-Saint-Jean, le ministre de la Santé et des Services sociaux, par la loi 25, a procédé à la mise en place d'une organisation intégrée de services de santé et de services sociaux. L'objectif annoncé était de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toutes les personnes dans le réseau. Dans ce contexte, le 30 janvier 2004, les régies régionales étaient remplacées par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. Les principaux mandats de ces agences étaient de poursuivre transitoirement les mandats dévolus aux régies régionales et de proposer un modèle régional d'organisation intégrée de services basé sur un ou des réseaux locaux de services (RLS), dont la taille peut couvrir en tout ou en partie le territoire régional (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a). Chacun des RLS doit comprendre une instance locale regroupant les établissements qui offrent les services d'un CLSC, d'un CHSLD et d'un CH, sauf exception pour raison d'absence ou de complexité (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a).

Pour compléter l'intégration des soins et des services à l'échelle locale et régionale, il fallait que soient mis en place des ententes de services et des protocoles formels entre les établissements, les organismes communautaires et les intervenants (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a). Ces ententes de services seront plus longuement expliquées dans la partie concernant les organismes communautaires (partie 5).

#### 4.1.2 *Scénarios proposés*

- **Démarche de consultation**

Afin d'en arriver à établir une proposition de départ pour la mise en place des réseaux locaux de services sur son territoire, l'Agence a proposé la mise en place d'une démarche de consultation. Cette démarche permettait d'associer les directeurs généraux des établissements régionaux, de créer un comité consultatif auprès de l'Agence et de tenir des audiences publiques dans chacun des six territoires sociosanitaires de la région.

Au départ, l'Agence a soumis à la consultation l'hypothèse suivante :

un modèle régional basé sur la configuration de six réseaux locaux de services (RLS) correspondant aux six territoires sociosanitaires actuels. Ce modèle favorisant le rattachement des services à caractère régional et les responsabilités



du Complexe hospitalier de la Sagamie en regard des RUIS, et suggère un nouvel élément de gouverne<sup>10</sup> (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a).

L'Agence a donc recommandé la création des six instances locales responsables des RLS, chacune correspondant à un territoire de CLSC existant. Pour le territoire de Chicoutimi, elle

demande au ministre l'émission des lettres patentes qui rendront effective la fusion des trois établissements que sont le CLSC du Grand Chicoutimi, le CHSLD de Chicoutimi et le Complexe hospitalier de la Sagamie. Les services à caractères régionaux tels les services hospitaliers régionaux (surspécialisés), l'enseignement médical et la recherche resteraient sous la responsabilité du CHS, tout comme pour le déploiement des Réseaux universitaires intégrés de la santé (RUIS) (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a).

À la suite de la proposition de l'Agence, les participants à la consultation étaient invités à répondre à quatre questions.

La consultation a été coordonnée par un chargé de projet qui a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de direction de l'Agence. Le mandat de cette dernière équipe était de recommander au conseil d'administration de l'Agence le modèle d'organisation intégrée des services. Elle devait aussi élaborer le document de consultation et l'hypothèse de départ soumis à la consultation. Elle devait enfin préparer et réaliser la consultation, avec un comité consultatif afin de soumettre la proposition du modèle régional au conseil d'administration de l'Agence. Le comité consultatif, composé par l'Agence, s'est vu confier la responsabilité de supporter l'Agence dans sa démarche. Composé de 10 personnes, outre la présidente du CA de l'agence, le comité compte des membres désignés par :

- le Commission infirmière régionale (CIR) ;
- la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) ;
- la Commission médicale régionale (CMR) ;
- le Département régional de médecine générale (DRMG) ;
- le Forum de la population ;
- le Forum régional de concertation du réseau de la santé et des services sociaux (directeurs généraux des établissements du réseau) ;
- le Forum des présidents des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- la Table régionale des organismes communautaires (TROC) ;

Le comité compte également parmi ses membres le président-directeur général de l'Agence.

#### ***4.1.3 Calendrier des moments importants***

L'Agence a construit un calendrier des grandes étapes d'élaboration du projet et des échéanciers à respecter. Ces étapes devaient servir à la construction du modèle d'organisation intégrée de services, soit les RLS au Saguenay–Lac-Saint-Jean (voir annexe 8). De l'élaboration de la dé-

---

<sup>10</sup> « Les balises ministérielles prévoient une ligne d'imputabilité entre le palier local et le palier régional pour que les instances régionales interviennent en soutien aux instances locales. (MSSS, 2004). L'élément central de la proposition régionale de mise en place des RLS au niveau de la gouverne est une ligne d'imputabilité permettant à l'ensemble des instances locales de nommer la majorité des membres du conseil d'administration des établissements à caractère régional. Cette proposition devrait permettre aux instances locales de mieux répondre à leurs mandats » (ADRLSSSS-SLSJ, 2004a).

marche de mise en œuvre des RLS à leur mise en place, les différentes étapes se sont déroulées de la mi-février 2004 au début de l'année 2005.

## 4.2 Processus de consultation

### 4.2.1 Acteurs impliqués

La consultation faite par l'Agence, au niveau régional, a impliqué plus de 80 organismes et établissements reliés au réseau de la santé et des services sociaux. Ces derniers ont été invités à participer aux audiences publiques qui se sont tenues entre les 22 et 31 mars 2004. Une conférence de presse et la parution d'avis publics publiés dans quatre journaux distribués dans la totalité des résidences de la région ainsi que dans un hebdomadaire régional ont servi à faire la promotion de la consultation publique. Différentes instances et groupes ont été invités à présenter un mémoire. Parmi ceux-ci, on trouve :

- les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les comités des usagers des établissements ;
- les regroupements régionaux de syndicats des employés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les corporations professionnelles (instances régionales) ;
- les commissions professionnelles consultatives de l'Agence (DRMG, CMR, CMUR, CIR) ;
- le milieu de l'éducation (université, cégeps, commissions scolaires) ;
- les représentants des organismes communautaires ;
- les représentants municipaux par l'entremise des municipalités régionales de comté (MRC) ;
- et le Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean.

De plus, une invitation publique a été lancée aux associations intéressées de même qu'à la population, entre autres, par l'entremise des avis publics, de la conférence de presse et du site Internet de l'Agence. Au total, 63 mémoires ont été déposés pour l'ensemble de la région et presque tous ont fait l'objet d'une présentation lors des audiences publiques.

Des mémoires déposés, le territoire de Chicoutimi compte ceux du conseil d'administration du CLSC du Grand Chicoutimi, du CHSLD de Chicoutimi et du CHS<sup>11</sup>. L'Association des médecins de CLSC du Québec, le comité des usagers des pavillons Saint-Vallier et Roland-Saucier, le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) du CHS, le Conseil multidisciplinaire (CM) du CHS, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CHS et celui des médecins spécialistes ont aussi déposé des mémoires lors de ces audiences publiques. Le Syndicat des travailleuses et travailleurs du CLSC du Grand Chicoutimi avec le Syndicat des infirmiers et infirmières du Nord-Est québécois (leur mémoire a reçu l'appui de la Table régionale des organismes communautaires et de la Corporation de développement communautaire du Roc), le conseil d'administration de l'organisme communautaire le Maillon et le comité de pilotage du Conseil

---

<sup>11</sup> Le mémoire déposé par le Complexe hospitalier de la Sagamie inclut les propositions du comité de direction ; du Comité consultatif à la direction générale (CCDG), du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) ; du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ; du Conseil multidisciplinaire (CM) et des comités des usagers du pavillon Roland-Saucier et du pavillon Saint-Vallier.

central des syndicats nationaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont eux aussi présenté des mémoires. La TROC-02 a également déposé un mémoire rassemblant les points de vues de chaque partenaire régional, par territoire de CLSC<sup>12</sup>.

#### **4.2.2 Réactions**

Bien que les recommandations de l'Agence favorisaient la mise en place du CSSS de Chicoutimi par la fusion des trois établissements que sont le CLSC du Grand Chicoutimi, le CHSLD de Chicoutimi et le Complexe hospitalier de la Sagamie, tous les acteurs consultés n'étaient pas nécessairement en accord avec cette recommandation. C'est ainsi que quelques-uns d'entre eux, comme le CLSC du Grand Chicoutimi qui appuyait la proposition de l'Agence et recommandait la constitution rapide de la nouvelle gouvernance, voyaient d'un bon œil la constitution de l'instance locale. D'autres, comme l'Association des médecins spécialistes et le CHSLD de Chicoutimi, se sont prononcés contre l'intégration du CHS dans l'instance locale du territoire de Chicoutimi, vu la complexité du CHS. Pour sa part, le CHSLD a plutôt proposé une intégration CHSLD/CLSC et la négociation des ententes de services en vigueur avec le CHS et la conclusion de nouvelles ententes s'il y a lieu. Le CHSLD estimait que, si la proposition de l'Agence était retenue, chacune des trois missions devrait être représentée de façon égale et que ces missions devraient être sauvegardées par la création de budgets protégés dont les règles d'administration seraient précisées dans le manuel de gestion financière. Le CHSLD estimait également nécessaire que la création du réseau local de services se fasse dans le respect des ressources humaines de chacun des établissements concernés.

L'implantation des RLS et la création des six instances locales par territoire de CLSC ont reçu l'assentiment de la quasi-totalité des groupes qui ont déposé un mémoire à l'Agence. Le point qui a suscité le plus de controverses concerne le territoire de Chicoutimi. Le caractère complexe du CHS et sa vocation régionale ont été évoqués à plusieurs reprises et ont joué en défaveur du projet de fusion. Ainsi, l'Association des médecins de CLSC et les gens du CHSLD, optimistes devant la fusion proposée par l'Agence, étaient contre l'intégration du CHS. Il en va de même pour la TROC-02, qui s'opposait totalement à la fusion du CHS, du CLSC et du CHSLD. La TROC a même demandé son retrait complet de tout projet de fusion. À l'opposé, parmi ceux qui étaient en faveur de l'intégration du CHS dans l'instance locale, on trouve la direction du CLSC, l'équipe du CHS, le Maillon et la CSN-SLSJ. Ces derniers voyaient d'un bon œil la fusion et ils avaient confiance en l'intégration du CHS dans l'instance locale. Le Syndicat des travailleurs et infirmiers du CLSC, malgré plusieurs réticences, notamment pour tout ce qui touche la question de la complexité, croyait tout de même qu'il était préférable d'aller de l'avant avec un tel projet, puisqu'il visait à bonifier les mécanismes de liaison entre les services des trois établissements.

Malgré les différences d'opinions des divers groupes, tous sont allés de leurs commentaires et points de vue afin d'assurer le succès de la fusion. Tout d'abord, il est ressorti que les missions et services des différentes institutions devaient être préservées et respectées. La notion d'ententes de services entre le CHS et les différentes instances était elle aussi très présente. Pour l'Association des médecins et le CLSC, il s'agissait plus d'assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne, mais aussi de soutenir la pratique médicale de première ligne. La

---

<sup>12</sup> Il s'agit ici de mémoires récoltés auprès de l'Agence régionale de santé et de services sociaux et de la TROC-02. Les réactions citées plus bas concernent le point de vue de ces acteurs en particulier, puisque ce ne sont que ces opinions qui ont pu être étudiées.

mise en place d'un modèle clinique minimisant le besoin d'ententes interétablissements est tout aussi présente dans les mémoires, plus particulièrement dans celui du CHS et de la CSN. D'autres conditions de succès et priorités à retenir concernent entre autres : la reconnaissance de l'expertise de chacun, la collaboration et le dialogue. Privilégier l'approche préventive multidisciplinaire et multisectorielle, de même que renforcer la participation citoyenne au sein des conseils d'administration des établissements font aussi partie des propositions émises par les organismes ayant formulé des recommandations.

Enfin, en ce qui concerne la gouverne, certains sont revenus sur la représentation des missions des différents établissements. Pour le CLSC, comme pour le CHSLD, la représentation des missions et la sauvegarde des budgets sont deux points particulièrement importants. Pour d'autres, comme le CHS, le conseil d'administration devra être formé de représentants de la population desservie, mais également des représentants des CII, CMDP, CM, comités des usagers, fondations et maisons d'enseignement, et ce peu importe l'hypothèse retenue. Tous semblaient d'accord avec la gouverne proposée, soit une seule instance dirigeant l'instance locale territoriale.

#### **4.2.3 Scénarios retenus**

À la suite des consultations publiques, la région a été divisée en six réseaux locaux de services correspondant aux six territoires de CLSC déjà existants. Le RLS mis en place sur le territoire de Chicoutimi regroupe les trois missions de services différentes correspondant à trois établissements publics soit le CHS, le CHSLD et le CLSC du Grand Chicoutimi. Ces derniers forment la nouvelle instance locale de Chicoutimi soit le CSSSC. On trouve aussi, dans le RLS de Chicoutimi, un CHSLD privé conventionné, le Foyer Saint-François. Pour leur part, le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) restent des établissements à vocation régionale.

La gouverne recommandée par l'Agence se veut représentative des six instances locales de la région. Au regard des recommandations des différents acteurs, l'Agence suggère que chaque instance nomme un représentant pour son territoire respectif, afin de siéger au conseil d'administration des établissements à vocation régionale pour qu'il y ait une préoccupation par rapport à l'imputabilité et à l'offre ainsi qu'à la distribution de services. Une des dernières recommandations de l'Agence, en matière de gouverne, concerne les organismes communautaires et la population. L'Agence souhaitait que ces acteurs disposent d'une voix dans la gouverne et occupent une place appropriée au sein des conseils d'administration des instances locales et des établissements à vocation régionale. Cette représentation devait aussi être équitable en ce qui a trait au nombre de femmes et d'hommes présents.

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

Cette cinquième partie traitera des orientations régionales qui ont servi de référence pour les relations entre les partenaires et l'organisation communautaire du CSSS, puis du cadre de référence de ce dernier. La pratique de l'organisation communautaire, le nombre d'organismes communautaires dans ce secteur et leur rattachement administratif au sein du CSSS seront par la suite présentés.

### 5.1 Orientations régionales ou cadre de référence des relations avec le communautaire

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux (ADRLSSS) reconnaissent l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (RRSSS, 1996). Dans le but d'harmoniser ces relations, un cadre de collaboration a été accepté au mois de novembre 1998 (RRSSS, 1996), fruit de la réflexion et du travail du comité de liaison TROC-02/Régie supervisé par le conseil d'administration de la Régie régionale (aujourd'hui ADRLSSS). Ce document définit le mandat de l'ADRLSSS, le financement, les mécanismes de concertation et d'arrimage de même que l'évaluation et la formation de leurs employés. Une mise à jour de ce cadre était, au moment d'écrire ces lignes, à l'étape de la consultation. Cette mise à jour devrait être rendue publique en septembre 2008. Également, dans le but de faciliter la compréhension, le terme « Régie régionale » a été remplacé par « Agence ». Notons enfin que ce cadre de référence des relations de collaboration met l'accent davantage sur le financement des organismes communautaires que sur les relations proprement dites.

#### Le financement

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

Selon l'article 336 du cadre de collaboration, les organismes visés par le financement doivent remplir l'un ou l'autre des critères suivants :

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

Il existe différents types de financement pour les activités des organismes communautaires. Pour le financement de base, c'est le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)

qui doit être sollicité. L'aide versée par ce programme prend la forme de subventions qui comblent les besoins minimaux d'infrastructure (local, secrétariat, administration, etc.) et autres éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission d'un organisme (salaires, organisation des services, vie associative, etc.). Si un organisme a la responsabilité de la réalisation d'un mandat particulier, il peut alors s'adresser à divers fonds disponibles à l'Agence. Les organismes communautaires peuvent en tout temps s'adresser au MSSS ou à d'autres paliers de gouvernement pour du financement additionnel.

Pour être admissible au financement, un organisme doit être reconnu comme organisme communautaire par l'Agence selon les dispositions de l'article 334 de la Loi sur la santé et les services sociaux. Il doit, de plus, répondre aux critères d'admissibilité suivants :

- a) avoir, dans sa charte, des objets qui sont majoritairement reliés au domaine de la santé et des services sociaux ;
- b) œuvrer principalement au Saguenay–Lac-Saint-Jean et y avoir son siège social ;
- c) offrir des services de prévention, d'aide et de soutien à la population régionale, hébergement temporaire inclus ;
- d) offrir au niveau régional des activités de soutien à ses membres et ;
- e) exercer au niveau régional des activités de promotion de la santé et du développement social, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des usagers.

Tout organisme

- a) qui comprend un conseil d'administration de moins de cinq membres ou qui est majoritairement composé d'intervenants du réseau ;
- b) dont les activités principales visent la redistribution des fonds, des activités de recherche ou la tenue de colloques ;
- c) qui offre des programmes et services déjà disponibles à la population ;
- d) dont ses activités relèvent majoritairement d'un autre palier de gouvernement ou ;
- e) qui relève d'un autre niveau de gouvernement (fédéral, municipal)

n'est pas admissible au programme de financement de l'Agence.

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

Les instances responsables de l'allocation des enveloppes budgétaires sont: le conseil d'administration de l'Agence ; le comité d'allocation des ressources ; la direction de la coordination des services ; la direction de la santé publique ; les directions de la santé publique et de la coordination des services ; et le responsable du guichet unique. Ces entités ont toutes un rôle à jouer dans l'attribution du financement aux organismes communautaires, régi par des paramètres (incluant les cadres de financement) servant de guide pour l'attribution des montants.

Les cadres de financement sont composés de l'ensemble des balises générales applicables pour le financement du fonctionnement de base. Pour établir la contribution financière, l'Agence évalue : le statut des organismes (bénévole ou salarié) ; les plages de financement (minimum et maximum) ; et les phases de vie de l'organisme. Par exemple, pour un organisme bénévole, le montant minimal est établi à 2000 \$. L'Agence en assumera 90 % et le 10 % restant doit être fourni par l'organisme lui-même. La contribution maximale de l'Agence ne peut dépasser 13 500 \$ pour un organisme de ce type. Pour un organisme fondé sur le travail salarié, le montant minimal pour le fonctionnement de base est établi à 35 000 \$ (pour la phase de mise en service). L'Agence peut assumer 80 % des coûts et sa contribution maximale est fixée à 64 800 \$. Il est à noter que le rayonnement géographique est un facteur de pondération du financement. Un organisme qui couvre un territoire (au lieu d'une municipalité) verra sa subvention majorée de 2 % pour son budget global de fonctionnement de base, de 2 % par territoire additionnel et de 10 % pour un rayonnement régional.

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

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

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

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

Dans cette optique, la Table régionale des organismes communautaires (TROC-02) qui représente l'ensemble des organismes communautaires et autres partenaires du domaine de la santé et des services sociaux demeure l'organisme interlocuteur légitime de l'Agence. Celle-ci accorde une subvention pour financer les activités de concertation de la TROC-02. Les échanges entre les instances se font au cours de rencontres convenues dans un calendrier annuel. Le cadre de coopération stipule que la TROC-02 sera intégrée dans les discussions sur la mise à jour du cadre de coopération, ce qui inclut la révision des mécanismes de gestion du financement tout en lui donnant le rôle accru de diffuseur d'information auprès de ses membres. Bien que la TROC-02 soit considérée comme l'organisme interlocuteur officiel, il est toutefois possible que les regroupements d'organismes communautaires par problématique deviennent des porte-parole privilégiés dans certaines situations. Le cas échéant, la TROC-02 est toutefois informée des activités mises en place. En tout temps, l'Agence s'engage à encourager les liens de communication entre le réseau et les organismes communautaires des six secteurs géographiques de la région.

Pour remplir leur mission d'évaluation des services et atteindre les objectifs poursuivis et satisfaire les usagers, l'Agence, de concert avec les organismes communautaires, fixe au préalable les critères d'évaluation, les indicateurs de résultats, les mécanismes d'évaluation et les outils et ressources nécessaires. L'évaluation des services et des activités vise à mesurer l'adéquation entre le besoin des personnes et la réponse apportée. Le suivi de gestion permet de mesurer l'écart entre ce qui a été fait et ce qui devrait l'être.

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

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

Il n'existe pas de cadre de référence formel entre le CSSSC et les organismes communautaires, mais plutôt des ententes de services concernant le Plan d'action local (PAL) en santé publique. Ces ententes font en sorte que les organismes communautaires sont redevables auprès de l'instance locale pour tout ce qui touche l'offre de services en prévention et en promotion de la santé. Ainsi, ils doivent rendre compte de leurs interventions auprès du CSSSC et de la table prévention-promotion et ce, dans le but d'assurer leur contribution à la réalisation des services par rapport au plan d'action en santé publique. Ainsi, les organismes communautaires contribuent à la mission du CSSSC en lien avec l'approche populationnelle.

Les ententes de services entre le CSSSC et les organismes proviennent d'un protocole établi selon le cadre de gestion local 2005-2008 de l'Agence de la santé dans le cadre de la réalisation des plans d'action locaux (PAL) en santé publique 2005-2008. C'est le CSSSC qui fournit ce protocole aux différents organismes dans lequel ceux-ci doivent noter leur mission, qui s'inscrit dans le mouvement communautaire autonome. Les divers objets des ententes concernent l'offre de services, celle-ci qui apparaît dans le PAL 2005-2008, la clientèle, le territoire couvert et les devoirs et responsabilités des parties. On y trouve aussi différents articles s'adressant à tous les organismes. Ceux-ci concernent les modalités de fonctionnement, les ententes financières, le renouvellement et le suivi, les modalités de suspension, de médiation et de résiliation, les modalités de modification de l'entente, et autres. Les résolutions du CA identifiant le représentant de l'organisme communautaire ou de l'organisme communautaire autonome, les lettres patentes et la ventilation budgétaire du service faisant l'objet de l'entente sont trois autres documents devant faire partie de cette entente de service (CSSSC, 2006a).

## **5.3 Cadre de référence concernant la pratique de l'organisation communautaire**

Selon les organisateurs communautaires du CSSSC, la pratique de l'organisation communautaire au CSSS de Chicoutimi se fonde, quant à elle, sur les principes du Regroupement des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC), adoptés en juin 2002 (CLSC du Grand Chicoutimi, 2004).

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

- d'un mode d'intervention en support aux communautés, leur permettant d'agir sur les facteurs collectifs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Elle s'adresse



prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources dans une optique de justice sociale et d'équité, de démocratie et de redistribution du pouvoir, d'enracinement et de participation sociale (Lachapelle, 2003).

L'équipe d'action communautaire du CLSC de Chicoutimi et le conseil d'administration ont retenu deux grandes orientations devant permettre de consolider des liens avec la communauté et les organismes communautaires. La première orientation consiste à *renforcer de manière significative l'intervention en matière de promotion à la population générale et de prévention pour les clientèles plus vulnérables*. La seconde orientation vise à *renforcer les liens avec la communauté et les différents partenaires sectoriels et intersectoriels pour le développement des services à la population*. (Orientations 2003-2005 – Adoptées par le conseil d'administration du CLSC du Grand Chicoutimi, le 30 juin 2003).

La préoccupation pour le développement des communautés a incité les intervenants à consacrer une grande partie de leur temps au développement de « tables de concertation » portant, entre autres, sur des problématiques telles que la violence faite aux femmes, la violence envers les personnes âgées, les services à l'enfance et à la jeunesse, la lutte à la pauvreté et la santé mentale.

L'action communautaire en CLSC à Chicoutimi se caractérise par trois niveaux d'intervention, soit la lutte contre l'appauvrissement et l'exclusion sociale, la qualité des milieux de vie et le soutien aux réseaux sociaux et d'entraide (CLSC du Grand Chicoutimi, 2004). Les intervenants du CLSC doivent respecter les valeurs et principes directeurs de l'action communautaire qui concernent, entre autres, le respect, la solidarité, le partenariat avec le milieu et l'importance de contribuer au développement de la communauté. Ces valeurs vont de pair avec la pratique des intervenants communautaires du CLSC qui se base, pour sa part, sur les trois modèles proposés par Rothman *et al.* (1995), soit l'action sociale, le développement local communautaire et le planning social.

Le CLSC du Grand Chicoutimi a défini trois priorités pour son service d'action communautaire. Ces priorités sont le support aux organismes communautaires, le maintien à domicile et la lutte à la pauvreté. L'équipe d'intervenants du CLSC a, de cette façon, développé un mode de responsabilité par pivot pour chacune des priorités, c'est-à-dire que chaque intervenant se met à jour dans l'un ou l'autre des trois secteurs et peut ainsi intervenir de façon efficace à tout moment. Par contre, la plupart d'entre eux ont développé un « créneau » dans l'une ou l'autre des priorités et il en ira de même pour l'approche par programme, puisque chaque intervenant possède une spécialité dans l'un ou l'autre des neuf programmes-services du MSSS.

En ce qui a trait au support aux organismes communautaires, il comporte les demandes qui touchent la recherche de financement, la planification du travail des organismes, la programmation d'activités et les questions de fonctionnement démocratique. Le soutien à domicile, quant à lui, provient des changements majeurs qu'ont connus les CLSC avec le virage ambulatoire et le vieillissement de la population. Et la lutte à la pauvreté est le résultat du travail conjoint fait auprès des gens de la communauté, dont de nombreuses personnes en situation de pauvreté, préoccupées par les services qui leur sont offerts et par la représentation de leurs intérêts.

Au printemps 2008, les organisateurs communautaires du territoire de Chicoutimi ont entrepris à la rédaction d'un nouveau cadre d'analyse de la pratique en organisation communautaire au CSSSC. Ce cadre servira à revoir les priorités en matière d'organisation communautaire en lien avec la santé publique, car le Plan d'action local (PAL) de santé publique 2005-2008 mise beau-

coup sur le « développement des communautés » comme action à prioriser. Il en va de même pour la question du maintien à domicile, puisqu'à l'intérieur de ce programme on trouve le PALV et le DI-DP-TED, programmes devant être traités à part entière parce qu'ils font partie des programmes-services.

#### **5.4 Nombre d'organiseurs communautaires et rattachement administratif**

Selon la convention collective de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, l'organiseur communautaire identifie et analyse les besoins de la population avec les groupes concernés. Il conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de combler les besoins du milieu et promouvoir son développement. Enfin, il agit comme personne-ressource auprès des groupes (ACCQ, 2003).

Le CSSS de Chicoutimi compte quatre postes et demi équivalents temps complet (e.t.c.) d'organiseurs communautaires, mais engage cinq personnes pour combler ces postes. En 2006, la fonction d'organiseur communautaire était rattachée à la direction Famille – Enfance – Jeunesse – Organisation communautaire. Peu importe leur rattachement, les organisateurs communautaires œuvraient dans les différents programmes-services. Depuis juin 2008, les organisateurs communautaires sont rattachés à la direction de la qualité et de la santé publique (DQSP). En 2006, pour le programme-services PALV, on ne trouvait pas un coordonnateur, mais plutôt trois directions responsables de ce programme. Les différentes directions représentaient le CH, le CHSLD et le CLSC. Désormais, chaque programme-services ne relève que d'une seule direction, afin d'assurer une meilleure continuité de service. Ainsi, le programme PALV est sous la direction du directeur des soins et services en santé des jeunes, santé mentale et personnes en perte d'autonomie.

## 6. LE PROGRAMME PALV ET LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Cette partie du texte traite de façon plus particulière du cadre de référence régional relatif au programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). L'offre de services destinée aux personnes âgées, ainsi que la nature des services psychosociaux offerts y seront également traitées..

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

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

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

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

### Enjeux et défis à relever

Selon le Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, d'ici 2010, de nombreux enjeux et défis devront être relevés afin d'offrir la meilleure gamme de services aux personnes âgées du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les premiers défis concernent le soutien à la personne vieillissante. C'est en mettant en place des services de prévention de la perte d'autonomie et en s'assurant qu'un assortiment de services spécialisés soit disponible et accessible régionalement et localement que ces défis pourront être relevés. De plus, pour y arriver, la gamme de services de longue durée devant être accessible dans chacun des territoires de CSSS devra être complétée, tout comme l'accès aux programmes d'aide technique, aux fournitures et aux équipements destinés aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement devra être

élargi. Finalement, les aînés en perte d'autonomie et leurs proches devront être soutenus par une allocation personnalisée pour les services d'aide domestique.

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

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

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

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

Finalement, dans le but de favoriser l'amélioration des connaissances et leur transfert, la collaboration avec les milieux d'enseignement et de recherche est de mise. Cette collaboration contribuera également au développement des services et des interventions de qualité, en plus de favoriser le recrutement et la rétention des ressources professionnelles (ADRLSSSS-SLSJ, 2004).

## **6.2 Réseau et structure des services offerts aux personnes âgées du territoire de Chicoutimi**

Le nombre de personnes âgées sur le territoire de Chicoutimi, comme il a été vu précédemment, est en évolution constante depuis 1996. De même, comme il est souhaité dans le Plan d'action régional 2005-2010 (ASSS-SLSJ, 2005), le maintien des personnes âgées à domicile est priorisé. Mais certaines de ces personnes ne peuvent demeurer dans leur propre domicile ou nécessitent de l'aide pour y rester. Le nouveau réseau de services s'efforce donc d'offrir une gamme complète de services aux personnes âgées en perte d'autonomie en travaillant avec les acteurs du réseau public, du réseau privé, du réseau communautaire et des entreprises d'économie sociale.

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte 17 CHSLD pour un grand total de 1216 lits permanents et 18 lits temporaires (ASSS-SLSJ, 2005). Le territoire de Chicoutimi, pour sa part, compte quatre CHSLD dont un privé conventionné. Les trois CHSLD publics possèdent 205 lits d'hébergement permanents et cinq lits d'hébergement temporaire. Le Foyer Saint-François dé-

tient, pour sa part, 64 lits. Au total, cela représente 269 lits d'hébergement permanent et cinq d'hébergement temporaire (CSSS de Chicoutimi).

Outre les établissements publics, les personnes âgées de Chicoutimi peuvent compter sur 16 des 101 résidences privées de la région. Ces résidences offrent 198 chambres et 692 logements et hébergent quelque 968 personnes. Les familles ou conjoints peuvent aussi compter sur 30 des 36 places régionales en ressources intermédiaires (RI) situées dans deux résidences du territoire. Par contre, des neuf OSBL de la région, le territoire de Chicoutimi n'en compte aucun. Il possède en revanche (pour Ville de Saguenay) six des sept coopératives d'habitation de la région. On dénombre 917 personnes âgées bénéficiant de logements subventionnés à Ville de Saguenay, incluant le CSSS de Jonquière et le CSSS Cléophas-Claveau. Les villages de Saint-Fulgence, Saint-Honoré et Falardeau comptent, au total, 45 personnes âgées bénéficiant d'un tel logement, soit 15 personnes dans chaque milieu.

Toutes ces personnes, vivant ou non dans leur domicile, ont souvent besoin d'aide pour les activités de la vie domestique (AVD) et celles de la vie quotidienne (AVQ). Le CSSSC fournit de l'aide par l'intermédiaire de son programme de soutien à domicile, où travailleurs sociaux, auxiliaires familiales et infirmiers travaillent, mais aussi par l'intermédiaire des entreprises d'économie sociale. On trouve, sur chaque territoire de CSSS, une entreprise d'économie sociale offrant des services de maintien à domicile (AVD) et le territoire de Chicoutimi peut compter sur la Coopérative de solidarité de maintien à domicile du Saguenay. Outre ces services, les personnes âgées peuvent bénéficier d'un large éventail de services offerts par différents organismes communautaires. Des 191 organismes communautaires de la région subventionnés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), 40 se trouvent sur le territoire de Chicoutimi. Les missions de chacun diffèrent et ceux s'adressant uniquement à la clientèle PALV sont au nombre de neuf, pour le territoire de Chicoutimi, et de 40 pour l'ensemble de la région. De l'ensemble des organismes, 33 ont une mission régionale, mais un seul est spécifiquement orienté vers les personnes âgées. Il s'agit de la Société Alzheimer de la Sagamie (ASSS-SLSJ, 2008).

### ***6.2.1 L'offre de services du CSSSC dans le programme PALV***

Le Plan d'action local en santé publique 2005-2008 se base sur le Plan d'action régional du programme PALV pour définir ses activités. Ces activités sont la base de l'offre de services du programme PALV. Elles sont au nombre de huit :

- 1) des activités de soutien à la personne ;
- 2) une gamme de services de longue durée ;
- 3) l'accès à l'aide technique, aux fournitures et à l'équipement ;
- 4) le soutien aux proches aidants ;
- 5) l'action sur l'environnement ;
- 6) une offre de services de qualité ;
- 7) des milieux de vie de qualité et ;
- 8) la recherche et l'enseignement.

Afin de répondre à chacune de ces activités, le CSSSC doit compter sur différents partenaires. Tout d'abord, à l'intérieur même du CSSSC, on trouve dix services soit :

- le CLSC SAD (services à domicile) ;
- les services courants ;
- le CHSLD ;
- l'urgence ;
- le programme de courte durée gériatrique (PCDG) ;
- l'unité de soins de longue durée ;
- les soins palliatifs ;
- la santé mentale ;
- la santé publique.

Les partenaires du CSSSC, au nombre de sept, sont ensuite identifiés : il s'agit :

- du CSSS Cléophas-Claveau ;
- du CSSS Jonquière ;
- de la banque régionale d'Alma ;
- du CRDP (centre de réadaptation en déficience physique) ;
- du CRDI ;
- des ressources de type familial (RTF) ;
- des ressources intermédiaires (RI).

De plus, dix organismes communautaires sont impliqués dans l'offre de services. La plupart s'adressent directement aux personnes âgées, mais certains offrent des services à toute la population. Ce sont :

- l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) ;
- le Centre d'action bénévole de Chicoutimi (CABC) ;
- le Centre d'action bénévole de Laterrière ;
- le Centre communautaire horizon 3<sup>e</sup> âge ;
- le Comité des malades de St-Fulgence ;
- le Groupe d'action communautaire de Falardeau ;
- le Groupe d'aide action St-Honoré ;
- Palli-Aide ;
- la Société Alzheimer de la Sagamie ;
- le Centre de prévention du suicide.

On trouve, en plus, les entreprises d'économie sociale, dont la Coopérative de solidarité de maintien à domicile Saguenay, le Foyer Saint-François, les pharmacies communautaires, et les services municipaux tels que l'Office municipal d'habitation, et les ressources privées<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Il s'agit ici d'une liste non exhaustive qui peut être sujette à changement.

### 6.3 Nature des services psychosociaux offerts, nombre d'ARH et de travailleuses sociales dans le programme PALV

En 2006, les services psychosociaux offerts au CSSS de Chicoutimi se concentrent pour la plupart dans le programme CSSSC-CLSC. On y trouve plus particulièrement, pour le programme PALV, les services psychosociaux relevant du soutien à domicile (SAD). À l'intérieur de ce service,

- des travailleurs sociaux (11,6 postes en équivalent temps complet) ;
- des auxiliaires familiales et sociales (11,6 postes en équivalent temps complet qui font de l'accompagnement, du support, de l'enseignement, des soins de base, de l'aide pour les AVQ et les AVD, de l'aide au budget, etc.) ;
- des infirmières et des infirmières auxiliaires (25 et 7 postes équivalent temps complet) ;
- des physiothérapeutes (4) ;
- des nutritionnistes (2) ;
- des ergothérapeutes (5) ;
- et des techniciens en réadaptation physiques (4)

sont présents<sup>14</sup>. Les services spécifiques qui y sont offerts touchent plus particulièrement les services professionnels, les services d'aide à la personne, les services d'aide aux proches et les services de support technique. De plus, le service centre de jour offre lui aussi des services psychosociaux dont des soins infirmiers et d'assistance, de l'animation et des ateliers spécialisés, des activités d'enseignement et d'information, des activités de pastorale et des exercices physiques adaptés. Un autre service psychosocial dispensé par le CSSSC relève du programme de courte durée gériatrique. On trouve dans ce programme :

- une infirmière pivot à temps plein ;
- une travailleuse sociale ;
- une physiothérapeute ;
- une technicienne en réadaptation physique ;
- une neuropsychologue ;
- une ergothérapeute ;
- une orthophoniste ;
- une nutritionniste ;
- et une pharmacienne.

Le service d'hébergement public et en ressources non institutionnelles offre lui aussi des services psychosociaux. En plus du CLSC, le CH offre certains services psychosociaux, entre autres, par l'intermédiaire de son service de réadaptation physique et de réinsertion sociale consistant à donner un support en psychologie et en travail social. Un certain nombre de travailleurs sociaux travaillent l'équivalent de 13 jours par semaine et les neuropsychologues travaillent, durant la même période, l'équivalent de sept jours pour le programme PALV.

Les personnes âgées du territoire de Chicoutimi ont aussi accès aux services psychosociaux plus généraux tels que le service Info-social, un service d'intervention téléphonique dans le domaine

---

<sup>14</sup> Les personnes à l'emploi du soutien à domicile ne sont pas uniquement associées au programme PALV, elles touchent en fait toutes les clientèles (multiclientèle).

psychosocial. Les personnes peuvent y obtenir des informations, des conseils et des références. Ce service est également un service d'intervention en situation de crise. On y offre, en outre, un service de garde psychosocial, ouvert 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Enfin, les personnes ont accès aux services sociaux courants et en santé mentale, avec ou sans rendez-vous.

Les organisateurs communautaires du territoire de Chicoutimi travaillent, pour leur part, avec différentes tables de concertation. Ces tables touchent toutes les clientèles visées par les programmes-services, mais trois s'adressent plus particulièrement aux personnes âgées et à leurs proches. Il s'agit de la Table de concertation sur la violence, la négligence et les abus faits aux personnes âgées de Chicoutimi, de la Table locale pour les proches aidants dans le secteur du Grand Chicoutimi et du Comité restreint (concertation entre les ressources travaillant en maintien à domicile).



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

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

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

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

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

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

## **7.2 Principales démarches suivies localement**

### ***7.2.1 Responsable de l'élaboration***

La coordination des travaux pour le projet clinique, au CSSS de Chicoutimi, est réalisée à trois niveaux, représentant chacun un comité. Le directeur général du CSSSC est le principal responsable de l'élaboration du projet clinique. C'est aussi lui qui supervise le niveau stratégique, constitué d'un comité d'orientation (ce comité a été aboli à l'hiver 2008). Les principales tâches de ce comité consistent à encadrer tout le processus du projet d'organisation clinique des services du CSSS. Ainsi, il voit à la vision d'ensemble, à l'adoption des principes directeurs et à la définition des priorités de même qu'au plan de mise en œuvre. Ce comité, au moment d'écrire ces lignes, est présidé par le directeur général adjoint du CSSSC. Il est composé d'un membre du conseil d'administration, de cadres supérieurs, de leaders internes (dont les médecins) et d'un représentant des usagers.

L'organisation des projets cliniques, pour sa part, se fait par le comité de pilotage (niveau tactique) sous la charge de la directrice de la qualité et responsable du projet clinique. Ce comité est un comité interne temporaire relevant du comité d'orientation. Il réunit les cadres et les leaders de l'organisation en lien avec les différents programmes retenus et services offerts à la population du territoire. Son rôle est de planifier et d'encadrer tous les travaux du projet d'organisation clinique, de documenter la situation d'ensemble du réseau local et de supporter les travaux des tables de travail.

Les tables de travail, qui correspondent au niveau opérationnel, fonctionnent par programmes-services et sont gérées par un comité local. Leur rôle consiste à :

1. connaître la population à desservir, ses caractéristiques, ses besoins et ses habitudes de consommation ;
2. analyser l'offre de services ;
3. analyser l'écart et poser un diagnostic ;
4. définir une vision globale du projet d'organisation clinique ;
5. identifier des cibles cliniques prioritaires (réalisée par le niveau stratégique et non opérationnel) ;
6. faire des choix organisationnels et de programmation clinique ;
7. établir un plan de mise en œuvre du projet d'organisation clinique des services ;
8. faire une évaluation.

Enfin, les tables de travail proposent une programmation clinique détaillée en lien avec les différents programmes-services touchés. (Voir organigramme du CSSS, annexe 12.)

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

Pour le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement, la structure principale relève du comité de pilotage. Ce comité, réunissant les cadres et les leaders de l'organisation, alimente les sous-tables de travail. Ces tables de travail, qui fonctionnent selon les grands programmes-services, sont gérées par le comité local et regroupent les membres de la Table de gestion clinique. Cette table regroupe des représentants des services de soutien à domicile ; du volet

soins hospitaliers ; du CHSLD ; des organismes communautaires ; des ressources privées conventionnées ; des services de soins palliatifs de fin de vie ; du département de pharmacie ; du centre de jour et de l'hébergement temporaire ; et des entreprises d'économie sociale. On y trouve aussi une infirmière pivot PCDG (programme de courte durée gériatrique), une infirmière clinicienne CLSC/SAD RNI (ressources non institutionnelles) et une organisatrice communautaire (Voir organigrammes, annexes 12 et 13.).

Le programme-services PALV offre les services d'une conseillère clinique et d'une clinicienne PALV (lien fonctionnel) ; les services de soutien à domicile ; les services hospitaliers ; les services en centre de jour ; les services d'hébergement ; les services ambulatoires gériatriques ; de gériatrie active ; d'hébergement temporaire et de soins palliatifs de fin de vie (ce dernier service a un lien fonctionnel avec le programme Lutte contre le cancer et soins palliatifs). Un lien fonctionnel avec santé mentale a aussi été mis en place.

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

Les responsables de l'élaboration du projet clinique au CSSS de Chicoutimi ont présenté aux gestionnaires de l'établissement le projet d'organisation clinique des services, le 21 septembre 2006. Par la suite, les 3400 employés du CSSSC ont été informés du projet *via* 21 séances d'information, sous forme de présentation avec Power Point. Ces présentations se sont déroulées à la fin de mars 2007. Afin de joindre le plus d'employés possible, un bulletin informatif traitant du projet clinique vers l'approche par programmes a été envoyé à tout le personnel du CSSSC, le 28 juin 2007. Cet *Info-CSSSC* se voulait être une synthèse des présentations de mars 2007 dans une forme vulgarisée afin que tous puissent comprendre les nouveaux enjeux du projet clinique.

## **7.3 Présentation sommaire du projet clinique**

Selon le MSSS, neuf activités doivent être réalisées par les CSSS afin que ces derniers élaborent leur projet clinique. Ces activités sont les suivantes :

- réaliser le diagnostic populationnel ;
- établir le portrait des services offerts ;
- définir les écarts à combler par rapport aux objectifs ;
- cibler les modèles cliniques et de collaboration ;
- effectuer l'intégration d'autres modèles s'il y a lieu ;
- cibler les éléments et paramètres de l'offre de services ;
- fixer les rôles et responsabilités des acteurs ;
- articuler les programmes-services ;
- faire le suivi des impacts sur la santé et le bien-être (ASSS-SLSJ, 2005a).

Au CSSS de Chicoutimi, huit équipes cliniques travaillent au projet clinique. Ces équipes, dont celle du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, ont fait des tâches visant les objectifs suivants :

- connaître la population à desservir, ses caractéristiques, ses besoins et habitudes de consommation ;
- analyser l'offre de services offerte actuellement par tous les acteurs du réseau (CSSSC et partenaires impliqués) ;

- analyser l'écart entre les besoins de la population et les services offerts ;
- identifier les cibles cliniques prioritaires d'amélioration pour les trois prochaines années;
- élaborer un plan d'action 2007-2010 et l'actualiser.

Ces nouveaux points servent désormais à orienter les travaux devant être effectués pour réaliser les projets cliniques. Ainsi, le CSSSC a établi son profil de clientèle, pour le programme PALV, en fonction des changements démographiques précédemment mentionnés dans la deuxième partie du texte. Cette clientèle, dite gériatrique, est âgée de 65 ans et plus et vit majoritairement seule. De plus, le quart de ces personnes vivent sous le seuil du faible revenu et 16 % se situent au niveau faible de l'indice de soutien social (Enquête sociale et de santé, 1998).

Sachant cela, le CSSSC a défini ses services gériatriques selon la clientèle et les modalités de services. Parmi ces services, on trouve 15 types de services offerts au niveau territorial ou régional. Ces services sont majoritairement offerts aux personnes de 65 ans et plus ou adultes à profil gériatrique. On y retrouve les services de soutien à domicile du CLSC ; le guichet unique ; l'hébergement temporaire ; le centre de jour et le programme de courte durée gériatrique (PCDG). Afin de répondre aux attentes du MSSS, chaque CSSS doit analyser les écarts observés selon les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité.

À la suite de cette opération, la Table de gestion clinique en est arrivée à des conclusions, en juin 2006, à propos sur les priorités à analyser. Ainsi, la mise en place d'un guichet unique comme porte d'entrée au système de santé, l'instauration du gestionnaire de cas et l'assurance d'un financement adéquat pour les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale de même que le CHSLD et le CLSC, faciliteront les ententes de gestion. De plus, le développement et la mise en place une approche gériatrique pour les intervenants concernés et l'assurance de la conformité des résidences privées sont au nombre des priorités incontournables en ce qui concerne le programme PALV (CSSSC, 2007a).

À partir de ces conclusions, le CSSSC a établi, en novembre 2006, trois cibles prioritaires pour le programme PALV. Ces cibles cliniques prioritaires, incluant les objectifs pour chacune d'entre elles, sont les suivantes :

- Tout d'abord, l'accès à l'offre de services locale répondant aux besoins des personnes âgées avec un problème gériatrique ou psychogériatrique, doit être assuré. Ainsi, le CSSSC s'engage à compléter l'offre de services locale pour ces personnes et ce, par l'évaluation et la consultation ;
- Deuxièmement, l'accès aux ressources et services appropriés doit être assuré pour les clientèles ayant des besoins spécifiques en santé mentale, déficience physique ou déficience intellectuelle. Le CSSSC s'oblige donc à répondre aux besoins de la clientèle spécifique hébergée et en attente d'hébergement et ce, par des services appropriés ;
- Enfin, afin de préserver son autonomie, la clientèle des personnes âgées doit recevoir des services en prévention-promotion de la santé. Pour ce faire, le CSSS doit garantir que les projets en prévention et promotion identifiés dans le Plan d'action local (PAL), soient mis en place pour la clientèle PALV. Il doit aussi élaborer une entente de services, pour la référence de la clientèle PALV, entre lui, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale.

À la suite de l'établissement des cibles cliniques prioritaires, le plan d'action 2006-2010 pour le programme PALV a été accepté par le comité de direction et le comité d'orientation le 13 février

2007. Ce plan d'action reprend chaque cible clinique et la divise en objectifs, activités, ressources à déployer, responsabilité de mise en œuvre, résultats attendus, indicateurs et évaluation. Parmi les différents éléments de ce plan d'action, on trouve, entre autres :

- la mise en place d'un guichet unique ;
- la mise en place d'un gestionnaire de cas et d'un intervenant pivot de programme de courte durée gériatrique (PCDG) ;
- l'ajout en première ligne d'une infirmière et d'un travailleur social à l'urgence pour le dépistage de la clientèle gériatrique ;
- la mise en place d'une équipe interdisciplinaire en gériatrie au niveau local ;
- l'augmentation du nombre moyen d'interventions par usager au soutien à domicile pour le PALV ;
- l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services à domicile ;
- la formation des intervenants sur l'approche gériatrique ;
- la mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour les personnes ayant fait une chute ou à risque de chute ;
- la mise en place du mécanisme d'accès territorial uniformisé pour la ressource intermédiaire ;
- les ressources familiales et l'hébergement de longue durée pour la clientèle ayant des besoins spécifiques ;
- la révision des critères d'orientation et de priorité d'accès aux services d'hébergement.

## CONCLUSION

Le CSSS de Chicoutimi est issu de l'intégration de sept installations regroupées dans trois missions : la mission centre hospitalier (le Complexe hospitalier de la Sagamie et le pavillon Roland-Saucier), la mission CSLC (CLSC du Grand Chicoutimi et son point de services pour le programme santé sécurité au travail), de même que la mission CHSLD (Beaumanoir, Delage et Mgr Victor-Tremblay). La décision de fusionner en un seul établissement émane de l'adoption de la loi 25 en décembre 2004. Cette loi avait pour objectif de faciliter l'accessibilité à la population, la continuité et la qualité des services de santé et services sociaux. La principale caractéristique de ce CSSS réside dans son offre de soins et services spécialisés et surspécialisés au niveau sous-régional, régional et suprarégional. Conséquemment, ce centre regroupe le plus grand nombre de médecins spécialistes des CSSS de la région. Par ailleurs, cinq organisateurs communautaires comblent quatre postes et demi à temps complet. Ils interviennent dans les différents programmes et ce, peu importe leur rattachement administratif. Leur pratique se fonde sur les principes du RQIIAC et est en lien avec les stratégies des domaines d'intervention en santé publique.

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

Grâce à l'élaboration du projet clinique, l'offre de services a pu se préciser davantage. Les huit équipes y ayant travaillé ont établi le profil de la population à desservir et ont analysé l'offre de services et l'écart entre les besoins de la population et les services offerts. Ils ont finalement identifié des cibles prioritaires pour les trois années suivantes. Parmi ces cibles, trois sont destinées au programme PALV et visent principalement l'accessibilité et la continuité des services, en plus de la prévention et de la promotion de la santé des personnes âgées afin de préserver leur autonomie. Le plan d'action fournit ensuite des moyens pour atteindre ces objectifs et identifie les personnes qui y travailleront.

En conclusion, cette monographie représente la première des deux étapes de la démarche qualitative de la présente étude. La seconde étape consiste en une série d'entrevues individuelles qui permettront de documenter le point de vue des acteurs concernés par les deux volets de la recherche (la pratique partenariale et l'intervention psychosociale et communautaire). Pour chacun des cas étudiés, des entrevues individuelles semi-dirigées seront conduites avec des représentants du CSSS qui sont actifs dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement à des niveaux hiérarchiques différents (directeur général, cadre supérieur et intermédiaire, chargés de projet clinique au plan local, agentes de relations humaines (ARH ou travailleuses sociales) et organisateurs communautaires), ainsi qu'avec des représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale. Par la suite, l'analyse des données obtenues permettra d'identifier les différences et les similitudes entre les deux grandes catégories de répondants (État et organismes communautaires) et les sous-groupes (niveaux hiérarchiques).

## BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004). *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Québec, 398 p.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004a). *Les réseaux locaux de services : un modèle d'organisation intégrée pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Québec, 43 p.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005a). *Les projets cliniques au Saguenay–Lac-Saint-Jean : tirer profit de nos expériences*, Québec, 28 p.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005b). *Portrait de santé des territoires du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Chicoutimi*, Québec, 23 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2005). *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : région du Saguenay–Lac-Saint-Jean*, ASSS-SLSJ, 33 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2006). *La population de la région sociosantitaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean : perspectives démographiques de 1981 à 2026*, Québec, 43 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2007). Consulté en ligne au <http://www.santesaglac.gouv.qc.ca>.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2008). *Cadre de coopération entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean et les organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Adopté par le conseil d'administration de l'ASSS-SLSJ, le 3 avril 2008, 53 p.
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2004). *Projet de loi numéro 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Notes explicatives et article 99.5.
- ASSOCIATION DES MÉDECINS DE CLSC DU QUÉBEC (2004). *La pratique médicale en CLSC et l'implantation d'un modèle régional d'organisation de services intégrés au Saguenay-Lac-Saint-Jean*.
- BOURQUE, D. (2004). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires*, Montréal, UQAM, Cahiers du Larepps 04-32, Montréal : copublication Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales et Centre d'étude et de recherche en intervention sociale, 25 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (2005). *Plan d'action local en santé publique 2005-2008*, 277 p.

- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (CSSSC) (2006). *Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean : état de situation sur les projets cliniques (PPALV.)*
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (2006a). *Protocole d'entente de service dans le cadre du Plan d'action local en santé publique 2005-2008*, 6 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (CSSSC) (2007). Consulté en ligne au <http://www.csss-chicoutimi.qc.ca>
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (2007a). *Projet Clinique PALV.*
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (2007b). *Rapport annuel 2006-2007.*
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI (2008). *Rapport annuel 2007-2008.*
- CHARPENTIER, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- CHOINIÈRE, R. et al.. (2001). *Rapport de l'enquête sociale et de santé 98, région SLSJ*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 432 p.
- CHSLD de Chicoutimi (2004). *Proposition du CHSLD de Chicoutimi concernant la création d'un réseau local de services dans le secteur de Chicoutimi.*
- CLSC DU GRAND CHICOUTIMI (2004). *Mémoire sur la consultation proposée pour l'implantation d'un modèle régional d'organisation de services intégrés.*
- CLSC DU GRAND CHICOUTIMI (2003). *Orientations 2003-2005.*
- COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE (2004). *Mémoire du Centre hospitalier de la Sagamie sur l'implantation d'un modèle régional d'organisation de services intégrés basé sur les réseaux locaux de services aux Saguenay–Lac-Saint-Jean.*
- CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2004). *Viellissement et santé fragile : un choc pour la famille*, Québec, Conseil de la famille et de l'enfance, 91 p.
- COUTURE, R. (2001). *Enquête psychosociale du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2000)*. Régie régionale de la santé et des services sociaux, base de données, Roberval, 98 p.
- CSN SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (2004). *Mémoire du comité de pilotage du Conseil central des syndicats nationaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.*
- DESLAURIERS, J.-P. et Y. HURTUBISE (2000). *Introduction au travail social*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (DRHC) (2000). *Sécurité de la vieillesse*, Dans Éco-Santé Québec, 2007.
- FÉDÉRATION DES CLSC (1991). *Cadre de référence en action communautaire.*
- FERLIE E., HARTLEY, J. et S. MARTIN (2003). « Changing public service organizations : Current perspectives and future prospects », *British Journal of Management*, 14, S1-S14.



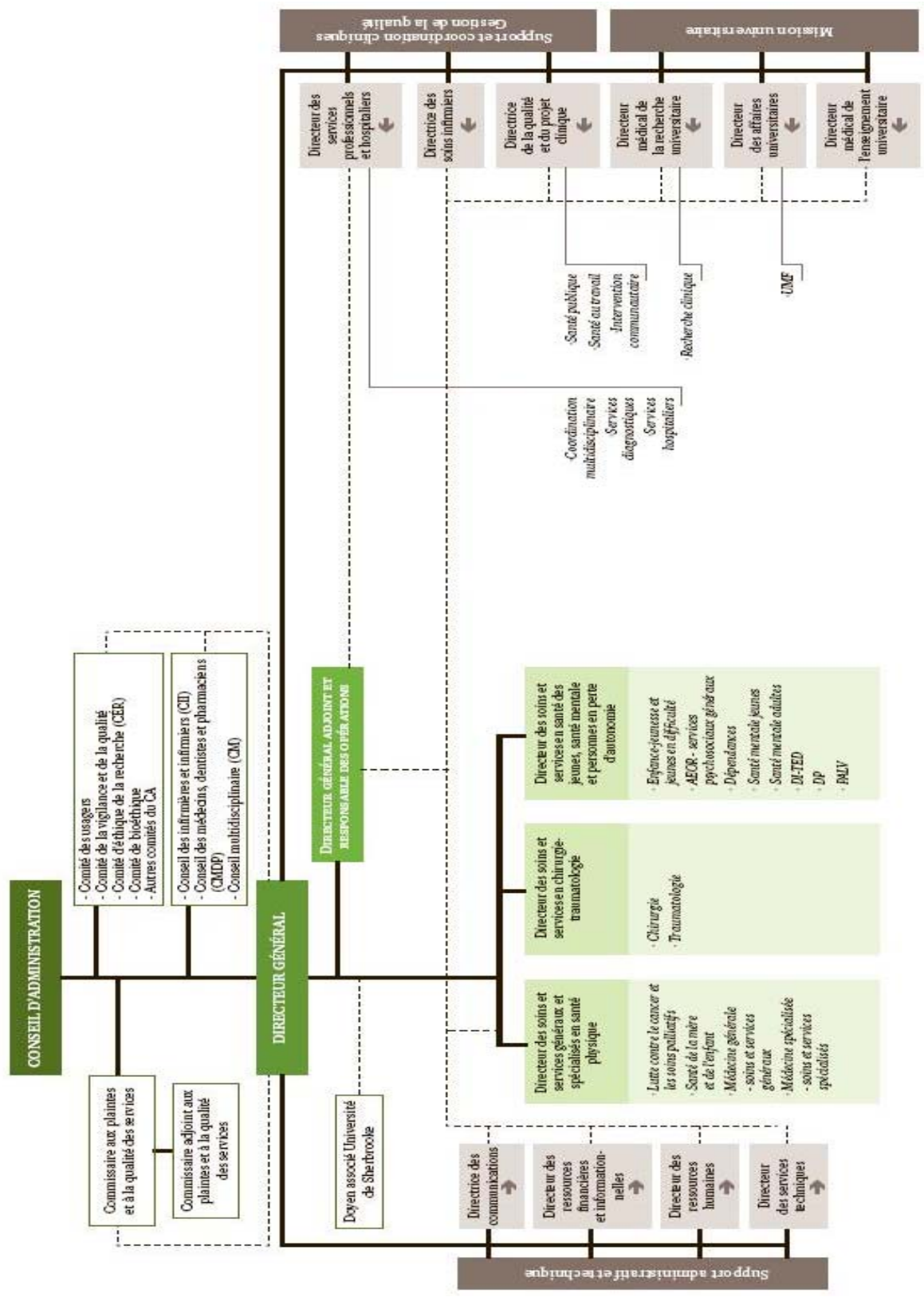
- GAUMER, B. et M.-J. FLEURY (2007). « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique » in *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- HARRISON, N. (2006). *Projet d'organisation clinique des services*, Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Chicoutimi.
- HARRISON, N. (2006). *Projet clinique : rapport d'étape des programmes prioritaires, Cibles cliniques prioritaires*, CSSS de Chicoutimi.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (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 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>ième</sup> édition, Bibliothèque nationale du Québec, Montréal, 642 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2007). *Le Québec chiffres en main*. Consulté en ligne au [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/reference/pdf2007/qcem2007\\_fr.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/reference/pdf2007/qcem2007_fr.pdf)
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2007a). *Bulletin statistique régional*, Vol. 4, no 1, Consulté en ligne au [http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletin/02\\_saguenay\\_lac\\_saint\\_jean.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletin/02_saguenay_lac_saint_jean.pdf)
- LACHAPPELLE, R. (sous la direction de) (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 p.
- LARIVIÈRE, C. (2005). « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction communautaire*, no 70, automne 2005, 13-16.
- LE MAILLON INC. (2004). *Mémoire présenté à l'ADRLSSSS, conseil d'administration du Mailon* ; Regroupement de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale, Saguenay.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Fichier des décès*, Dans Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Québec, 398 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Fichier Med-Écho1998-2001*, Dans Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Québec, 398 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix, la politique de soutien à domicile*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 30 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *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 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c). *Chez soi : le premier choix - précisions pour favoriser la politique de soutien à domicile*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a). Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du ministère, *Info-Contour* (novembre), 5.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b). *Un défi de solidarité: les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois*. École nationale d'administration publique.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). Consulté en ligne au <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- QUÉBEC (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, gouvernement du Québec.
- QUÉBEC (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec, 16 p.
- QUÉBEC (2005). *Projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (RRSSSLJ) (1996). *Les organismes communautaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Régie régionale : partenaires pour la santé et le bien-être des citoyens*, Chicoutimi.
- RICHARD, J. (2004). *Les contributions de l'équipe d'action communautaire du CLSC dans notre communauté*, CLSC du Grand Chicoutimi, Programme Enfance-Famille-Jeunesse-Organisation communautaire.

- RICHARD, M.-C., D. MALTAIS, S. SAVARD, M. TREMBLAY, D. BOURQUE, D. BUISSIÈRE, M. DUMONT-LEMASSON et J. FOURNIER (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. Aussi publié dans les *Cahiers du Larepps* 05-14, 78 p.
- ROTHMAN, J. (sous la direction de) (1995). *Strategies of community intervention macro macro practice*, Itasca, Peacock.
- SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). Consulté en ligne le 7 mai 2007, [www.habitation.gouv.qc.ca](http://www.habitation.gouv.qc.ca)
- STATISTIQUE CANADA (1996). *Recensement de la population de 1996*, Consulté en ligne, <http://www.statcan.ca>.
- STATISTIQUE CANADA (2001). *Recensement de la population de 2001*, Consulté en ligne, <http://www.statcan.ca>.
- STATISTIQUE CANADA (2001a). *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.
- SYNDICAT DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU CLSC DU GRAND CHICOUTIMI, SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NORD-EST QUÉBÉCOIS (2004). *Mémoire présenté dans le cadre de la consultation proposée pour l'implantation d'un modèle régional d'organisation des services intégrés basé sur des réseaux locaux de services*.
- TABLE RÉGIONALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION ADMINISTRATIVE DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN O2 (TROC-02) (2004). *Mémoire portant sur le projet d'implantation d'un modèle régional d'organisation de services intégrés basé sur des réseaux locaux de services du Saguenay-Lac-Saint-Jean*.
- YIN, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*, Thousand Oaks, Sage.

**ANNEXES**

ANNEXE 1 – ORGANIGRAMME DU CSSS DE CHICOUTIMI 2008

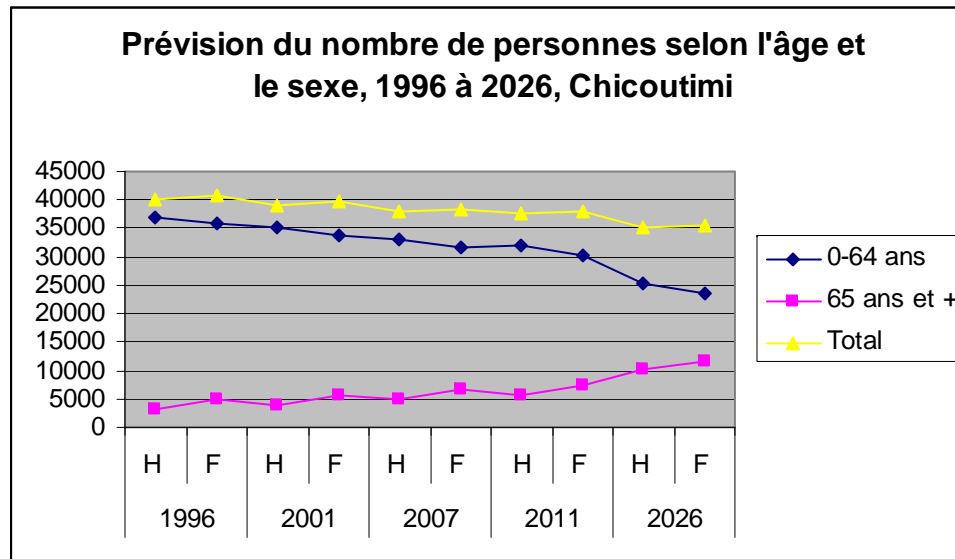


## ANNEXE 2

**POPULATION DU QUÉBEC SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (SAGUENAY), DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS) ET LA RÉGION SOCIOSANITAIRE (RSS) : CHICOUTIMI. ESTIMATION 1996 ET PROJECTION 2001 À 2026**

	1996			2001			2007			2011			2026		
	Sexes réunis (%)	H	F	Sexes réunis (%)	H	F	Sexes réunis (%)	H	F	Sexes réunis (%)	H	F	Sexes réunis (%)	H	F
<b>0-64 ans</b>	72654 (89,7 %)	36956	35698	69089 (87,8 %)	35208	33606	64927 (85,0 %)	33195	31732	62251 (82,5 %)	31875	30376	48902 (69,3 %)	25257	23645
<b>65 ans et +</b>	8357 (10,3 %)	3296	5061	9583 (12,2 %)	3894	5684	11419 (15,0 %)	4793	6626	13199 (17,5 %)	5714	7485	21830 (30,7 %)	10067	11763
<b>Total</b>	81011 (100 %)	40252	40759	78672 (100 %)	39102	39570	76346 (100 %)	37988	38358	75450 (100 %)	37589	37861	70732 (100 %)	35324	35408

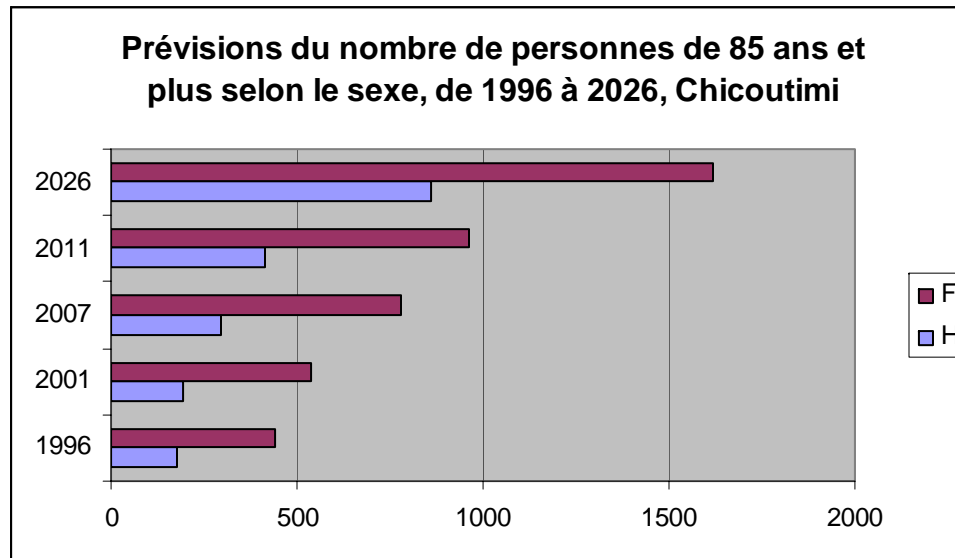
Source : Institut de la Statistique du Québec



## ANNEXE 3

**LA POPULATION DU QUÉBEC SELON LE TERRITOIRE DE CLSC (SAGUENAY), DE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS) ET LA RÉGION SOCIOSANITAIRE (RSS) : CHICOUTIMI. ESTIMATION 1996 ET PROJECTION 2001 À 2026**

	1996			2001			2007			2011			2026		
	Sexes réunis	H	F	Sexes réunis	H	F	Sexes réunis	H	F	Sexes réunis)	H	F	Sexes réunis	H	F
<b>65 ans et +</b>	8357	3296	5061	9583	3894	5684	11419	4793	6626	13199	5714	7485	21830	10067	11763
<b>85 ans et +</b>	618	175	443	733	195	538	1078	296	782	1378	413	965	2475	858	1617



## ANNEXE 4

### ÉCARTS À COMBLER PAR RAPPORT AUX DIFFÉRENTS OBJECTIFS

- **Accessibilité**

1. Il n'y a pas de dépistage systématique de la perte d'autonomie à l'urgence, unités de soins et services courants du CLSC;
2. La gamme des services professionnels connexes est incomplète, les délais d'attente sont trop longs et certains services sont absents ou offerts au minimum (réadaptation, réinsertion sociale, nutrition clinique);
3. Il y a absence d'équipe ambulatoire en psychogériatrie et absence de service ambulatoire de consultation gériatrique;
4. Le guichet unique est partiellement implanté;
5. La localisation des lits de transition est non adéquate (clientèle en attente d'hébergement);
6. Il y a une occupation des lits de courte durée par la clientèle en attente d'hébergement;
7. On trouve des clientèles présentant d'autres problématiques que la perte d'autonomie liée au vieillissement en hébergement en CHSLD;
8. Il y a un certain questionnement concernant les critères d'admission en centre de jour vs la lourdeur de la clientèle en soutien à domicile;
9. Le programme d'aide technique, de fournitures et d'équipement aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement est peu accessible par manque de financement;
10. L'allocation personnalisée est sous-utilisée en soutien à domicile par les aînés en perte d'autonomie faute de référence et de méconnaissance des services;
11. Les ressources sont insuffisantes pour les aidants de type répit dépannage, groupe d'entraide et écoute téléphonique;
12. Il n'y a que peu de dépistage au regard de l'épuisement des aidants;
13. L'accessibilité médicale est restreinte.

- **Continuité**

1. Sous-financement des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale;
2. Il y a une absence d'ententes de services avec le CRDI;
3. Les liens interservices, santé mentale et neurovégétative sont fragiles;
4. En CHSLD, l'offre de services n'atteint pas les trois heures de soins requis selon les orientations ministérielles (actuellement deux heures et demie);
5. En CLSC, l'offre de services n'atteint pas le nombre d'interventions requis (24) selon les orientations ministérielles (actuellement 18,8);
6. En première ligne, il y a absence de gestionnaire de cas;



7. En ce qui a trait au fait de s'assurer de la gestion du dossier sur tout le continuum des soins, la trajectoire est non complétée;
8. Les critères d'accès et de ne sont pas uniformisés pour les services d'hébergement (RI, Ressources de type familial (RTF) CHSLD);
9. Le mécanisme d'accès territorial n'est pas implanté; l'encadrement des ressources institutionnelles est à confirmer et à consolider;
10. Il y a une absence de repérage systématique de la clientèle en perte d'autonomie au CSSSC;
11. Mécanisme de liaison formelle déficient entre les différents intervenants et professionnels.

- **Qualité**

1. Il y a une application incomplète du programme de prévention des chutes sur les unités de soins;
2. Les intervenants sont démunis devant la détection et l'intervention lors de situation d'abus, de maltraitance et d'exploitation financière des aînés;
3. Les milieux d'hébergement en centre hospitalier de soins généraux spécialisés (CHSGS) ne répondent pas aux orientations ministérielles;
4. En milieu de soins aigus, en soutien à domicile et en hébergement, il faut développer et mettre en place une approche gériatrique pour les intervenants concernés;
5. Il y a un manque de standardisation des protocoles et de suivi des victimes de chutes, de fractures et d'AVC;
6. Il existe un manque d'harmonisation des programmes d'utilisation des mesures de contrôle;
7. Il n'y a aucun programme ou structure d'appréciation de la qualité en longue durée et en maintien à domicile;
8. Les intervenants concernés n'ont que peu de formation sur l'approche gériatrique;
9. Le comité des usagers et des résidents connaît peu son rôle et ses fonctions;
10. Il y a absence de certification et de conformité pour les résidences privées de personnes âgées;
11. Il n'y a que peu de projets de recherche qui sont initiés dans la région pour refléter la réalité régionale;
12. Enfin, les liens entre les maisons d'enseignement et le milieu de soins sont non optimaux.

## ANNEXE 5

### EXEMPLE DU PLAN D'ACTION CSSSC-PROGRAMME PALV

Soit la première cible clinique :

*les personnes âgées avec un problème gériatrique ou psychogériatrique auront accès à une offre de services locale répondant à leurs besoins.*

Un des *objectifs* pour cette cible est :

*offrir à la clientèle ayant une problématique gériatrique et psychogériatrique un réseau intégré de services.*

Une des *activités* mise en place dans le cadre de cet objectif est l'instauration d'un guichet unique.

Les *ressources à déployer* pour y arriver seront de nature humaine (travail de collaboration entre les trois secteurs du CSSSC), financières (réorganisation de services), matérielles (équipement et mobilier) et informationnelles (matériel informatique performant pour l'augmentation des demandes).

Pour la *responsabilité de la mise en œuvre*, les responsables seront la directrice des services hospitaliers et de la première ligne et la directrice des soins infirmiers, alors que les partenaires seront les infirmières bachelière PCDG, le SAD, le CHSLD et le CJ.

Les *résultats attendus* sont que, en mars 2008, soit mis en place un guichet unique.

L'*indicateur* sera la mise en place du guichet unique opérationnel pour mars 2008.

L'*évaluation*, qui doit se faire deux fois par années par les employés du CSSSC, voit si la cible est atteinte, poursuivie, modifiée ou non atteinte. Cette évaluation sert de suivi pour évaluer les impacts du programme PALV sur la santé et le bien-être.

## ANNEXE 6

### RÉACTIONS DES DIFFÉRENTS ACTEURS AYANT DÉPOSÉ DES MÉMOIRES À L'AGENCE

#### • Réactions du CLSC du Grand Chicoutimi (conseil d'administration du CLSC)

Le CLSC du Grand Chicoutimi s'est dit en accord avec l'hypothèse proposée par l'Agence à savoir de fusionner les trois établissements que sont le CLSC, le CHSLD et le CHS. De plus, le point de vue du CLSC par rapport à l'inclusion du Complexe hospitalier de la Sagamie dans l'instance locale future est favorable. Il souhaite, d'ailleurs, pour l'optimisation maximale des services intégrés, soutenir la responsabilité d'une seule entité légale pour le réseau local.

Les attentes du CLSC sont les suivantes :

- qu'il y ait formation d'un nouveau conseil d'administration qui compte au moins quatre administrateurs de la mission CLSC et que le c.a. de l'instance locale soit responsable d'assurer la coordination des services de première, deuxième et troisième ligne ;
- que la nomination du nouveau directeur général de l'instance se fasse immédiatement pour ne pas ralentir les travaux à réaliser dans le cadre de la loi ;
- que ce directeur soit choisi par l'entremise d'un concours réservé, par la nomination d'un directeur intérimaire ou par l'ouverture d'un concours public ;
- que l'allocation des ressources financières se fasse selon le principe des programmes-services, afin de protéger les services à la population et les missions de chaque établissement ;

Le CLSC demande, enfin, le maintien des services médicaux, puisque ces derniers ont une grande portée et répondent à l'objectif d'accessibilité, et la sauvegarde du service d'organisation communautaire.

Il est par contre très important de mentionner que les travailleurs et travailleuses du CLSC disent ne pas avoir été consultés lors de la présentation du mémoire du CLSC du Grand Chicoutimi et que leur opinion diffère de celle du conseil d'administration. Ils nous en ont fait d'ailleurs part dans leur propre mémoire. Selon une enquête réalisée auprès des membres du syndicat CSN du CLSC, de nombreuses intervenantes prévoient des impacts négatifs comme la disparition des services préventifs ; la détérioration du climat de travail ; le fait que les fusions mènent à une prise de contrôle d'une organisation sur l'autre ; la perte du caractère local de l'organisation ainsi que sa capacité à répondre aux besoins des communautés. Selon eux, le projet de regroupement des trois établissements dans une instance locale comporte un caractère de complexité. Les conditions de fusion étant qu'elle soit désirée par tous, qu'elle permette d'atteindre la clientèle non desservie et qu'elle aide les organisations non efficaces, ce n'est, pour les employés, manifestement pas ce qui arrive avec la fusion. La fusion des deux établissements déficitaires que sont le CHS et le CHSLD, avec le CLSC qui ne l'est pas, s'ajoute à la notion de complexité. Malgré cela, ils sont d'avis qu'il est préférable d'aller de l'avant avec un tel projet, puisqu'il vise à bonifier les mécanismes de liaison entre les services des trois établissements.

- **Réactions de l'Association des médecins de CLSC du Québec**

Parmi les six réseaux de la région, celui du territoire de Chicoutimi pose problème en raison de la vocation régionale du Complexe hospitalier de la Sagamie. L'Association croit que, de toute façon, des ententes de services devront lier le CHS et toutes les instances locales afin de garantir l'accès universel aux services spécialisés de deuxième et troisième ligne spécifiques au Complexe hospitalier de la Sagamie. La multiplicité des services à offrir entraînera une complexité dans la coordination de ces services.

L'Association des médecins de CLSC croit plus en un projet médical territorial, c'est-à-dire qu'elle croit que les médecins œuvrant en CLSC sont des partenaires incontournables et expérimentés pour la réussite du déploiement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Elle croit aussi qu'il est impératif de soutenir la pratique médicale de première ligne qui est en souffrance et qu'il faudra s'assurer de la pérennité du projet médical territorial regroupant tous les omnipraticiens œuvrant en première ligne. L'association considère qu'un hôpital à vocation régionale n'a pas sa place dans une instance locale de services. Que l'instance locale de Chicoutimi devra développer des ententes de services avec le CHS pour les services médicaux généraux, spécialisés et ultraspecialisés. Les autres instances locales du Saguenay-Lac-Saint-Jean devront développer, quant à elles, des ententes pour les services médicaux spécialisés et ultraspecialisés.

- **Réactions du CHSLD de Chicoutimi**

Le CHSLD, bien qu'il voie d'un bon œil la fusion proposée par l'Agence, n'est pas sans crainte de perdre une partie de son « âme » dans cette superstructure. En ce sens, le CHSLD a peur que la mission de soins de longue durée et à domicile soit engloutie par celle des soins de courte durée et spécialisés. Il a aussi peur que l'approche « milieu de vie », développée par le CHSLD, soit délaissée au profit de l'approche « milieu de soins ». Une des hypothèses amenées est que le CHS voudrait se départir de la clientèle de soins longue durée en vue de récupérer les espaces occupés par cette clientèle, au profit des services spécialisés, de l'enseignement et de la recherche. Aussi, le CHSLD croit que les services à domicile ne serviront qu'à diminuer les séjours hospitaliers et ne seront pas nécessairement pour les personnes en perte d'autonomie. De plus, bien qu'il ait conscience qu'il n'est pas pensable de réaliser une fusion uniquement avec le CLSC, l'inclusion du CHS insécurise les ressources humaines du CHSLD et du CLSC qui auront l'impression d'être avalés par les employés du CHS. Ce climat ne pourra qu'être néfaste sur la productivité du personnel. Le CHSLD met aussi en lumière le fait qu'il existe de grandes différences organisationnelles entre le CHSLD, le CLSC et le CHS, de même qu'en ce qui a trait aux ressources financières et matérielles. Finalement, le CHSLD de Chicoutimi considère que le CHS constitue déjà un défi de taille en matière de gestion et que l'augmentation en taille, en nombre et en superficie ferait plutôt en sorte que le réseau local serait perdant en efficacité et en efficience. Selon eux, le bon sens commande de ne pas privilégier la mise en place d'une superstructure qui pourrait compromettre le bon fonctionnement d'établissements qui sont performants et qui remplissent leur mission au maximum des ressources dont elles disposent.

- **Réactions du Complexe hospitalier de la Sagamie**

Le mémoire du CHS englobe les avis des différents participants mentionnés plus haut. Il faut donc considérer que chaque avis a été pris en considération et que, lorsque le CHS est cité, il inclut dans ses propos les avis des tous les participants.

Selon le CHS, il est essentiel que le CHS, le CHSLD et le CLSC soient regroupés sous une même instance locale afin d'offrir un meilleur service à la population, et ce, dans le respect des missions de chacune des institutions. De plus, l'Agence doit tout mettre en œuvre afin de maintenir et de développer le rôle régional et suprarégional du CHS. Elle doit donc confier officiellement au CHS des mandats cliniques spécifiques, notamment en ce qui concerne le développement de programmes sous-régionaux, régionaux et suprarégionaux, en harmonie avec les orientations et les programmes nationaux. Considérant les difficultés importantes pour établir des ententes de services, il est impossible de préparer des ententes qui soient suffisamment flexibles pour être en mesure de s'adapter au contexte clinique qui est en perpétuel changement.

Concernant l'exclusion possible du CHS de l'instance locale, celui-ci aurait à établir des ententes avec la totalité de ses partenaires pour assurer la continuité des soins des usagers hospitalisés et ce, pour les clientèles en soins généraux (67,5 %), en soins spécialisés (24,2 %) et en soins surspécialisés (8,3 %). Le CHS est donc d'avis que l'Agence doit favoriser la mise en place d'un modèle clinique qui minimisera le besoin d'ententes interétablissements tout au moins pour la sous-région du Saguenay.

Le CHS souhaite que le réseau clinique soit établi sur la base d'une approche par programme totalement intégrée à la sous-région du Saguenay. Cette approche contribuera à répondre beaucoup plus aux besoins actuels et futurs de la population. Elle servira aussi à éviter la multiplication des ententes et à faciliter la continuité des soins dans la sous-région du Saguenay. Le CHS souhaite aussi que l'Agence procède à la mise en place d'une table sous-régionale au Saguenay, afin d'harmoniser les services cliniques avec l'ensemble de cette population par l'approche par programme.

La gouverne est l'un des points stratégiques de l'implantation des RLS. Le CHS est d'accord avec le principe d'articuler le modèle d'organisation autour d'une instance locale qui sera mandatée pour garantir l'offre de services et en être imputable. L'instance locale doit agir comme assise assurant l'accessibilité, la prise en charge et la coordination des services destinés à la population du réseau local. Le conseil d'administration de l'instance locale devrait être formé, et ce, peu importe l'hypothèse retenue, de représentants de la population desservie, mais également de représentants des CII, CMDP, CM, comités des usagers, fondations et maisons d'enseignement.

À propos de la mission d'enseignement et de recherche universitaire,

le CHS soutient que la proposition présentée dans le document de consultation de l'Agence sur le rôle du CHS vis-à-vis des réseaux universitaires (RUIS) et le leadership qu'il doit exercer pour le développement d'une mission universitaire à dimension régionale et suprarégionale est tout à fait recevable. Le CHS adhère donc à la proposition présentée dans le document de consultation de l'Agence sur son rôle vis-à-vis les RUIS. [De plus, il] souhaite être partie prenante des trois RUIS (Montréal, Québec, Sherbrooke). [Enfin,] CHS désire que l'Agence appuie cette démarche et alloue les budgets qui lui permettront d'accomplir sa mission universitaire. [...] Peu importe le réseau auquel il appartiendra, le CHS continuera à assurer son leadership régional et suprarégional à l'égard de sa mission d'enseignement et de recherche universitaires. Enfin, le CHS estime que l'Agence devra tout mettre en œuvre pour l'obtention rapide d'une reconnaissance universitaire (CHS, 2004).

Enfin, le CHS se questionne sur la pertinence du maintien du programme de réadaptation physique dans le réseau régional. Il s'agit d'un service de deuxième ligne offert sur une base régionale tout comme le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et les Centres Jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le CHS croit donc que la région aurait tout à gagner si l'Agence reconnaissait l'autonomie clinique, administrative et financière du Centre de réadaptation en déficience physique.

- **Réactions de l'organisme communautaire le Maillon**

Les gens du Maillon se disent favorables à la mise en place d'un réseau de services intégrés. Ils émettent cependant certains commentaires en ce qui a trait à l'accessibilité des services, à la mise en place des mécanismes de référence et de suivi et à l'implication des différents acteurs. Ainsi, il est primordial pour eux de respecter l'autonomie des organismes de support à la famille. Ces organismes communautaires ne doivent pas devenir un prolongement du réseau public. Le Maillon désire participer avec le réseau, mais en conservant son individualité, sa couleur et sa façon de travailler.

Toujours selon les gens du Maillon, les conditions de succès pour la mise en place du réseau intégré de services sont directement reliées à la reconnaissance de l'expertise de chacun, à la collaboration et au dialogue. La mise en place du réseau doit être instaurée et rendue effective par une instance décisionnelle. L'ouverture d'esprit, la créativité, le respect et la flexibilité sont aussi des qualités nécessaires au succès de la mise en place.

- **Réactions du Conseil central des syndicats nationaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CSN)**

Le comité de pilotage de la CSN tient un discours plus régional sur la mise en place des RLS. De ce fait, il est d'accord avec l'hypothèse proposée quant à l'organisation des services par territoire de CLSC. Il considère d'ailleurs qu'une réelle réforme doit viser l'adaptation des structures de services afin de répondre adéquatement aux nouveaux besoins de la population. Pour que cette réforme soit cohérente, l'approche préventive multidisciplinaire et multisectorielle doit être favorisée. La CSN considère qu'il faut cependant faire attention à certains points:

- miser sur des ententes de services entre établissements plutôt que leur fusion pour intégrer les services;
- développer des corridors de services et des mécanismes formels de partenariat, soutenus par les moyens appropriés;
- conserver une taille humaine des établissements et des territoires de services;
- mettre en place et soutenir des mécanismes formels de concertation entre les établissements;
- protéger la mission et les budgets des CLSC;
- consolider les services de première ligne;
- réviser les modes de rémunération des médecins;
- relever le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées en CHSLD et dans toute résidence d'hébergement par un encadrement public adéquat;
- relever les services à domicile et à la jeunesse;

- renforcer la participation des citoyens au sein des conseils d'administration des établissements.

Selon ce comité, la mise en place des RLS doit permettre une gouvernance locale plus démocratique et associer la population de manière formelle et continue. De plus, il considère qu'il est aussi fondamental que toutes les catégories de personnes puissent participer aux discussions et décisions d'organisation ou de réorganisation de services.

- **Réactions de la Table régionale des organismes communautaires (TROC) 02 : position du territoire de Chicoutimi**

Le territoire de Chicoutimi compte 35 organismes communautaires membres de la TROC-02. Le mémoire qu'ils ont présenté le 30 mars 2004 fait surtout mention du fait qu'ils sont en désaccord avec la proposition de départ de l'Agence à savoir, fusionner le Complexe hospitalier de la Sagamie avec le CLSC du Grand Chicoutimi et le CHSLD de Chicoutimi. Leurs réticences sont surtout dues à la vocation régionale que possède le CHS de même qu'à la peur de compromettre les dimensions sociale et préventive pratiquées par le CLSC. Ainsi, ils exigent le retrait du CHS de tout projet de fusion et le maintien de l'autonomie, de la mission et des budgets alloués au CLSC du Grand Chicoutimi. Ils demandent aussi un financement adéquat de base, la gestion du PSOC par une instance régionale et le respect de leur autonomie afin de ne pas les détourner de leur mission.

## ANNEXE 7

## LES SERVICES DE L'AGENCE (2006)

Agence de la santé et des services sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean	Caractéristiques : nombre d'établissement ou de personnes	Nombre de lits
6 RLS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSSS de Chicoutimi</li> <li>• CSSS Cléophas-Claveau</li> <li>• CSSS Maria-Chapdelaine</li> <li>• CSSS Domaine-Du-Roy</li> <li>• CSSS Lac-Saint-Jean-Est</li> <li>• CSSS Jonquière</li> <li>• Centre Jeunesse CRDI</li> <li>• Foyer Saint-François (CSSSC)</li> </ul>	Chacun des CSSS compte une mission CH, une mission CLSC, une mission CHSLD et une mission CHSGS. Le CSSS de Chicoutimi est un centre universitaire affilié. On retrouve aussi deux établissements à vocation régionale soit le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI).	<b>CHSLD : 17</b> <b>Nombre de places d'hébergement : environ 1 200 permanents et 18 temporaires</b>
<b>Nombre de lits gériatriques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chicoutimi</li> <li>• La Baie</li> <li>• Domaine-du-Roy</li> <li>• Lac-Saint-Jean-Est</li> <li>• Maria-Chapdelaine</li> <li>• Jonquière</li> </ul>	On ne retrouve qu'une seule gériatre pour couvrir l'ensemble des besoins en gériatrie dans toute la région.	<b>38 au total</b>  <b>0</b> <b>4</b> <b>10</b> <b>0</b> <b>8</b> <b>16</b>
<b>Personnel (total)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins infirmiers et cardiorespiratoire</li> <li>• Paratechnique, services auxiliaires et métiers</li> <li>• Bureau, techniciens et professionnel de l'administration</li> <li>• Techniciens et professionnels de la SSS</li> <li>• Non visés par la loi 30</li> <li>• D'encadrement</li> </ul>	<b>10 612</b> <b>3580</b> <b>2884</b> <b>1334</b> <b>2150</b> <b>200</b>	





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérative de solidarité de maintien à domicile du Saguenay</li> <li>• Service des aides familiales de La Baie</li> </ul>	<p>Une entreprise d'économie sociale par territoire</p>	
<p>Résidences privées pour personnes âgées :</p> <p>OSBL :</p> <p>Coopératives d'habitation pour personnes âgées :</p> <p>HLM : (OMH)</p> <p>Ressources intermédiaires :</p>	<p>101 (dont 84 privées)</p> <p>17</p> <p>7</p> <p>39</p> <p>12</p>	<p>1687 chambres, 2059 logements, 3880 pers.logées</p> <p>271 ch., 96 log., 367 pers. l.</p> <p>?</p> <p>4145 log. subventionnés dont 1679 pour pers. âgées</p> <p>174</p>

**ANNEXE 8**  
**CALENDRIER DES ÉTAPES ET DES ÉCHÉANCIERS**

Mi-février 2004	Élaboration de la démarche de mise en œuvre des réseaux locaux de services
19 février 2004	Adoption de la démarche par le conseil d'administration de l'Agence
Deux premières semaines de mars 2004	Préparation de la consultation
11 mars 2004	Conférence de presse
13 et 14 mars 2004	Publication des avis publics
Deux dernières semaines de mars 2004	Audiences publiques
Deux premières semaines d'avril 2004	Élaboration et validation, auprès des instances concernées, du modèle régional d'organisation de services
29 avril 2004	Adoption du modèle régional d'organisation intégrée de services par le conseil d'administration de l'Agence
30 avril 2004	Transmission aux fins d'approbation au ministre de la Santé et des Services sociaux du modèle régional
2004-2005	Mise en place des RLS de santé et de services sociaux

## ANNEXE 9

TABLEAU ORGANISATION DES SERVICES AU CSSSC (2006)

CSSS de Chicoutimi	Nbre de lits	Quantité (nombre de personnes ou d'institutions)
<b>CH (total)</b>	<b>502</b>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pavillon St-Vallier <ul style="list-style-type: none"> <li>1. courte durée</li> <li>2. longue durée</li> <li>3. psychiatrie</li> <li>4. néonatalogie</li> <li>5. hôtellerie hospitalière</li> </ul> </li> <li>• Pavillon Roland-Saucier <ul style="list-style-type: none"> <li>1. courte durée</li> <li>2. longue durée</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>432</li> <li>332</li> <li>60</li> <li>14</li> <li>6</li> <li>20</li> <li>70</li> <li>60</li> <li>10</li> </ul>	
<b>CLSC</b>	-	<b>1</b>
<b>CHSLD (total)</b>	<b>269 (+ 5 temporaires)</b>	<b>4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delage</li> <li>• Beaumanoir</li> <li>• Mgr Victor-Tremblay</li> <li>• St-François (Privé conventionné)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>51</li> <li>104 (99 perm. et 5 temp.)</li> <li>50</li> <li>64</li> </ul>	
<b>Personnel (total)</b>	-	<b>3454</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins infirmiers et cardiorespiratoire</li> <li>• Paratechnique, services auxiliaires et métiers</li> <li>• Bureau, techniciens et professionnel de l'administration</li> <li>• Techniciens et professionnels de la SSS</li> <li>• Non visés par la loi 30</li> <li>• D'encadrement</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1302</li> <li>915</li> <li>512</li> <li>470</li> <li>(dont 101 professionnels des services sociaux)</li> </ul>
<b>Médecins spécialistes</b>		<b>119</b>
<b>Omnipraticiens</b>		<b>136</b>
		<b>143</b>
		<b>90</b>
<b>Autres résidences</b>		<b>16</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Château Dubuc</li> <li>• Manoir Champlain</li> <li>• Manoir Notre-Dame-de-Grâce</li> <li>• Résidence du Fjord</li> <li>• Villa Chicoutimi</li> <li>• Villa Saguenay</li> <li>• Manoir de la Sérénité Enr.</li> <li>• Résidence le 54 Centre-Ville</li> <li>• Appartements Belles Générations</li> <li>• Le 121 Côte Terre Forte</li> <li>• Maison St-Antoine</li> <li>• Résidence du Bonheur</li> <li>• Résidence du Moulin</li> <li>• Résidence Quatre-saisons</li> <li>• Madame Lisette Girard</li> <li>• Villa Racine</li> </ul> <p><b>Total :</b></p> <p>(Aucun OSBL à Chicoutimi)</p> <p><b>Organismes communautaires (spécifiques aux personnes âgées)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A.Q.D.R. Chicoutimi</li> <li>• Le centre communautaire Horizon 3<sup>e</sup> âge*</li> <li>• Centre d'action bénévole Chicoutimi*</li> <li>• Les petits frères des pauvres</li> <li>• Groupe d'action communautaire de Falardeau inc. *</li> <li>• Groupe d'aide-action Saint-Honoré *</li> <li>• Centre d'action bénévole de Laterrière *</li> <li>• Comité des malades de Saint-Fulgence *</li> <li>• Dînette Roulante de Chicoutimi *</li> <li>• Palli-Aide *</li> <li>• Service alimentaire La Recette *</li> <li>• Association des personnes aphasiques du Saguenay *</li> </ul>	<p>53 chambres 54 p. logées 174 log., 4 ch., 188 p. logées 15 ch., 37 log., 52 p. logées <b>(20 R.I.)</b> 38 chambres, 39 p. logées</p> <p>106 logements, 116 p. logées 235 logements, 284 p. logées 26 chambres, 26 p. logées</p> <p>54 log., 4 ch., 63 p. logées</p> <p>67 logements, 70 personnes logées 6 chambres, 5 personnes logées 15 ch., 19 p. logées <b>(10 R.I.)</b> 14 chambres, 8 personnes logées 19 logements, 21 p. logées</p> <p>12 chambres, 11 personnes logées 4 chambres, 3 personnes logées 9 chambres, 9 p. logées</p>	<p><b>198 chambres, 692 logements, 968 personnes logées (+ 30 R.I.)</b></p>
--	--	---

<p><b>Autres organismes communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptoir vestimentaire Les Fringues</li> <li>• La maison Notre-Dame du Saguenay</li> <li>• Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean inc. *</li> <li>• Soupe populaire de Chicoutimi inc.</li> <li>• Les activités communautaires B-12 inc.</li> <li>• Association des bénévoles de l’hôpital de Chicoutimi</li> <li>• Diabète Saguenay *</li> </ul> <p><b>Organismes communautaires à vocation régionale (personnes âgées)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Société Alzheimer de la Sagamie *</li> </ul> <p>* : font partie du PSOC</p> <p><b>Entreprises d’économie sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérative de solidarité de maintien à domicile Saguenay</li> </ul>		
---	--	--

**ANNEXE 10**  
**TABLES DE CONCERTATION POUR PERSONNES ÂGÉES**  
**ET MANDATS SPÉCIFIQUES**

**Table de concertation sur la violence, la négligence et les abus faits aux personnes âgées de Chicoutimi**

Objectifs :

- promouvoir le mieux-être des aînés ;
- sensibiliser la population et les établissements à la violence, aux abus et à la négligence ;
- développer des moyens d'intervention et des ressources pour aider les aînés abusés ainsi que les abuseurs ;
- développer ou améliorer les mécanismes de détection des aînés abusés et les mécanismes de surveillance dans les milieux de vie ;
- partager les expertises, les expériences et développer une même orientation de travail face à la violence.

**Comité restreint**

Rôle :

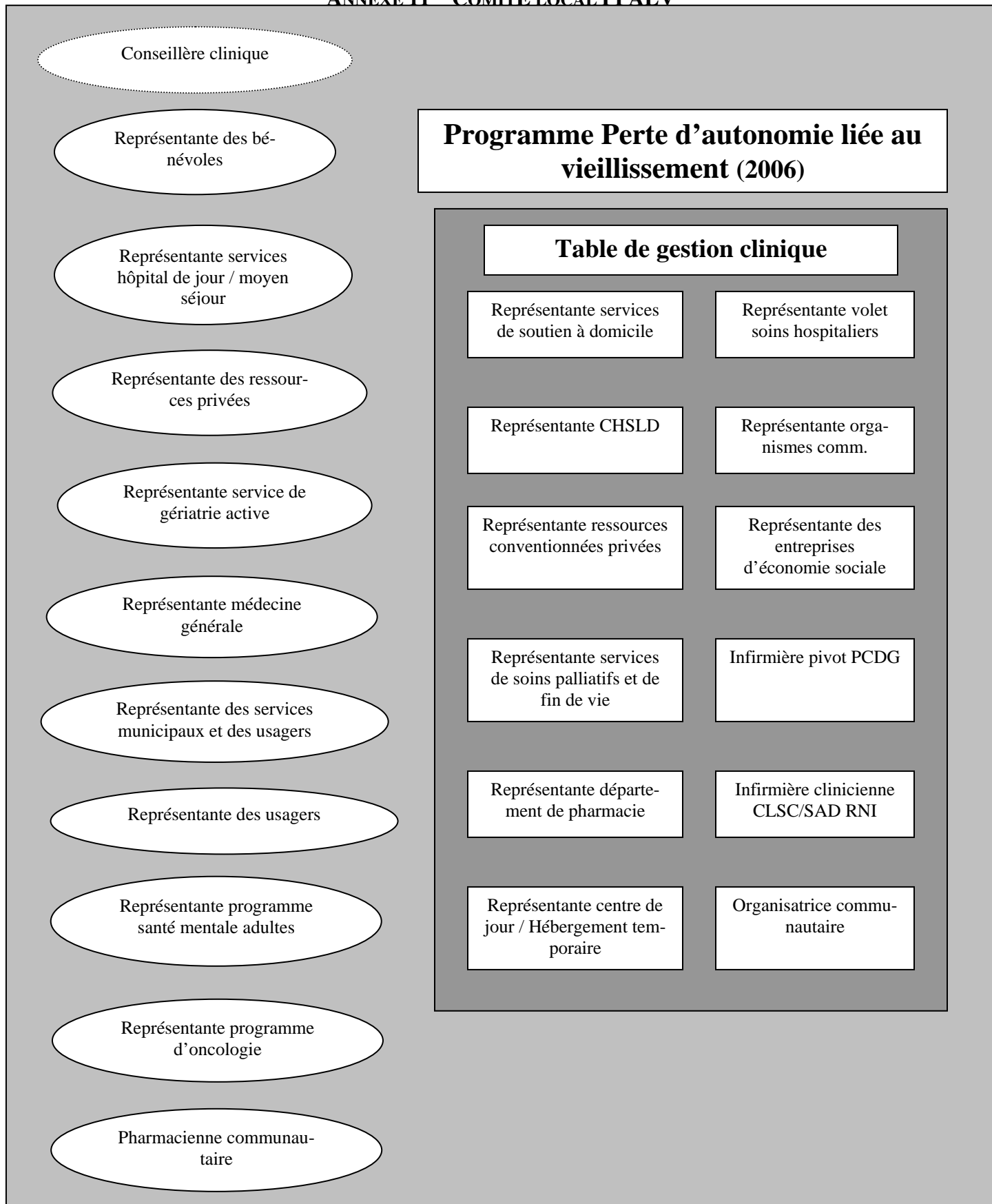
- partager l'information et entretenir la concertation entre les différents acteurs travaillant en soutien à domicile dans le but d'améliorer les services offerts aux différentes clientèles visées (personnes âgées, personnes avec une déficience, malades chroniques, personnes en soins palliatifs ou de fin de vie, proches aidants).

**Table locale pour les proches aidants dans le secteur du Grand Chicoutimi**

Objectif :

- maintenir, consolider et développer des réponses aux besoins des proches aidants du territoire du CSSS de Chicoutimi.

## ANNEXE 11 COMITÉ LOCAL PPALV





## ANNEXE 12 RÉSEAU DES SERVICES CLINIQUES (2006)

