



**Analyse des conditions d'implantation des
centres de santé et de services sociaux (CSSS) :
Études de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des
établissements dans deux régions**

Thèse

Elisabeth Martin

**Doctorat en santé communautaire
Philosophiae Doctor (Ph. D.)**

Québec, Canada

© Elisabeth Martin, 2014

Résumé

L'intégration verticale de la gouvernance constitue l'une des options privilégiées pour réorienter les systèmes et les services de santé autour de la 1^{re} ligne, mais les expériences en ce sens demeurent rares. Cette recherche a étudié la mise en œuvre locale des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) à la suite de la réforme de 2003-2004 au Québec; notre objectif est de montrer comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance administrative des établissements de santé. À l'aide d'un cadre d'analyse issu de l'économie politique, des études de cas ont été menées dans six territoires de deux régions (Bas-Saint-Laurent et Chaudière-Appalaches), et ce, en s'appuyant sur une analyse documentaire et la réalisation de 32 entretiens semi-dirigés.

La recherche souligne la singularité des expériences, les contingences locales modulant fortement la dynamique et les stratégies d'implantation. Nos constats saillants s'articulent autour de quatre axes convergents. L'axe de la *territorialité* démontre le rôle institutionnalisé des municipalités régionales de comté (MRC) comme référentiel historique et contemporain d'organisation des services de santé. Grâce à l'axe de *l'histoire institutionnelle*, nous observons que la mise en place des CSSS s'inscrit plus largement dans un processus séquentiel et évolutif, composé depuis les années 1990 de phases interreliées de fusions parfois conflictuelles ou de rapprochements plus consensuels. L'axe des *organisations et des missions* montre que la lutte polarisée, au départ, entre les établissements hospitaliers et communautaires devient rapidement caduque, alors que les missions, elles, demeurent résilientes et sont transcendées et maillées à des rythmes différents selon les territoires. Finalement, l'axe des *acteurs* nous permet de constater que la contribution des individus au processus d'implantation s'avère plus déterminante que celle des groupes.

Les pratiques décrites sous ces quatre axes renvoient à une dynamique commune, celle d'une constante tension entre deux logiques : la résistance et l'appartenance. Génératrices de conflits, ces logiques sont arbitrées au moyen de la négociation et du compromis, ce qui porte à conclure à la nature proprement politique du processus de mise en œuvre locale des fusions, puisqu'il la rejoint tant dans ses objets que dans ses modes d'action.

Abstract

Vertical integration of healthcare organizations is one of various solutions put forward to reorient health systems and services around primary care, but such experiments remain limited. We examined the implementation of Health and Social Services Centres (HSSCs), introduced by the 2003-2004 reform and aimed at merging healthcare facilities in the province of Quebec. Our research objective intends to show how and under what conditions the integration of healthcare organisations' administrative governance was made possible. Rooted in a political economy analytical framework, six case studies were conducted in territories within two regions (Bas-Saint-Laurent and Chaudière-Appalaches), using documentary analysis and 32 semi-structured interviews.

Our results unveil the singularity of experiences across the six territories, the implementation dynamic and strategies being highly influenced by local context. Our key findings are organized around four convergent axes. First, *territoriality* portrays the institutionalized status of the regional county municipality (RCM) as an historical and contemporary scheme around which health care services are organized. Second, from an *institutions' history* perspective, the research brings to light that HSSC's implementation is more broadly part of an evolutionary and sequential process, made of interconnected phases of often conflicting mergers and other more consensual forms of organizational integration put in place since the 1990s. Third, the axis of *organisations and missions* reveals how the initial opposition between hospital and community services fell short rapidly, but also that the healthcare institutions' missions showed resilience and therefore integrated at different paces in each territory. Finally, under the *actors* axis, the research shows how individuals had a greater impact than groups in the implementation processes.

The practices described in our research share a common dynamic of constant tension between two logics: resistance and belonging. These logics generate conflicts which are mediated through negotiation and compromise. This leads to conclude to the political nature of the mergers' implementation process, given that it meets the definition of politics, in both its objects and its actions modes.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT.....	V
TABLE DES MATIERES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XIII
REMERCIEMENTS	XVII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 - <u>PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE</u>.....	3
1.1 LA RÉFORME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : MISE EN CONTEXTE	6
1.1.1 LA GENÈSE DU MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES : LA COMMISSION CLAIR.....	6
1.1.2 UN INSTRUMENT LÉGISLATIF VISANT LA DÉCENTRALISATION.....	7
1.2 LA PIERRE ANGULAIRE DE L'INTÉGRATION : UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE UNIQUE ET MULTIVOCATIONNELLE	11
1.3 L'INTÉGRATION VUE SOUS L'ANGLE D'UNE RÉFORME POLITIQUE	11
1.4 DÉLIMITATION DE L'OBJET DE RECHERCHE	13
CHAPITRE 2 - <u>ÉTAT DES CONNAISSANCES</u>.....	15
2.1 LES CONCEPTS	15
2.1.1 LA GOUVERNANCE	15
2.1.2 L'INTÉGRATION.....	18
2.2 L'INTÉGRATION HIÉRARCHIQUE : BÉNÉFICES ESCOMPTÉS ET IMPACTS	22
2.3 L'INTÉGRATION : DYNAMIQUE, PROCESSUS ET CONDITIONS DE RÉALISATION	24
2.3.1 DÉTERMINANTS AU NIVEAU DES SYSTÈMES	24
2.3.2 DÉTERMINANTS AU NIVEAU DES ORGANISATIONS.....	26
2.3.3 LA SPÉCIFICITÉ DE LA DYNAMIQUE DE L'INTÉGRATION VERTICALE	29
2.4 LES ÉTUDES EMPIRIQUES SUR L'INTÉGRATION DE LA GOUVERNANCE AU QUÉBEC.....	30
2.4.1 LES CENTRES À VOCATION HYBRIDE CH-CLSC	30
2.4.2 LES FUSIONS HORIZONTALES D'HÔPITAUX	31
2.4.3 DES REGROUPEMENTS VERTICAUX AUX FORMES MULTIPLES.....	31
2.4.4 LES FUSIONS DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES	33
2.4.5 LA MISE EN PLACE DES CSSS.....	34
2.5 LES CONSTATS SUR L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	37
2.6 LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES OBJECTIFS	39

CHAPITRE 3 - CADRE D'ANALYSE..... 41

3.1	RÉFORME, CHANGEMENT ET POLITIQUES PUBLIQUES : UN CADRE D'ANALYSE SITUÉ DANS LE CHAMP POLITIQUE	41
3.2	LES QUATRE DIMENSIONS DE L'ÉCONOMIE POLITIQUE	44
3.2.1	LES INSTITUTIONS.....	44
3.2.2	LES IDÉES.....	46
3.2.3	LES INTÉRÊTS	50
3.2.4	LES ÉVÉNEMENTS	52
3.3	DES DIMENSIONS EN INTERACTION.....	53
3.4	UN CADRE APPLIQUÉ À L'ÉTUDE DE LA MISE EN ŒUVRE LOCALE D'UNE RÉFORME.....	53

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE..... 55

4.1	UNE APPROCHE QUALITATIVE	55
4.2	UNE STRATÉGIE DE RECHERCHE PAR ÉTUDES DE CAS MULTIPLES	56
4.3	LA SÉLECTION DES CAS À L'ÉTUDE.....	57
4.4	LA COLLECTE DES DONNÉES	61
4.4.1	ANALYSE DOCUMENTAIRE	61
4.4.2	ENTREVUES INDIVIDUELLES SEMI-DIRIGÉES	67
4.4.3	JOURNAL DE BORD.....	70
4.5	LE TRAITEMENT, LA GESTION ET L'ANALYSE DES DONNÉES	71
4.5.1	STRATÉGIE GÉNÉRALE D'ANALYSE.....	71
4.5.2	CODAGE DES VERBATIMS, DES MÉMOS ET DU JOURNAL DE BORD	71
4.5.3	PRÉSENTATION DES CAS	72
4.5.4	ANALYSE INTER-CAS	73
4.6	LES CRITÈRES DE QUALITÉ ET DE RIGUEUR.....	74
4.7	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	76

CHAPITRE 5 - RÉSULTATS 79

5.1	LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT	80
5.1.1	MISE EN CONTEXTE	80
5.1.2	LA RENCONTRE D'OCTOBRE 2003	84
5.1.3	FÉVRIER 2004 : L'ADOPTION OFFICIELLE DU MODÈLE D'ORGANISATION RÉGIONAL	86
5.1.4	SOUTIEN À LA TRANSITION DE LA GOUVERNANCE ET AUX PROJETS CLINIQUES (2004-2007)	88
5.1.5	PROJET DE FUSION ADMINISTRATIVE DES CSSS DE L'EST DU BAS-SAINT-LAURENT (2011)	89
5.2	RIVIÈRE-DU-LOUP	90
5.2.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	90
5.2.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (CSSS-RDL).....	90
5.2.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	91
5.2.4	LA MISE EN PLACE DU CSSS-RDL	98
5.2.5	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS	102
5.3	RIMOUSKI-NEIGETTE	104
5.3.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	104
5.3.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI-NEIGETTE (CSSS-RN).....	105

5.3.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	106
5.3.4	LA MISE EN PLACE DU CSSS-RN	109
5.3.5	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS.....	116
5.4	MATANE	118
5.4.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	118
5.4.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE (CSSS-M).....	119
5.4.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	119
5.4.4	LA MISE EN PLACE DU CSSS-M	124
5.4.5	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS.....	130
5.5	CONCLUSION SUR LES CAS DE LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT	133
5.6	LA RÉGION DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	134
5.6.1	MISE EN CONTEXTE	134
5.6.2	ÉBAUCHE DU MODÈLE D'ORGANISATION RÉGIONAL (2004).....	137
5.6.3	INSTAURATION DE LA GOUVERNANCE : UNE AGENCE QUI REMPLIT SES OBLIGATIONS (2004-2005).....	142
5.7	BEAUCE.....	143
5.7.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	143
5.7.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BEAUCE (CSSS-B).....	144
5.7.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	145
5.7.4	INTERMÈDE SUR LE FRONT RÉGIONAL : LE MODÈLE D'ORGANISATION DES RLS CONTESTÉ (2004)	150
5.7.5	LA MISE EN PLACE DU CSSS-B	155
5.7.6	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS.....	161
5.8	MONTMAGNY-L'ISLET	164
5.8.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	164
5.8.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTMAGNY-L'ISLET (CSSS-ML)	164
5.8.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	166
5.8.4	LA MISE EN PLACE DU CSSS-ML.....	171
5.8.5	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS.....	179
5.9	THETFORD.....	182
5.9.1	PRÉSENTATION DU TERRITOIRE.....	182
5.9.2	LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE THETFORD (CSSS-RT)	182
5.9.3	HISTORIQUE DES RAPPROCHEMENTS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	183
5.9.4	LA MISE EN PLACE DU CSSS-RT	189
5.9.5	ANALYSE SOMMAIRE DU CAS.....	196
5.10	CONCLUSION SUR LES CAS DE LA RÉGION DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	198
 <u>CHAPITRE 6 - DISCUSSION</u>		<u>203</u>

6.1	VOLET 1 – CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES : CONSTATS SAILLANTS DE L'ANALYSE GLOBALE DES CAS ÉTUDIÉS.....	204
6.1.1	ENTRE RÉSISTANCE ET APPARTENANCE : L'IMPORTANCE DU LOCAL	204
6.1.2	AXE 1 : LA TERRITORIALITÉ.....	206

6.1.3	AXE 2 : L'HISTOIRE INSTITUTIONNELLE	214
6.1.4	AXE 3 : LES ORGANISATIONS ET LES MISSIONS	220
6.1.5	AXE 4 : LES ACTEURS	227
6.1.6	LE POLITIQUE : POINT DE CONVERGENCE DES QUATRE AXES	234
6.2	VOLET 2 – APPORTS ET LIMITES CONCEPTUELS ET MÉTHODOLOGIQUES.....	237
6.2.1	RÉFLEXION CRITIQUE SUR LE CADRE D'ANALYSE.....	237
6.2.2	FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	242

CHAPITRE 7- CONCLUSION..... 245

7.1	PRINCIPALES CONTRIBUTIONS À L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES.....	245
7.2	PISTES DE RECHERCHE FUTURES	249
7.2.1	LA RECONFIGURATION TERRITORIALE : INFLUENCE DES MRC ET INTERACTIONS LOCALES-RÉGIONALES	249
7.2.2	LA FUSION COMME INSTRUMENT DE POLITIQUE	249

BIBLIOGRAPHIE..... 251

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉTHIQUE..... 289

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN – ACTEURS RÉGIONAUX..... 295

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN – ACTEURS LOCAUX..... 299

ANNEXE 4 : TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT... 303

ANNEXE 5 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE RIVIÈRE-DU-LOUP..... 317

ANNEXE 6 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE RIMOUSKI-NEIGETTE343

ANNEXE 7 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE MATANE..... 377

**ANNEXE 8 : TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA RÉGION DE CHAUDIÈRE-
APPALACHES..... 405**

ANNEXE 9 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE BEAUCE-ETCHEMINS 443

**ANNEXE 10 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE MONTMAGNY-L'ISLET
..... 505**

ANNEXE 11 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU TERRITOIRE DE THETFORD..... 539

Liste des tableaux

Tableau 1: Résultats de la recherche documentaire dans la presse nationale et régionale ...	64
Tableau 2: Résultats de la recherche documentaire dans la presse locale	65
Tableau 3: Les RLS créés au Bas-Saint-Laurent	87
Tableau 4: Les RLS créés en Chaudière-Appalaches	141
Tableau 5: Matrice synthèse des études de cas	199

Liste des sigles et abréviations

ADRLSSSS : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

ASSS-BSL : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

ASSS-CA : Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

CA : Conseil d'administration

CH : Centre hospitalier

CHBE : Centre hospitalier Beauce-Etchemins

CHGP : Centre hospitalier du Grand-Portage

CHRA : Centre hospitalier de la région de l'Amiante

CHRDL : Centre hospitalier de Rivière-du-Loup

CHRR : Centre hospitalier régional de Rimouski

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CI : Conseil infirmier

CIRA : Centre intégré de ressources alternatives

CLD : Centre local de développement

CLSC : Centre local de services communautaires

CM : Conseil multidisciplinaire

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMR : Commission médicale régionale

CR : Centre de réadaptation

CRATCA : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

CRÉ : Conférence régionale des élus

CRSSS : Conseil régional de la santé et des services sociaux

CS : Centre de santé

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CSSS-B : Centre de santé et de services sociaux de Beauce

CSSS-M : Centre de santé et de services sociaux de Matane

CSSS-ML : Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet

CSSS-RN : Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette

CSSS-RDL : Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

CSSS-RT : Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford

DG : Directeur général

DRMG : Département régional de médecine générale

GMF : Groupe de médecine de famille

HDM : Hôtel-Dieu de Montmagny

KRTB : Kamouraska - Rivière-du-Loup - Témiscouata - Les Basques

MRC : Municipalité régionale de comté

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NHS : National Health Service

OMS : Organisation mondiale de la santé

RI : Ressource intermédiaire

RTF : Ressource de type familial

RLS : Réseau local de services de santé et de services sociaux

RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux

RRSSS-BSL : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

RRSSS-CA : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

UMF : Unité de médecine familiale

Remerciements

Alors que s'achève ce marathon entamé il y a huit ans déjà, je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont cru en moi et m'auront permis, de près ou de loin, de concrétiser ce projet aussi extraordinaire que laborieux, et finalement d'atteindre le fil d'arrivée.

Je veux tout spécialement remercier mon directeur de thèse, monsieur Daniel Reinharz, d'abord pour son accompagnement et son soutien, mais aussi pour son amitié, son écoute et son humanité. Au fil de nombreuses conversations sur mille et un sujets, souvent teintées d'une bonne dose d'humour, il m'aura souvent amenée à « penser autrement », à réviser mes propres perspectives et ainsi à aiguiser sans cesse mon sens critique. De même, je veux remercier les membres de mon comité de thèse, MM. Raymond Hudon et Jean Rochon, d'avoir si gentiment accepté de m'accompagner, d'avoir partagé avec moi leur large expérience de la recherche et de la décision publique, de s'être toujours rendus disponibles pour me lire, me rencontrer, discuter et m'offrir des critiques constructives qui m'auront permis de progresser.

Un immense merci à tous les informateurs rencontrés en entrevue, sans qui cette thèse n'existerait tout simplement pas. En plus de m'accueillir chaleureusement, ils ont eu la générosité de m'accorder du temps malgré des agendas souvent chargés, de fouiller parfois loin dans leurs souvenirs, et de me livrer avec franchise leurs impressions et une partie de leur vécu professionnel. Cette période de collecte de données à sillonner les routes du Québec et à rencontrer ces gens qui ont profondément à cœur le réseau de la santé et des services sociaux québécois aura été, sans contredit, la plus enrichissante et la plus exaltante du processus. Merci aussi à Mmes Anne Levac et Line Poirier pour le travail de transcription des entretiens.

Merci aux gens de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université Laval. Je suis reconnaissante envers les excellents professeurs du programme de doctorat en santé communautaire d'avoir élargi mes horizons en me montrant toute la richesse et la complexité de ce champ. Un merci spécial à Michel O'Neill, ardent défenseur du regard des

sciences sociales en santé communautaire, qui fut et continue d'être une source d'inspiration. Merci également au directeur de programme actuel, Nicolas Vonarx, qui m'a offert un accompagnement hors du commun qui a grandement simplifié cette fin de parcours. À mes collègues du doctorat et amis, notamment Sophie, Valérie, Kadija, Laurence, Yann, Karine et Marie-Claude, ce fut un immense plaisir de partager cette aventure avec vous, qui avez à la fois su écouter mes doléances et me reconforter, mais aussi alimenter mes réflexions au fil de nos nombreux échanges.

Je ne peux passer sous silence la contribution de mentors exceptionnels, nommément Pierre-Gerlier Forest, Marie-Pascale Pomey, Julia Abelson et Raymond Hudon, dans ma vie comme apprentie chercheuse. La confiance renouvelée qu'ils m'ont témoignée en m'associant à leurs projets de recherche au cours des dernières années m'aura donné une opportunité inégalée d'apprendre les rudiments du métier, mais surtout de côtoyer des gens qui ont et continuent d'avoir une influence marquante sur mes propres réflexions.

Diverses sources de financement auront été cruciales à la réalisation de ce projet : une bourse de doctorat des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), un supplément de bourse du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) dans le cadre du programme d'action concertée sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être, et différentes bourses de progression offertes par la FSI pour le programme de santé communautaire. À tous ces organismes qui ont cru en la pertinence de mon projet, un grand merci.

Mes remerciements vont aussi à Paul Montminy qui s'est acquitté avec rigueur, dans des délais très serrés, de la révision linguistique de ma thèse. Il n'a pas hésité à bousculer son horaire de travail à maintes reprises pour m'accommoder. Son regard critique et ses nombreux messages d'encouragements se sont avérés, en toute fin de parcours, une immense source de motivation.

Salutations à mes amis *salseros* et *salseras* qui, bien souvent à leur insu, m'auront fourni l'occasion de m'évader et de rebondir lors des inévitables périodes de découragement qui jalonnent nécessairement le processus doctoral. Par leur bonne humeur contagieuse et

l'amour partagé de la danse et de la musique, ils m'ont périodiquement insufflé de généreuses doses d'énergie essentielles pour poursuivre (parce que la danse, c'est la vie!).

À mes nombreux amis, ici ou au loin, qui n'ont jamais cessé de croire en moi, qui m'ont encouragé sans relâche et qui m'ont choyée par leur présence et leur écoute attentive, je vous suis reconnaissante. Un merci tout spécial à mes complices de l'école secondaire, Chantale, Fanny et Caro (sur sa montagne), à ceux croisés sur les bancs de l'université, notamment Nicolas, William, Amélie, Angèle-Anne, François-Pierre et Nathalie, et à deux ex-doctorants avisés, Anabelle et Sébastien.

Un merci du fond du cœur à ma famille, notamment à maman, papa et Jérôme. À mes parents, je veux spécialement dire toute ma reconnaissance et ma gratitude, pour l'appui et l'amour qu'ils m'ont manifestés, mais aussi pour les valeurs de persévérance, de rigueur et d'autonomie qu'ils m'ont transmises.

Et finalement, à Julien, qui a toléré mes absences, calmé mes angoisses et qui a toujours su avoir les mots justes pour me reconforter et m'encourager. Il sait plus que quiconque les sacrifices qu'impose un tel choix de vie. C'est tout simplement grâce à son amour inconditionnel et sa complicité que nous avons pu survivre à deux doctorats...

Introduction

La présente thèse a été réalisée au sein du programme de doctorat en santé communautaire à l'Université Laval, dans le cheminement en organisation des services de santé. Elle a pour point de départ l'introduction, en 2003-2004, d'une réforme majeure repensant l'organisation du système de santé et de services sociaux québécois dans une perspective d'intégration, visant à offrir un accès à des services continus et de qualité, et améliorant l'accessibilité et la prise en charge. Pour soutenir ce nouveau mode d'organisation, des changements structurels sont introduits notamment avec la mise en place de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) regroupant des établissements aux vocations diversifiées. À terme, l'objectif est de renforcer la 1^{re} ligne de services, et, plus largement, de regrouper l'ensemble des partenaires du secteur de la santé au sein d'un réseau local de services (RLS), lequel assumera la responsabilité de la santé d'une population sur un territoire donné (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Dans ce contexte, cette thèse porte sur un volet de la transformation, soit l'intégration structurelle, et s'intéresse à la dynamique et aux conditions de réalisation des fusions d'établissements de santé et de services sociaux.

La thèse, produite sous forme classique, est présentée comme suit. Le premier chapitre énonce la problématique en exposant la perspective dans laquelle l'objet de recherche est abordé. Le deuxième chapitre offre un panorama de l'état des connaissances disponibles au regard de notre sujet et énonce la question de recherche de même que les objectifs auxquels notre projet a voulu répondre. Le troisième chapitre présente le cadre d'analyse retenu et le quatrième, l'approche méthodologique employée. Le cinquième chapitre présente de manière détaillée les résultats empiriques de la thèse, qui sont structurés autour des études de cas réalisées. Le sixième chapitre discute des principaux constats tirés de l'analyse des résultats, de même que des forces et limites conceptuelles et méthodologiques. Finalement, la thèse se termine avec une conclusion, présentée au septième chapitre, qui synthétise les principales contributions à l'avancement des connaissances et évoque des pistes de recherche futures.

Chapitre 1 - Problématique de recherche

Dans le champ des déterminants de la santé, les systèmes de santé tout comme les organisations chargées de gérer et de prodiguer les services sont reconnus comme des leviers d'action essentiels pour agir sur l'état de santé et le bien-être des populations (Agence de santé publique du Canada, 2007; Baum, Bégin, Houweling, & Taylor, 2009). À cette fin, les modalités de gouvernance et d'organisation des services doivent donc être ponctuellement repensées et adaptées à la lumière de l'évolution des connaissances, des pressions contemporaines auxquelles est confronté le secteur de la santé et des orientations stratégiques édictées par l'État, chargé de définir la vision et la direction à donner au système.

Depuis l'avènement de la Charte d'Ottawa, qui prônait déjà la réorientation des services dans le sens de la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986), l'une des tendances notées dans les systèmes de santé concerne le renforcement et l'intégration des services de 1^{re} ligne (Organisation mondiale de la santé, 2008), mais également leur arrimage avec d'autres grandes composantes du système, dont notamment celui de la santé publique (Institute of Medicine, 2012).

D'un point de vue mondial, l'intégration n'est certes pas une visée nouvelle. Elle est devenue le moyen par lequel « les sociétés développées, partout dans le monde, espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé » (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001, p. 39). Particulièrement en raison de la spécialisation accrue des services et des défis de coordination à des interfaces-clés des systèmes, la fragmentation et les cloisonnements demeurent omniprésents, d'où la nécessité, notamment, de mieux intégrer les divers éléments constitutifs des systèmes de santé, les organisations qui les composent ou les services qu'ils prodiguent (Boerma, 2006; World Health Organization, 1996, 2008).

Pour pallier ces déficiences, la plupart des systèmes de santé contemporains se sont donc engagés dans un mouvement global d'intégration autour d'un pivot central, les services de

1^{re} ligne. L'objectif est d'offrir un cheminement harmonieux à travers un continuum de services en fonction des besoins des patients, tout en cherchant à renforcer la prévention et la promotion de la santé (Boerma, 2006; Peckham & Exworthy, 2003; Starfield, 2004). Ainsi, plusieurs systèmes de santé européens ont tenté, dès les années 1970, d'accroître le pouvoir des services de 1^{re} ligne par rapport aux autres niveaux de soins et de mieux les intégrer aux services spécialisés et au secteur hospitalier; cependant, ces expériences ont connu un succès mitigé, compte tenu des obstacles rencontrés lors de l'implantation des modalités (Boerma & Rico, 2006).

Au Canada, la préoccupation pour l'intégration a été relayée par diverses commissions d'enquête et groupes de travail, surtout depuis les années 2000 (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000; Commission on the Reform of Ontario's Public Services, 2012; Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2002; Romanow, 2002; Saskatchewan Commission on Medicare, 2001; The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology, 2002). Dans le paysage canadien, le Québec fait figure de précurseur en matière d'intégration, étant la seule province ayant, il y a près de 30 ans, regroupé les services de santé et les services sociaux sous la gouverne d'un même ministère dans une approche globale fondée sur les déterminants de la santé (Gaumer, 2006). Mais au-delà de cette intégration systémique, le modèle organisationnel sociosanitaire québécois, à l'instar de celui d'un bon nombre de systèmes de santé nationaux (Boerma, 2006; World Health Organization, 1996, 2008) ou provinciaux (Aggarwal & Hutchison, 2012; Hutchison, 2013; Hutchison & Glazier, 2013; Hutchison, Lévesque, Strumpf, & Coyle, 2011), est demeuré relativement fragmenté, et marqué par une dissociation de ses grandes composantes. Ainsi, des difficultés de coordination ont émergé à des interfaces-clés : entre les services communautaires et hospitaliers, entre l'omnipratique et les services spécialisés, entre le système de soins et la santé publique, mettant au jour un manque de cohérence global entre les différents éléments constitutifs du système.

Par conséquent, les structures organisationnelles du réseau sont demeurées longtemps sans véritables liens entre elles, leur configuration reflétant cette division traditionnelle entre les missions, entre les niveaux de soins, particulièrement entre la 1^{re} ligne et les 2^e et 3^e lignes

de services, et entre le curatif et le préventif. Dans ces conditions, l'intégration clinique est, elle aussi, demeurée inachevée (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Malgré tout, des efforts d'intégration ont été entrepris à l'échelle des établissements québécois de santé, et ce, dès la fin des années 1970 (Bégin, 1977). À ce chapitre, les fusions ont constitué l'instrument de politique privilégié par le gouvernement pour restructurer la prestation de services (Turgeon, Jacob, & Denis, 2011), s'appuyant sur l'hypothèse qu'on doit agir préalablement sur l'organisation de la gouvernance des établissements pour ensuite pouvoir intervenir efficacement sur l'organisation des services (Demers, 2013). Au Québec, les premières fusions horizontales d'établissements de 1^{re} ligne, regroupant des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), datent du milieu des années 1990; elles étaient à cette époque largement motivées par la nécessité de maîtriser les coûts. Ce processus d'intégration structurel s'est poursuivi dans certains territoires par la suite (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Toutefois, bien que ces regroupements concernaient des organisations aux vocations diversifiées, l'idée d'intégrer des établissements offrant des niveaux de soins différents apparaissait relativement singulière, les expériences en ce sens demeurant marginales et généralement méconnues¹.

Or, ce pas vers l'intégration verticale a été franchi en 2003. En effet, le Québec entreprenait alors une transformation majeure de son système de santé et de services sociaux, un changement s'inscrivant dans le même sens que des efforts entrepris ailleurs au pays. Il s'agissait de renforcer la 1^{re} ligne, conformément aux idées avancées par divers rapports d'enquête provinciaux et fédéraux établissant l'agenda souhaité pour la réforme du système de santé (Hutchison, et al., 2011; Stevenson Rowan, Hogg, & Huston, 2007).

S'ancrant dans une perspective populationnelle, l'objectif central de cette transformation lancée en 2003 est d'augmenter l'intégration, tant sur le plan de la prestation que de la gouvernance et de l'organisation des services, et ce, au moyen d'un instrument principal : la

¹ En 1971, le Québec a vu naître neuf centres à vocation hybride « CH-CLSC » dans des régions éloignées desservant de faibles bassins de population. De plus, en 1977, huit centres de santé (CS) comportant eux aussi un hôpital général de petite taille et un CLSC ont aussi vu le jour (Bégin, 1977; Demers, 2013).

décentralisation. La littérature tend clairement à montrer que l'intégration constitue une mesure efficace pour accroître l'accessibilité aux services et la continuité des soins, tout en améliorant l'état de santé des populations (Kringos, Boerma, Hutchinson, Van der Zee, & Groenewegen, 2010; Kringos, Boerma, Van der Zee, & Groenewegen, 2013; Macinko, Starfield, & Shi, 2003; Starfield, 1998; Starfield, Shi, & Macinko, 2005). Dans ce contexte, la réforme québécoise constitue assurément un effort pour adapter la configuration du réseau à ces constats. Pour ce faire, l'architecture même du système de santé québécois est revue, une intégration structurelle des organisations étant d'abord jugée nécessaire pour soutenir l'intégration des services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). À terme, la réforme vise à faire converger trois visions distinctes : une idéologie démocratique de décentralisation et de redistribution du pouvoir vers les communautés locales, une orientation managériale axée sur l'efficacité et l'imputabilité, et une approche populationnelle centrée sur les déterminants de la santé (Denis, Lamothe, Langley, & Guérard, 2008). Le résultat recherché est de faire cohabiter une logique de prestation de services et une logique de santé publique (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, & Denis, 2008; Stevenson Rowan, et al., 2007).

1.1 La réforme de la santé et des services sociaux : mise en contexte

1.1.1 La genèse du modèle d'organisation de services : la Commission Clair

Concrètement, le coup d'envoi formel du renouvellement des structures sociosanitaires est marqué par le dépôt de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (ci-après nommé le projet de loi 25) (Québec, 2003), adoptée à l'Assemblée nationale à la faveur d'un bâillon, en décembre 2003.

Le modèle d'organisation de services institué par le projet de loi 25 trouve son origine dans les travaux de la Commission Clair, dont le mandat, complété au cours de l'an 2000, était d'engager un débat sur les enjeux interpellant le système de santé et de services sociaux québécois (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Le

rapport final relève plusieurs dysfonctionnements du système : valorisation excessive de l'autonomie juridique des établissements, fonctionnement en silos et isolationnisme, « guerres de clocher » entre établissements d'un même territoire, et recours démesuré à l'hôpital comme « lieu ultime de résolution des problèmes médicaux et sociaux » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 25). Du même souffle, les commissaires reconnaissent cependant que le système a fait des pas significatifs, tant sur le plan des pratiques, par le déplacement de services vers la communauté, qu'en matière de rationalisation des structures organisationnelles, par dissolution ou fusion d'établissements.

À ce chapitre, jugeant qu'il a été « démontré que la création d'établissements à vocation multiple permet d'obtenir des gains appréciables en matière d'intégration et de continuité des services » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 200), la Commission recommande formellement l'instauration d'une organisation de services décentralisée et intégrée selon une approche populationnelle, s'appuyant sur une solide 1^{re} ligne médicale et sociale. Plus précisément, elle propose que les établissements de 1^{re} ligne, soit les CLSC, les CHSLD et l'hôpital local, soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Quant à la stratégie de mise en œuvre, bien qu'elle privilégie la voie d'un encadrement législatif pour faciliter le rapprochement des conseils d'administration, la Commission met en garde contre une approche uniforme ou trop directive. Elle semble convaincue que la flexibilité permettra de tenir compte des préférences et habitudes des populations locales (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

1.1.2 Un instrument législatif visant la décentralisation

En 2003, l'élection du gouvernement libéral est l'occasion d'actualiser les recommandations de la Commission d'étude quant à la gouvernance des établissements et du réseau plus largement. Aspirant à mettre fin à la gestion compartimentée, aux situations de compétition et de cloisonnement entre établissements, la législation cherche aussi à corriger des lacunes dans la continuité et l'accessibilité, en rapprochant les services de la population et en facilitant le cheminement des personnes dans le réseau (Québec, 2003).

La réforme procède d'abord et avant tout d'une logique locale, le centre de gravité du réseau étant basculé à ce palier. La pièce maîtresse de la transformation est donc le nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, institué par le projet de loi 25 et mis en place au palier local, canevas qui constitue la trame de fond structurelle et l'assise du projet d'intégration tant dans ses dimensions cliniques qu'organisationnelles. À terme, l'objectif est de passer d'une logique d'établissement fondée sur la réalisation d'une mission, à une approche clientèle articulée autour des besoins de la population (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004d).

La décentralisation s'avère donc l'instrument privilégié pour concrétiser l'intégration souhaitée. S'inspirant du concept de subsidiarité, les fonctions de chaque palier du système de santé sont révisées de manière à les confier à l'organisation la plus appropriée et la plus à même de pouvoir pleinement les réaliser (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). En conséquence, la réforme vient substantiellement moduler le partage des responsabilités et les rapports de force entre les différents paliers de gouvernance, notamment entre les niveaux régional et local, ce dernier disposant maintenant d'une plus grande autonomie d'action. L'assise de l'organisation, de la prestation et de la coordination des services se situant maintenant au niveau local, la réforme offre aussi l'opportunité de prendre en compte des dynamiques infrarégionales susceptibles de faciliter la mise en œuvre du changement.

1.1.2.1 Des instances locales issues de la fusion d'établissements aux missions diversifiées

Concrètement, dans un premier temps, la *gouvernance administrative des établissements de santé* est donc transformée au moyen d'une intégration verticale des institutions, et ce, dans l'optique de renforcer le continuum des services. Ainsi, dans les territoires locaux, le projet de loi 25 fait naître une nouvelle structure, l'instance locale, qui s'insère plus globalement dans un RLS dont elle incarne le cœur administratif et dont elle assume la coordination.

L'instance locale est créée en fusionnant, pour un territoire local spécifique, les établissements offrant des services généraux et spécialisés, notamment les Centres locaux

de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres hospitaliers (CH). Quelques exceptions ou exclusions sont prévues dans le cas des CH, notamment en l'absence d'une telle structure sur le territoire, en raison de la complexité d'intégrer les services qui y sont offerts, ou au vu de « la provenance ou [des] caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie » (Québec, 2003, article 26, alinéa 2). Implicitement, la loi exclut donc les établissements offrant des services surspécialisés, jouissant d'un statut universitaire ou dont le rayonnement est de portée régionale. Cette opération d'intégration prend assise sur le principe de la hiérarchisation des services qui réorganise les rapports entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes de services, dans un esprit de complémentarité et par divers moyens dont notamment l'instauration de corridors de services et de mécanismes de référence (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).

1.1.2.2 Des RLS s'ancrant dans une perspective de responsabilité populationnelle

Dans un deuxième temps, la *gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* est revue par l'instauration d'une intégration horizontale des partenaires intersectoriels de l'instance locale au sein d'un RLS dans le but d'améliorer l'accès et la continuité des services. La nouvelle organisation doit donc s'arrimer et bâtir des ententes avec d'autres collaborateurs, notamment les pharmacies, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF)² et les organismes communautaires. Ces réseaux deviennent imputables de la santé des populations à qui ils doivent offrir une large gamme de services de 1^{re} ligne et spécialisés, dans le but d'améliorer la santé et le bien-être (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). En ce sens, un tel exercice prend appui sur le principe de la responsabilité populationnelle, qui signifie que les « intervenants offrant des services à la population d'un territoire local sont dorénavant amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b, p. 9). Sous une autre facette, elle renvoie aussi plus largement à une mission de santé publique qui vise l'action sur les déterminants de la santé dans l'optique d'améliorer la santé et le bien-être des communautés (Breton, et al., 2008).

² Un GMF est un mode d'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne qui repose sur un regroupement de médecins qui travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour desservir une clientèle inscrite (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

1.1.2.3 Des agences au cœur de la mise en œuvre

Outre le nouveau modèle organisationnel local, la législation transforme aussi sensiblement le palier régional de gouverne où des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ASSS)³ succèdent dès janvier 2004 aux dix-huit régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Elles ont comme premier mandat d'élaborer, en consultation avec les acteurs du milieu, un modèle d'organisation régional spécifiant la configuration des RLS, leur découpage géographique ainsi que la proposition de regroupement des établissements de 1^{re} ligne, qui formeront les instances locales des territoires visés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).

En novembre 2005, deux ans après le lancement de la réforme, une nouvelle législation, la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (ci-après nommé le projet de loi 83) (Québec, 2005), viendra consigner les transformations survenues suite au démarrage de l'implantation des modalités du projet de loi 25. Elle désignera dorénavant l'instance locale, une appellation transitoire, sous le vocable de Centre de santé et de services sociaux (CSSS), en plus d'ajuster les responsabilités entre les trois paliers de gouvernance du système afin de soutenir le déploiement du nouveau mode d'organisation des services. Qui plus est, elle confie aux CSSS la responsabilité de développer, en concertation avec les acteurs concernés, un projet clinique et organisationnel qui spécifie notamment l'offre de services requise en fonction des besoins identifiés chez la population de même que les contributions attendues des partenaires du RLS (Québec, 2005, article 99.5).

³ En janvier 2004, le projet de loi 25 (Québec, 2003) transforme les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) en Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS). Par la suite, en novembre 2005, avec l'adoption du projet de loi 83 (Québec, 2005), le nom est changé pour Agences de santé et de services sociaux (ASSS). Aux fins de simplification, nous retenons le vocable « Agence » ou l'acronyme ASSS pour renvoyer aux deux appellations qu'a successivement portées l'instance régionale.

1.2 La pierre angulaire de l'intégration : une structure de gouvernance unique et multivocationnelle

En regroupant trois types d'organisations aux missions différenciées, la réforme consolide d'abord l'ensemble des établissements publics offrant des services généraux de 1^{re} ligne. Mais au-delà de ce résultat, l'intention gouvernementale est d'entamer une intégration verticale de la gouvernance des établissements de santé, un souhait traduit dans une politique publique structurée visant spécifiquement cette finalité. À cet égard, l'innovation réelle de la réforme québécoise demeure l'intégration systématique des hôpitaux, sans réel égard à leur taille (sauf exception), au sein du modèle organisationnel, ce qui permet de juxtaposer les services spécialisés de 2^e ligne à ceux de la 1^{re} ligne, ce rapprochement étant formalisé et scellé par une structure de gouvernance unique.

Cette réorganisation des rapports entre les niveaux de soins se réalise donc par la création d'une interface, sous la forme d'une gouvernance unique et intégrée au sein du CSSS, des établissements offrant des services communautaires, hospitaliers et d'hébergement du réseau public. Naît alors une structure de gouvernance très intégratrice qui englobe un continuum de services allant de la santé publique à la réadaptation, gommant ainsi les divisions traditionnelles entre les niveaux de soins, entre les vocations des établissements, et entre le système de soins et de santé publique. Dans ces conditions, l'inclusion de l'hôpital et de ses services spécialisés devient un puissant levier pour agir sur l'organisation des services et ainsi faciliter le cheminement des patients dans le réseau, avec les retombées potentielles anticipées sur le plan de la continuité des services et, en conséquence, sur l'état de santé des populations.

1.3 L'intégration vue sous l'angle d'une réforme politique

En raison de leur caractère fortement pluraliste, les systèmes de santé se distinguent par une structure de pouvoir dispersée et diffuse, des acteurs multiples et interdépendants (Rhodes, 2007), aux points de vues, valeurs et intérêts divergents (Denis, Lamothe, & Langley, 2001; Denis, Langley, & Rouleau, 2005, 2007). Leurs organisations, à caractère essentiellement

professionnel, sont le fait d'acteurs autorégulés, dont le comportement demeure largement imprévisible, transformant ainsi continuellement l'environnement, engendrant des variations dans la prestation des services (Institute of Medicine, 2001) et, finalement, rendant leurs processus décisionnels « more laborious, convulted, turbulent and conflictual » (Champagne, 2002, p. vi). En conséquence, les rapports d'autorité à l'intérieur du système s'en trouvent perturbés, tout comme la capacité des gouvernements à y intervenir. Ne détenant pas l'entièreté du pouvoir (Rhodes, 2007), l'État ne peut y assumer qu'une forme de gouverne indirecte (Tuohy, 2003).

Dans un tel contexte, les réformes des systèmes de santé se heurtent, règle générale, à une puissante inertie (Contandriopoulos, 2003); de nombreux travaux ont mis en lumière les difficultés non seulement à élaborer, mais surtout à mettre en œuvre des transformations fondamentales aux modes de gouvernance, de financement ou d'organisation des services, ici et ailleurs (Boase, 1996; Brady & Kessler, 2010; Davidson, 2004; Ham, 2009; Jacobs, 2005; Lazar, Forest, Lavis, & Church, 2013; Maioni, 1995; Naylor, 1999; Tuohy, 1999a, 1999b, 2002). Romanow (2002) attribuait par ailleurs le caractère fragmentaire des progrès accomplis en matière de réforme des systèmes de santé au Canada à une incapacité à supprimer les obstacles politiques aux transformations et, parallèlement, à l'absence de réflexion sur les mécanismes incitant au changement.

Qui plus est, l'implantation des réformes est d'autant complexifiée lorsqu'il s'agit de les mener, comme dans le cas québécois, à l'échelle d'un système de santé. Best et coll. (2012, p. 422) réfèrent d'ailleurs à ce type de transformation comme des *large system transformations*, soit des interventions « aimed at coordinated, system-wide change affecting multiple organizations and care providers, with the goal of significant improvements in the efficiency of health care delivery, the quality of patient care, and population-level patient outcomes ». Non seulement la mise en œuvre de réformes d'une telle ampleur devient-elle rapidement captive des grands paramètres mêmes du système de santé dans lequel elles sont introduites (Tuohy, 1999a), elle requiert aussi de négocier et de forger des alliances avec une gamme hétérogène et multiple d'acteurs et d'organisations. En définitive, la capacité des instances centrales à exercer un contrôle direct sur les acteurs responsables de sa mise en œuvre, ceux-là mêmes qui auront à modifier leurs pratiques

pour se conformer au changement souhaité, demeure certes limitée (Laborier, Noreau, Rioux, & Rocher, 2008).

1.4 Délimitation de l'objet de recherche

Dans ces conditions, nous postulons qu'une « réforme [...] est, et reste, avant tout un exercice politique » (Contandriopoulos, Hudon, Martin, & Thompson, 2007, p. 238). Cette perspective nous sert de point de départ afin d'éclairer notre objet d'étude, lequel se situe dans le champ de la santé communautaire et porte sur l'introduction d'une organisation de services intégrés autour de la 1^{re} ligne dans le cadre de la réforme sociosanitaire lancée en 2003 au Québec.

Si la conception d'un modèle organisationnel constitue d'abord un exercice technocratique, cette rationalité se confronte ultérieurement à la réalité, se frotte aux résistances et, inévitablement, aux blocages de nature politique. Dans le cas de la réforme sociosanitaire québécoise, le projet d'intégration a été conçu de manière à abattre les silos, accroître l'accessibilité, améliorer la continuité et la prise en charge, renforcer la santé des populations et dynamiser la pratique professionnelle et la gestion; tous ces objectifs ont été perçus comme les clés d'une meilleure réponse aux besoins de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Cela dit, l'atteinte même des visées de la réforme demeure largement tributaire du contexte politique dans lequel elle se déploie et de l'adaptabilité dont font preuve les acteurs en présence.

De ce point de vue, la réforme québécoise apparaît donc originale, non seulement par l'organisation intégrée qu'elle met en place entre les missions communautaire, hospitalière et d'hébergement, mais aussi parce que les pouvoirs publics ont été en mesure d'introduire un changement substantiel dans un système de santé réputé difficile à transformer (Contandriopoulos, 2003; Lazar, et al., 2013). Le déploiement et les résultats d'une transformation de cette ampleur appellent donc à l'exploration des conditions de sa réalisation.

Étant donné l'ampleur de cette réforme qui touche à de multiples dimensions du système de santé, nous avons circonscrit les aspects de cette transformation qui nous intéressent davantage. Ainsi, dans le cadre de cette recherche doctorale, nous nous penchons sur *la dynamique d'intégration verticale de la gouvernance administrative des établissements de santé ayant mené à la mise en place des CSSS dans le cadre de la réforme entreprise en 2003-2004 au Québec.*

Chapitre 2 - État des connaissances

Après avoir situé notre problématique, ce deuxième chapitre dresse un portrait de l'état des connaissances en lien avec l'objet de recherche circonscrit. Il est subdivisé en quatre grandes sections. Premièrement, nous approfondissons deux concepts-clés de notre étude soit la gouvernance et l'intégration. Deuxièmement, nous passons en revue la littérature sur les bénéfices escomptés et les impacts de l'intégration hiérarchique par fusion. Troisièmement, nous faisons état des travaux portant plus spécifiquement sur les processus, la dynamique et les conditions de mise en œuvre de l'intégration, en jetant un regard plus particulier sur les expériences internationales. Quatrièmement, nous exposons les travaux empiriques sur l'intégration de la gouvernance réalisés dans le contexte québécois, en insistant particulièrement sur ceux portant sur la mise en place des CSSS. Enfin, après avoir mis en lumière les grands constats sur la littérature dépouillée, nous énonçons notre question et nos objectifs de recherche.

2.1 Les concepts

2.1.1 La gouvernance

2.1.1.1 Définitions

Dans l'entendement commun, la gouvernance⁴ renvoie à la « manière d'orienter, de guider, de coordonner les activités d'un pays, d'une région, d'un groupe social ou d'une organisation privée ou publique » (Office québécois de la langue française, 2009). Appliqué

⁴ « La gouvernance se distingue du concept traditionnel de "gouvernement", qui reste associé dans la langue française à une forme organisée, rationnelle et cohérente du pouvoir », à l'organe qui dirige un État sur la base de l'autorité légitime qui lui est reconnue (Office québécois de la langue française, 2009). Quant au terme "gouverné", il a été « proposé au Québec dans les années 1990 comme équivalent français de *governance*, mais c'est le terme *gouvernance* qui s'est généralisé et implanté dans l'usage, au Québec comme en Europe » (Office québécois de la langue française, 2009). Toutefois, l'usage du terme "gouverne" demeure largement répandu dans la littérature francophone du secteur de la santé. Nous utiliserons donc les deux terminologies en alternance et de manière quasi équivalente, soit en retenant le terme " gouverne " quand le contexte en est un de contrôle du pouvoir, et " gouvernance " quand il est davantage question du partage du pouvoir.

à l'administration publique et aux politiques, le concept de gouvernance émerge d'une redéfinition du rôle du gouvernement et de l'estompement des frontières entre l'État et la société civile. Selon Rhodes (2007, p. 1246), elle renvoie à « a new process of governing, or a changed condition of ordered rule; or the new method by which society is governed ». Dans ce contexte, le concept de gouvernance repose sur une interdépendance entre les organisations, sur des interactions au sein de réseaux qui transcendent le gouvernement, et sur une autonomie significative des acteurs par rapport à l'État. En ce sens, le concept de gouvernance traduit l'idée d'une démocratisation des processus décisionnels puisqu'un nombre élargi d'acteurs y sont partie prenante.

À l'échelle des systèmes et des organisations, la gouvernance peut se définir plus précisément comme « la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité », entendue en termes de rapports de pouvoir (Contandriopoulos, 2008, p. 195). Elle s'accomplit généralement par la combinaison de deux activités : en assurant la prise de décision par la coordination des acteurs en présence et en garantissant leur adhésion au projet collectif essentiellement par la motivation et le contrôle (Boerma & Rico, 2006).

2.1.1.2 La gouvernance comme outil de réforme

Porteuse d'un discours de changement, la gouvernance est d'abord présentée, dans la littérature du secteur de la santé, comme un instrument de réforme (Contandriopoulos, 2008). Denis et coll. (2008) soutiennent que « la question de la gouvernance est au centre des réformes » (p. 52), les transformations introduites constituant une opération complexe de « pilotage du changement à grande échelle impliquant la mobilisation d'un ensemble d'acteurs et d'organisations aux valeurs, objectifs et projets plus ou moins compatibles ou convergents » (p. 54). Ici, la gouvernance est conçue comme une pratique qui tente d'influencer l'action collective : un ensemble de normes, de ressources et de processus doivent donc être mobilisés et mis à contribution pour concevoir la réforme et induire un changement dans le système de santé (Denis, Lamothe, Langley, & Guérard, 2008).

De fait, l'exercice de la gouvernance en contexte de réforme pose des défis en raison du caractère à la fois hiérarchique et pluraliste du secteur de la santé. La nature fortement hiérarchisée du système de santé, de ses structures et ses règles, appelle à la mobilisation d'une conception classique de la gouvernance fondée sur le contrôle. En revanche, en raison de la pluralité d'acteurs interdépendants au pouvoir diffus intervenant dans ce même système, l'exercice de la gouvernance repose aussi sur la négociation de positions de légitimité, multiples et variables, permettant aux acteurs d'assurer la convergence nécessaire à la mise en œuvre du changement (Denis, et al., 2001; Denis, et al., 2007). À ce titre, l'exercice de la gouvernance appelle à mobiliser divers incitatifs : elle dépend largement du choix des instruments de politiques, c'est-à-dire des moyens mis en œuvre pour structurer l'action collective et résoudre des problèmes publics (Salamon, 2002). Ces instruments renvoient à l'assortiment de moyens et d'outils à la disposition des pouvoirs publics pour mettre en œuvre des politiques, pour transformer discours et objectifs en actions sociales concrètes, et ce, par le biais de l'action politique (Forest, 2005; Howlett & Ramesh, 2003).

Diverses taxonomies des instruments de politiques sont proposées. Pour leur part, Hood et Margetts (2007) identifient quatre moyens par lesquels les gouvernements font face aux problèmes publics. La *nodalité* (*nodality*) renvoie à l'utilisation de l'information détenue par le gouvernement du fait de sa position d'autorité et qu'il s'emploie à faire circuler, à contrôler ou à utiliser en ayant recours à l'exhortation. En référence aux pouvoirs légaux du gouvernement, les instruments d'*autorité* s'expriment sous forme de régulations, comme l'établissement de lois, de règles ou de prohibitions, d'autorégulation ou de normalisation. Les outils de type *trésor* renvoient aux ressources financières qui peuvent, à titre d'exemple, se décliner sous forme de subventions, de frais modérateurs, de taxes ou de financement. Finalement, le gouvernement peut créer ou restructurer des *organisations* pour assurer la prestation directe ou indirecte d'un bien ou d'un service (Hood & Margetts, 2007; Howlett & Ramesh, 2003).

Si le choix des instruments se fait en fonction de leur adéquation avec l'objectif de politique visé, et de considérations économiques ou morales, la sélection n'est pas toujours le fruit d'une réflexion rationnelle, « as it often turns out to be a matter of faith and politics

rather than of certainty » (Hood & Margetts, 2007, p. 13). Au demeurant, le choix comporte souvent un agencement de mesures visant la persuasion, la régulation et la force (Forest, 2005; Hood & Margetts, 2007).

2.1.1.3 La gouvernance comme objet de réforme

Dans un deuxième temps, la gouvernance constitue également une cible des processus de réforme, une période de transformation étant souvent l'occasion, pour les pouvoirs publics, de renouveler les pratiques et les modes de gouvernance des systèmes de santé ou des organisations qui le composent (Denis, Lamothe, Langley, & Guérard, 2008). Par exemple, au Canada, de nouveaux modes de gouvernance ont été implantés, comme l'instauration de la régionalisation des services de santé, révélant du coup la nature hautement politique de telles transformations (Contandriopoulos, Denis, Langley, & Valette, 2004). Plus récemment, le mouvement vers une plus grande intégration des systèmes de santé s'inscrit dans cette tendance, des changements à la gouvernance même des organisations et des établissements de santé étant souvent perçus comme préalables à une coordination accrue des services et des soins (Demers, Pelchat, & Côté, 2002).

2.1.2 L'intégration

2.1.2.1 Définitions

Les concepts de gouvernance et d'intégration sont certes interreliés. Dans son sens large, l'intégration se dit d'un « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif ». Son opérationnalisation s'appuie sur deux ingrédients-clés : la coordination et la coopération (Contandriopoulos, et al., 2001, p. 41).

Dans le domaine de la santé, la littérature traite abondamment du concept d'intégration, et ce, à partir d'une multiplicité de définitions⁵ (Armitage, et al., 2009; Suter et al., 2007) qui témoigne d'une confusion entourant la terminologie (Gask, 2005; World Health Organization, 2008). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008) y a recensé six significations courantes attribuées au concept d'intégration soit : 1) un panier de services préventifs et curatifs pour une population ou un groupe donné; 2) un point de service centralisé de prestation de services généraux; 3) l'atteinte d'une forme de continuité de soins; 4) l'intégration verticale de différents niveaux hiérarchiques de services; 5) l'intégration de l'élaboration des politiques publiques et de la gestion; et enfin 6) l'intersectorialité. En définitive, certains auteurs concluent donc qu'il n'existe pas de « clear understanding of the meaning of integration, its form and rationale » (Simoens & Scott, 2005, p. 25).

2.1.2.2 Les types d'intégration

L'intégration s'avère un processus complexe et multifacette se situant sur un continuum (Simoens & Scott, 2005) et constitue un moyen pour réaliser une fin et non une fin en soi (World Health Organization, 2008). Les typologies proposées varient considérablement selon les auteurs consultés. Par exemple, Shortell (2000) distingue l'intégration fonctionnelle de gestion, l'intégration des médecins et l'intégration clinique, alors que l'OMS (1996) différencie plutôt l'intégration organisationnelle, celle de la gestion et celle des services.

Pour sa part, Contandriopoulos (2001) dénombre cinq types d'intégration : celle des services ou de l'équipe clinique, et celles qui sont fonctionnelle, normative ou systémique. Dans un système de santé, la poursuite simultanée de ces différents types d'intégration vise à établir « une cohérence entre le système clinique, la gouverne et le système collectif d'interprétations et de valeurs qui structurent l'espace dans lequel les acteurs (organisations) interagissent » (Contandriopoulos, et al., 2001, p. 44). Notons que la littérature insiste d'ailleurs sur le caractère interdépendant de ces différentes dimensions, la concrétisation de l'intégration à l'échelle d'un système de santé appelant la recherche d'une

⁵ Armitage et coll. (2009) ont recensé plus de 70 termes utilisés pour référer à l'intégration et près de 175 définitions différentes du concept.

cohésion dans les initiatives à chacun des niveaux et sur chacun des types d'intégration : des organisations, des soins et de la gestion (Gask, 2005).

De tous les types d'intégration identifiés par Contandriopoulos (2001), un touche intrinsèquement et particulièrement les modes de gouvernance soit l'intégration fonctionnelle. Elle renvoie, à l'échelle d'un territoire, d'une région ou d'une organisation, à la coordination du financement, de l'information et de l'administration sous l'égide d'une structure de gouvernance commune, et ce, dans le but d'assumer trois fonctions principales : l'orientation, la gestion et la fonction normative (Contandriopoulos, 2003).

2.1.2.3 Les modes d'intégration

Après ces précisions définitionnelles sur deux concepts-clés évoqués dans notre problématique, explorons maintenant les divers mécanismes d'intégration de la gouvernance.

2.1.2.3.1 Mode en réseau et hiérarchique

L'intégration fonctionnelle de la gouvernance se réalise souvent au moyen de deux mécanismes principaux (Boerma & Rico, 2006). Dans un premier temps, l'intégration peut prendre la forme d'une gouvernance en réseau, un mode d'organisation qui gagne en popularité dans les systèmes de santé, notamment au Québec (Fleury & Ouadahi, 2002; Touati et al., 2006; Tourigny, Durand, Bonin, Hebert, & Rochette, 2004; Vedel, Monette, Béland, Monette, & Bergman, 2011). Comme l'indique Tuohy (1999a, p. 266), « as hospitals come to be linked not only with physician practices but with rehabilitation facilities, nursing homes, and so on, virtual organizations may allow for greater variety of cultures and modes of operation at various nodes in the system ». Reposant sur la coopération et la négociation entre acteurs interdépendants, l'intégration en réseau prend appui sur des alliances et des ententes contractuelles, liant ainsi des organisations qui maintiennent par ailleurs leur existence juridique propre (Boerma & Rico, 2006; Brousselle, Denis, & Langley, 1999; Demers, Pelchat, et al., 2002; Tuohy, 1999a). Le réseau est généralement composé d'établissements qui assurent la prestation d'un continuum de services à une population déterminée et qui peuvent, le cas échéant, assumer la responsabilité pour l'état de santé de cette population (Shortell, et al., 2000).

Mais une intégration s'inscrivant dans un continuum signifie aussi qu'elle peut impliquer des maillages plus serrés entre les organisations. Ainsi, dans un deuxième temps, l'intégration peut se réaliser par le mode hiérarchique qui, lui, repose sur une conception traditionnelle de la direction fondée sur l'unité de commandement et l'autorité, l'intégration des organisations se réalisant alors sur la base de règles. Concrètement, l'intégration hiérarchique implique le regroupement de certaines organisations dont l'administration est confiée à une seule et même autorité (Demers, Pelchat, et al., 2002). Plus précisément, c'est le regroupement par fusion qui a surtout été utilisé dans le secteur de la santé, avec l'intention que l'unification des établissements au point de vue juridique se répercute sur le plan des services et en règle le problème quasi inné de compartimentation (Demers, Dupuis, & Poirier, 2002).

2.1.2.3.2 Mode vertical et horizontal

Selon Leatt et coll. (2000) deux modalités d'intégration fonctionnelle sont possibles, que le regroupement se réalise sur une base hiérarchique ou en réseau. Premièrement, l'intégration horizontale « involves the affiliation of organizations that provide a similar level of care under one management umbrella » (Leatt, et al., 2000, p. 14). Ayant gagné en popularité dans les systèmes de santé des pays industrialisés durant les années 1980-1990, les regroupements horizontaux ont surtout touché le secteur hospitalier contraint d'effectuer des compressions budgétaires et de réduire le nombre de lits (Tuohy, 1999a).

Deuxièmement, l'intégration fonctionnelle peut se réaliser de manière verticale sous la forme d'une coordination entre différents niveaux hiérarchiques de soins, c'est-à-dire entre les services de 1^{re}, de 2^e et de 3^e lignes (Simoens & Scott, 2005). Ces organisations sont regroupées sous une gouvernance unique avec l'objectif de construire un continuum de soins le plus complet possible (Leatt, et al., 2000). L'intégration des structures et des fonctions des organisations sert à assurer au patient un cheminement ininterrompu entre les niveaux de services (Thaldorf & Liberman, 2007). À terme, ces regroupements sont présumés avoir des impacts sur l'utilisation des services en réduisant l'usage inapproprié des soins secondaires et tertiaires pour, en corollaire, susciter un renforcement des services de 1^{re} ligne et rendre la prestation des soins plus efficace et efficiente (Lega, 2006).

2.2 L'intégration hiérarchique : bénéfices escomptés et impacts

Comme ils concernent plus directement notre objet de recherche, nous explorons maintenant plus en détail les travaux sur les avantages perçus et les retombées liées au mode d'intégration hiérarchique.

Selon Cereste et coll. (2003), l'intégration des structures et des fonctions par fusion peut être motivée par diverses considérations : 1) économiques et financières, liées à une réduction des coûts ou à l'accroissement de l'efficacité; 2) cliniques, liées au volume, à la coordination ou à la qualité des soins; ou 3) politiques, liées à une stratégie de survie ou à l'élargissement du pouvoir de négociation, bien que ce motif soit souvent implicite (Fulop et al., 2002). S'appuyant sur l'exemple du NHS britannique, Cereste et coll. (2003) relèvent la tendance grandissante des gouvernements à appuyer les opérations de fusions sur des argumentaires promouvant les effets positifs anticipés des reconfigurations sur les soins aux patients, et à délaissier, du même coup, le registre des préoccupations liées aux coûts et à l'efficacité.

Cela dit, dans le secteur de la santé, ce sont les travaux touchant aux finalités économiques, réalisés dans le contexte américain et portant souvent sur des expériences de regroupement horizontal d'hôpitaux, qui dominent largement la littérature sur les fusions. En raison de la logique de marché qui caractérise le système de santé américain, la survie des hôpitaux dépend de leur capacité à établir des alliances horizontales avec des établissements offrant des niveaux similaires de soins (Brousselle, et al., 1999). Dans pareil contexte, les fusions d'établissements sont donc basées sur la prémisse que des organisations de taille plus imposante génèrent des économies d'échelle (Ahgren & Axelsson, 2011; Bazzoli, Dynan, Burns, & Yap, 2004; Denis, Lamothe, & Langley, 1999; Fulop, et al., 2002). On attribue également à de tels regroupements l'avantage de mieux répondre aux besoins de la collectivité, de favoriser l'accès aux services et d'en améliorer la qualité, d'assurer l'intégralité et la coordination des soins, de stimuler la mise en place de réseaux intégrés de services et de réduire les listes d'attente (Fulop, et al., 2002; Hernandez, 2000; Markham & Lomas, 1995). Or, selon Armitage et coll. (2009, p. 5), « very few studies reported on the

impact of integration and tended to focus on perceived benefits rather than empirically derived outcomes ».

En fait, les quelques évaluations empiriques réalisées démontrent que les bénéfices attendus de ces regroupements semblent avoir été surestimés. Premièrement, au plan économique, les processus d'intégration tendent à augmenter les coûts plus qu'à les maintenir ou même les réduire, parce qu'ils impliquent la création d'une nouvelle organisation (Ahgren, 2008; Burns & Pauly, 2002; Choi, Holmberg, Löwstedt, & Brommels, 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002; Fulop et al., 2005; Posnett, 1999). Deuxièmement, au plan administratif, les fusions tendent à se solder par une perturbation de l'identité organisationnelle, une instabilité des ressources humaines et une perte de contrôle managérial, du fait de la création d'établissements de plus grande taille. Ces écueils semblent, par la suite, avoir des répercussions au chapitre de la prestation de services (Denis, et al., 1999; Fulop, et al., 2002; Hernandez, 2000; Markham & Lomas, 1995). Troisièmement, au plan clinique, les impacts sont tout aussi controversés (Richard, Maltais, Bourque, Savard, & Tremblay, 2007), les études montrant que les fusions n'améliorent pas nécessairement la qualité, pas plus que la concentration des services n'est garante de meilleurs résultats de santé chez les patients (Ahgren, 2008).

Qui plus est, l'une des questions centrales qui anime actuellement le champ est d'évaluer dans quelle mesure l'intégration hiérarchique constitue véritablement un prérequis à l'intégration des services. À ce chapitre, les études semblent jusqu'à présent montrer que les fusions ne génèrent pas une meilleure intégration des services et des soins et peuvent même, dans certains cas, carrément la compromettre (Ahgren & Axelsson, 2011; Bazzoli, et al., 2004; Burns & Pauly, 2002; Fulop, et al., 2005). Dans une synthèse de la littérature sur deux décennies de restructurations dans le système de santé américain, Bazzoli et coll. (2004) arrivent, pour leur part, à des conclusions plus nuancées sur les impacts des fusions. Notant une forte variabilité dans les expériences, ils affirment plutôt que « the specific potential benefits may vary by hospital context both internal and external, and also may change over time » (p. 274).

2.3 L'intégration : dynamique, processus et conditions de réalisation

Notre objet de recherche s'attardant à l'évolution et aux forces d'action sous-tendant l'intégration de la gouvernance, jetons maintenant un regard sur la littérature portant spécifiquement sur ses processus et conditions de réalisation, en parcourant surtout les expériences internationales sur la question.

D'entrée de jeu, Markham et Lomas (1995) insistent pour dire que c'est la démarche adoptée pour réaliser les regroupements d'établissements qui est avant tout déterminante du succès de l'exercice. Or, les travaux portant plus spécifiquement au processus de fusion sont beaucoup moins répandus que les études d'évaluation des impacts des regroupements. Qui plus est, les études existantes s'attardent encore largement aux expériences de regroupements horizontaux, la littérature sur l'intégration verticale étant, pour sa part, excessivement limitée, l'émergence d'une préoccupation pour ce genre de regroupement étant relativement récente (Hernandez, 2000). Selon Tuohy (1999a), l'intégration verticale est demeurée marginale dans la plupart des pays développés, notamment en raison de la mobilisation des efforts de réforme autour des soins primaires. Cependant, à la fin des années 1990, cherchant à créer plus de liens entre des composantes critiques des systèmes de santé, les gouvernements ont vu dans les regroupements organisationnels verticaux une opportunité de lier le spectre complet des soins, de la prévention aux services surspécialisés (Thaldorf & Liberman, 2007; Tuohy, 1999a).

Pour en faciliter la présentation, nous avons regroupé les travaux en deux grandes sections, selon qu'ils ciblaient les conditions de mise en place des fusions à l'échelle des systèmes et du secteur de la santé ou à l'échelle des organisations et de leurs acteurs.

2.3.1 Déterminants au niveau des systèmes

2.3.1.1 Politiques publiques et rôle de l'État

Une étude de Mur-Veeman et coll. (2008), s'intéressant aux politiques d'intégration dans six pays européens dans une perspective systémique axée sur les politiques publiques, offre un point de départ intéressant sur la question. Selon ces auteurs, l'absence d'intégration est surtout perceptible dans les systèmes de santé comportant un secteur de soins primaires faiblement développé et dominé par les soins aigus. Cependant, l'exemple des pays européens montre que la tendance peut être renversée grâce à l'adoption, par les gouvernements, de politiques publiques claires visant l'intégration. Toutefois, leur capacité à agir en ce sens demeure tributaire du contexte national et des cultures professionnelles en présence.

À cet égard, les travaux de Leichsenring (2004) ont eux aussi évoqué l'importance d'adopter des politiques nationales, chaque gouvernement disposant d'une gamme d'instruments pour engendrer la coordination et l'intégration en fonction du contexte sociopolitique et du système professionnel propre à son secteur de la santé. Pour résumer, « governments should not only endeavour to put and keep integrated care on the national policy agenda, they should also actively participate in policy formulation and strongly encourage integrated care development » (Mur-Veeman, et al., 2008, p. 182).

Néanmoins, la littérature met également en évidence la nécessaire flexibilité dans la mise en œuvre de ces politiques publiques. Jugeant le secteur de la santé trop complexe pour les « one-size-fits-all integration solution » (p. 1), Armitrage et coll. (2009) indiquent que les modèles, structures et processus doivent d'abord être adaptés aux besoins des populations, plutôt que servir les intérêts des gestionnaires et de la profession médicale. Dans la même veine, Demers (2013) conclut aussi que plutôt que d'imposer des fusions, les instances gouvernementales doivent offrir la possibilité aux acteurs locaux de choisir un modèle organisationnel adapté à la spécificité de leur réalité, tout en faisant de l'intégration une priorité et en supportant le changement au moyen de divers incitatifs.

Ces évidences scientifiques mettent donc en lumière le rôle central des acteurs étatiques dans la mise en œuvre de l'intégration. Tjerbo (2009), dans son étude d'une fusion hospitalière horizontale en Norvège, centre son analyse sur les interrelations entre les divers paliers décisionnels, et notamment sur la contribution des acteurs politiques à la concrétisation des regroupements. Alors que les établissements de santé tentent de

dépolitiser les enjeux de la fusion pour se ménager une marge de manœuvre décisionnelle, les politiciens locaux, eux, réussissent à s'allier divers acteurs pour créer de puissants réseaux d'influence, complexifiant d'autant l'implantation locale de la réforme. Cela amène l'auteur à conclure que « the actual policy process regarding local reform is far more complex than could be predicted by simply focusing on the formal delegation structure of the new organizational model » (Tjerbo, 2009, pp. 8-9).

2.3.2 Déterminants au niveau des organisations

2.3.2.1 *Environnement institutionnel et culture organisationnelle*

L'adoption de politiques gouvernementales est certes une condition essentielle, mais pas suffisante pour concrétiser l'objectif d'intégration, la coopération des acteurs étant également nécessaire et leur contribution particulièrement cruciale durant la mise en œuvre. L'implantation de politiques d'intégration à large échelle dans les systèmes de santé dépend aussi du contexte institutionnel dans lequel ces systèmes évoluent, c'est-à-dire les règles, normes et constellations d'acteurs en présence (Mur-Veeman, et al., 2008). Van Raak et coll. (1999), dans une étude de cas aux Pays-Bas, vont dans le même sens en indiquant que le contexte institutionnel, l'environnement législatif et le financement jouent un rôle décisif dans la réussite de l'intégration, tandis que la présence de silos gouvernementaux, la fragmentation du pouvoir et la spécialisation professionnelle tendent plutôt à entraver ces mêmes efforts.

Ces mêmes constats sont observés dans de nombreuses autres études. Par exemple, Fulop et coll. (2005), dans leurs travaux sur le National Health Service (NHS) britannique, ont relevé l'impact du contexte et des incitatifs utilisés pour entraîner le changement, mais surtout de la culture et des valeurs dans les processus d'intégration. Les organisations impliquées sont souvent tellement attachées à leurs façons de faire qu'elles peuvent en arriver, par des réflexes de protection, à compromettre le processus d'intégration. Si les différentes cultures organisationnelles préexistantes ne sont pas considérées lors de la mise en œuvre de la fusion, l'exercice peut, à terme, susciter une impression généralisée de

mainmise ou de prise de contrôle d'un établissement sur l'autre. L'analyse des études de cas amène les auteurs à conclure que « merger policy was based on simplistic assumptions about processes of organisational change that do not take into account the dynamic relationship between the organisation and its context and between the organisation and individuals within it » (Fulop, et al., 2005, p. 119).

L'incompatibilité des cultures organisationnelles a également été mise en lumière dans d'autres études d'implantation (Comtois, Denis, & Langley, 2004; Richard, et al., 2007). S'appuyant sur des approches théoriques en gestion du changement, l'une des pistes explicatives évoquées est le besoin de différenciation (Ahgren, 2008). Quand les missions sont concurrentes plutôt que complémentaires, les établissements visés tendent à se réfugier dans une attitude défensive pour préserver la différence qui les distingue. Dans un pareil contexte, l'intégration en réseau apparaît plus appropriée afin d'atténuer le conflit et la méfiance suscités par des perspectives de fusion (Demers, 2013; Demers, Dupuis, et al., 2002).

Toujours sur l'enjeu des cultures organisationnelles, nous avons pu repérer une seule étude (Allen & Stevens, 2007), menée en Australie, et qui contrairement aux autres travaux sur la question, porte sur une expérience de fusion verticale impliquant des établissements du secteur hospitalier et communautaire. Vu la multiplicité des conceptions et des finalités de l'intégration véhiculées, le regroupement organisationnel a primé, au détriment de l'intégration clinique. Le processus s'est soldé par une perte de terrain au profit du secteur curatif, dont la dominance s'est avérée difficile à surmonter pour le secteur communautaire devant le refus des gestionnaires de reconnaître la contribution particulière des services de 1^{re} ligne et de leur octroyer une représentation suffisante au sein des instances décisionnelles. Ainsi, l'échec du processus s'explique par un style de leadership non adapté, les gestionnaires ayant été incapables d'articuler et de véhiculer une vision unificatrice des deux paradigmes en présence (Allen & Stevens, 2007).

2.3.2.2 Les gestionnaires et les médecins

Tout comme Allen et Stevens (2007), Van Raak et coll. (1999) soulignent l'influence cruciale qu'ont les acteurs en présence, notamment les gestionnaires et les professionnels,

la prise en considération de leurs intérêts étant importante tant dans la conception même des politiques et projets d'intégration que dans leur mise en œuvre. Les travaux de Shortell (2000) et de l'OMS (2008) insistent eux aussi particulièrement sur l'importance de la mobilisation des cliniciens et des dispensateurs de soins aux efforts d'intégration des services, mais surtout aux processus de regroupements fonctionnels de la gouvernance des organisations.

Dans un processus de fusion, l'aspect humain des choses est évident (Richard, et al., 2007) et peut inclure des insécurités chez les individus concernés, quand ce n'est pas carrément de l'opposition de la part d'acteurs centraux, dont au premier chef les professionnels de la santé. Dans une synthèse des études américaines, Bazolli et coll. (2004, p. 275) affirment que « integrating medical cultures across medical staffs was an essential prelude to clinical integration. They found, though, that such integration took much time to accomplish ». Dans le même sens, Demers (2013) note que les fusions ne facilitent ni l'intégration des soins ni la coopération, mis à part si elles sont souhaitées par les parties prenantes, si elles représentent pour eux un moyen approprié de régler des problèmes d'organisation des services ou si les cliniciens y trouvent un sens et qu'elles contribuent aux liens de collaboration au sein de communautés. Dans la même lignée, une étude britannique établit un lien entre l'implication active des groupes d'intérêt et la réussite d'une fusion. Elle met plus particulièrement en évidence la contribution essentielle des médecins et des conseils d'administration à l'opération, mais aussi du leadership, de la participation, de la communication et d'une stratégie de gestion du changement axée sur les enjeux humains, les valeurs et les priorités communes (Cereste, et al., 2003).

Pour leur part, Choi et coll. (2011), dans une étude d'une expérience de fusion horizontale d'hôpitaux universitaires en Suède, mettent aussi l'accent sur la dimension du leadership. Le succès de l'intégration repose sur les stratégies déployées par les gestionnaires pour à la fois gérer les complexes interactions entre acteurs internes et externes et mailler, tôt dans le processus, les différentes cultures organisationnelles. Les auteurs soutiennent que les fusions, en raison de leur logique descendante et parce qu'elles commandent une stratégie de changement radical, sont inadaptées aux organisations professionnelles comme celles du secteur de la santé. Dans un pareil contexte, le rôle des leaders se limite à amorcer la

transformation, alors que les conflits inévitablement surgis en route amènent les gestionnaires à adopter une attitude défensive plutôt que proactive sous l'impulsion des obstructions de groupes influents (Choi, et al., 2011).

2.3.3 La spécificité de la dynamique de l'intégration verticale

En introduction à ce chapitre, nous soulignons le peu de travaux décrivant les processus d'implantation d'une fusion. Notons aussi le caractère encore plus ténu de telles études dans des contextes d'intégration verticale. S'appuyant sur une synthèse de la littérature sur les systèmes intégrés d'Europe et des États-Unis, une étude de Lega (2006) a d'ailleurs mis en évidence le peu de données disponibles sur ce type d'intégration. Même s'il s'attarde davantage à la question de l'aménagement de tels regroupements, les conclusions tirées sur les conditions d'implantation de regroupements verticaux s'apparentent à celles déjà observées pour l'intégration horizontale. Les idéologies dominantes et le cadre légal et institutionnel jouent un rôle déterminant dans la conception d'un projet d'intégration verticale. Ainsi, le choix des modes de gouvernance, des services à offrir et des arrangements organisationnels à privilégier sont influencés par des considérations politiques et sont souvent l'objet de négociations avec les communautés et les professionnels pour s'assurer de la conformité du projet avec leurs attentes respectives. Le processus d'élaboration du modèle organisationnel doit également se soucier d'emblée de la question de l'implantation, les deux opérations devant être planifiées conjointement. En définitive, Lega (2006, p. 265) conclut que «unfortunately, it seems that vertical integration has been implemented, with mixed results, mainly due to a focus centered on the governance level, especially with reference to the organization's ownership, while actions at micro-and meso levels have been largely ignored ».

2.4 Les études empiriques sur l'intégration de la gouvernance au Québec

Afin de situer notre objet de recherche dans les particularités du contexte du système de santé et de son évolution, nous passons maintenant en revue la littérature scientifique explorant les expériences d'intégration de la gouvernance vécues au Québec. Historiquement, « de toutes les formes de gouverne, c'est la hiérarchie qui a dominé dans le paysage organisationnel, et s'est traduit concrètement par des fusions d'établissements de santé et/ou par le regroupement de leurs conseils d'administration » (Demers, Pelchat, et al., 2002, p. 567); cette tendance s'est maintenue au fil du temps avec la diminution graduelle du nombre d'institutions publiques⁶ (Fleury & Ouadahi, 2002).

2.4.1 Les centres à vocation hybride CH-CLSC

Les premières études sur l'intégration de la gouvernance au Québec datent des années 1970, alors qu'ont été fusionnés des établissements de mission hospitalière et communautaire dans des zones rurales et semi-urbaines à faible densité de population. Traçant un bilan de l'expérience, Bégin (1977) constate d'abord la différenciation marquée entre les deux types d'établissements sur le plan des systèmes de valeurs (l'un médical, l'autre social), des modes d'organisation sociale et des technologies, dont l'union « nécessite une force intégrative importante » (p. 13). Alors que les CLSC réclament la séparation des deux entités et refusent les compromis sur leur orientation sociale, les CH exigent le leadership du nouvel établissement, qu'ils possèdent souvent de facto à cause de la provenance et du profil des titulaires des fonctions de direction. Subordonné au CH et inscrit dans des rapports de force inégaux, le volet communautaire ne dispose pas du pouvoir suffisant pour imprégner les valeurs médicales de préoccupations sociales, de sorte que les deux sous-cultures demeurent et que l'intégration échoue (Bégin, 1977).

⁶ Le système de santé québécois a déjà compté près de 1000 établissements publics; aujourd'hui il n'en compte plus qu'environ 200 (Demers, 2013).

2.4.2 Les fusions horizontales d'hôpitaux

Toujours dans les années 1970, le gouvernement québécois procède à des regroupements d'hôpitaux avec l'objectif de réduire les duplications de services. Dans leur étude des dynamiques des fusions survenues en Beauce et sur la Côte-Nord, Demers et Bégin (1990) notent que ces projets ont suscité grogne et opposition dans les communautés et les établissements touchés et se sont soldés par un échec dans le premier cas, et par une réussite difficile dans le deuxième. En raison des rivalités intermunicipales, le maintien de l'autonomie des établissements revêt une valeur politique, économique, sociale et symbolique plus importante que les enjeux d'accessibilité aux services, et motive les acteurs à se coaliser. Le palier local dénonce la logique de normalisation imposée par le central qui, à ses yeux, néglige les particularismes locaux, et le palier régional, vu son rôle conseil, ne joue qu'un rôle limité dans l'actualisation de la transformation. Grâce à la mise en lumière de cette dynamique, les auteurs concluent que « lorsque les acteurs locaux parviennent à déplacer dans le champ politique l'enjeu d'une décision administrative, ils peuvent contrer ou inverser le rapport de dépendance qui les lie au centre » (Demers & Bégin, 1990, p. 381).

2.4.3 Des regroupements verticaux aux formes multiples

En 1991, l'adoption de la *Loi sur la santé et les services sociaux* a rendu obligatoires les regroupements horizontaux d'établissements de même mission opérant sur un même territoire de CLSC (Québec, 1991), mais aucun écrit scientifique portant sur ces opérations d'intégration n'a pu être retracé. En 1996, à la suite de la refonte de la Loi, s'engage une phase de regroupements verticaux volontaires d'établissements sur une base territoriale (Turgeon & Sabourin, 1996). Les Régies régionales peuvent alors proposer des intégrations CLSC-CHSLD-CH, dans la mesure où l'établissement hospitalier visé compte moins de 50 lits de courte durée (Demers, Pelchat, et al., 2002).

Dans la foulée de cette opération, Demers et coll. (2002) ont étudié les processus d'intégration dans la région des Laurentides où les services ont été regroupés en fonction de

bassins de concertation. Le projet prévoyait des rapprochements organisationnels verticaux entre CLSC, CHSLD et CH, les établissements étant toutefois libres de déterminer le mode de rapprochement souhaité. L'expérience met d'abord en relief que la capacité à intégrer les services dépend essentiellement du mode de regroupement institutionnel choisi, les ententes de partenariat favorisant davantage la réalisation de l'intégration que les fusions. Ensuite, la réussite repose aussi sur l'adhésion des établissements participants à la démarche, à leur capacité à modifier leurs façons de faire et à accepter des compromis sur leur degré d'autonomie. Dans les cas ayant impliqué une fusion, la taille des établissements s'est avérée être un facteur déterminant du succès de l'exercice, une taille comparable diminuant le risque de domination d'une organisation sur l'autre (Demers, Pelchat, et al., 2002).

Dans la même lignée, Lamarche et coll. (2001), qui se sont intéressés à cette même expérience dans la région des Laurentides, concluent que l'intégration de la gouvernance, notamment par le biais de fusions verticales, n'est pas un gage du développement de réseaux intégrés de services. Ainsi, « les réseaux de services sont généralement plus développés dans les bassins qui ont misé sur les ententes pour le partage des ressources et l'organisation de la prestation de services plutôt que sur les modifications juridico-administratives [...] » (Lamarche, et al., 2001, p. 80). L'autonomie des organisations demeure l'enjeu central du processus d'intégration et des réflexes de repli et de protection des intérêts sont spontanément mis de l'avant. Mais cette question identitaire s'exprime différemment selon le type d'établissement; les CH favorisent des stratégies d'expansion en faisant généralement la promotion des fusions, tandis que les CLSC cherchent plutôt à les éviter pour protéger leur mission préventive. Finalement, plus globalement, l'environnement a également une incidence sur la dynamique d'intégration, alors que « les contextes géographique, socio-politique, démographique et historique modèlent les comportements des acteurs en présence et influencent tant le degré de développement que la forme des réseaux qui en émergent » (Lamarche, et al., 2001, p. 88).

Pour leur part, Turgeon et Sabourin (1996), dans leur enquête provinciale sur ces mêmes regroupements interétablissements, montrent qu'une forte majorité des institutions sondées avaient opté pour des formes de rapprochements flexibles, qui ne menaçaient pas l'intégrité juridique ou organisationnelle des partenaires impliqués. Qui plus est, ils notent que « plus

les types de regroupements sont complexes du point de vue de la diversité des partenaires, plus les projets se concentrent sur la reconfiguration de services de soutien et/ou administratifs » (Turgeon & Sabourin, 1996, p. 203). Les auteurs concluent que les regroupements d'institutions dont les missions sont semblables ou différentes, mais dont les clientèles demeurent homogènes, sont moins complexes à réaliser que ceux dont les partenaires ont des missions similaires, mais des populations desservies diversifiées; c'est notamment le cas des fusions horizontales de centres hospitaliers (Turgeon & Sabourin, 1996).

2.4.4 Les fusions des hôpitaux universitaires

Denis et coll. (1999) livrent un examen empirique du processus d'implantation d'une fusion horizontale, celle des hôpitaux universitaires des régions de Québec et Montréal au milieu des années 1990. Selon ces auteurs, les difficultés rencontrées durant ces regroupements sont attribuables à trois facteurs principaux : la redistribution des centres de pouvoir dans le contexte de la structure d'autorité diffuse propre aux hôpitaux, l'attachement des établissements à leurs cultures organisationnelles, et enfin le caractère contradictoire des objectifs sous-tendant la fusion (nommément la poursuite d'une logique de rationalisation plutôt que de développement).

En ce qui a trait aux conditions de réalisation du processus, les auteurs concluent que les fusions ne produisent des résultats concrets que si des efforts d'intégration sont également déployés aux niveaux clinique et opérationnel. De plus, le nouvel établissement doit disposer du temps nécessaire pour assurer la reconstruction de sa culture organisationnelle, et l'implantation doit s'accompagner d'une injection de fonds de manière à créer des incitatifs au changement, des conditions impossibles à rencontrer si l'objectif de la démarche est la rationalisation. Paradoxalement, « money and time are precisely what cannot be provided if the rationalization objectives of the mergers are to be attained. In fact, if these resources had been available in the first place, the mergers might never have occurred » (Denis, et al., 1999, p. 310).

Portant aussi sur les fusions d'hôpitaux universitaires, une deuxième étude, celle de Comtois et coll. (2004), aborde la question sous l'angle des discours et des justifications sous-tendant les décisions des établissements de joindre ou non une fusion. Elles reposent concurremment sur trois types d'argumentaire : un discours technique de réduction des coûts et des duplications, des impératifs institutionnels, comme la coercition ou un effet de mimétisme vis-à-vis des expériences tentées dans d'autres juridictions, et des arguments politiques liés à l'autonomie et la survie. Sur ce dernier point, les auteurs soulignent les compromis sous-jacents au processus : « merger – something that in former times represented an unacceptable loss of autonomy – became a political lifeline for some organizations : a much more acceptable alternative than closure » (Comtois, et al., 2004, p. 315). En ce sens, les enjeux politiques se posent non seulement à l'externe, dans les interactions de l'organisation avec son environnement, mais aussi à l'interne, où les différents intérêts et groupes en présence exercent une solide influence sur les décisions organisationnelles (Comtois, et al., 2004).

2.4.5 La mise en place des CSSS

Avec la réforme de la santé et des services sociaux en 2003, le Québec entre dans une nouvelle phase d'intégration des établissements. Nous recensons ici les quelques études disponibles portant plus spécifiquement sur la mise en place des CSSS sous l'angle de l'intégration de la gouvernance. Signalons toutefois qu'il existe d'autres travaux en lien avec la réforme, traitant notamment des rapports des CSSS avec les organismes communautaires (Bourque, Lachapelle, Maltais, Savard, & Tremblay, 2011) ou encore de l'approche populationnelle (Breton, et al., 2008).

La recherche évaluative la plus complète concernant les processus de fusion a été réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui, au moment de la mise en branle de la réforme, a élaboré un projet visant à « comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes de la mise en place des RLS dans le cadre de la réorganisation des services [...] et à examiner l'implantation des structures » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a, p. 7).

Alors que les objectifs de la transformation suscitent l'adhésion, des oppositions s'expriment d'entrée de jeu face au moyen retenu pour la mise en œuvre, notamment les fusions d'établissements. Si diverses stratégies sont mises de l'avant pour jeter les bases des nouvelles organisations, le MSSS (2010, p. 44) note que « la vitesse de réalisation ainsi que le contexte dans lequel se déroule le processus d'intégration du CSSS sont étroitement liés aux stratégies exercées par les directions générales. »

Quant à la collaboration interétablissement, elle demeure à géométrie variable, le mélange des différentes cultures organisationnelles étant ardu. D'abord, dans les CSSS qui intègrent un CH, l'enjeu porte sur le partage des rôles et des responsabilités entre la 1^{re} et la 2^e ligne, ce qui laisse les CLSC craintifs quant au maintien de leur identité et de leur pouvoir. L'identification à l'ancien établissement demeure forte et se manifeste par des réflexes de défense des savoir-faire tant au plan clinique qu'administratif, et par le désir de maintenir le statu quo. À ce chapitre, si la fusion des CLSC se révèle difficile à actualiser, la présence d'un CH à intégrer retarde la mise en place des changements, même la taille de celui-ci a globalement peu d'importance sur le processus. Qui plus est, l'étude indique que le fait d'avoir vécu ou non des fusions avant 2004 ne constitue pas un facteur à partir duquel on peut apprécier la rapidité des changements ni le degré d'intégration (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

L'étude conclut à la priorité accordée à l'intégration structurelle, l'intégration administrative étant généralement bien avancée, mais l'intégration des services demeure inachevée. Le degré d'avancement de la fusion, tant sur la dimension organisationnelle que clinique, semble s'expliquer par quelques facteurs communs.

Ainsi, le style de leadership (directif, participatif ou statu quo) exercé par la direction, l'importance (plus ou moins grande) attribuée aux mécanismes de concertation et de communication déployés pour impliquer et informer le personnel, les liens de confiance (plus ou moins serrés) entre la direction et le CA et l'ampleur du soutien de l'Agence conditionnent à la fois la vitesse et la solidité des changements entrepris. Tous ces éléments influencent grandement le climat de travail et le degré d'adhésion du personnel aux changements proposés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. IX).

Les médecins, pour leur part, adhèrent de manière mitigée aux RLS et participent peu aux fusions, mais disent craindre pour la perte de la 1^{re} ligne surtout dans les CSSS hébergeant

un CH. Ils soulignent le peu d'effets des fusions sur leur pratique et déplorent l'éloignement des lieux décisionnels (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Une deuxième étude, ancrée dans une approche théorique de gestion du changement, analyse la réforme du point de vue des pratiques des gestionnaires relatives à l'organisation des faits (*sense-making*) et à la définition des stratégies organisationnelles pour mener à bien la transformation (Denis et al., 2008). Les auteurs y remarquent que l'inclusion d'un hôpital dans le CSSS semble constituer un déterminant important de la capacité à implanter les changements souhaités par la réforme, mais qu'elle complexifie d'autant le processus, en raison de l'ensemble des valeurs et des modes de fonctionnements différenciés qui doivent être réconciliés. Ils concluent qu'il est aussi important pour les gestionnaires d'agir tant sur le volet organisationnel, donc sur les structures, que sur le volet stratégique, pour véhiculer une vision et donner un sens aux actions posées, tout en tirant profit des contraintes et des influences externes pour implanter la transformation (Denis, Lamothe, Langley, Breton, et al., 2008).

Dans le même sens, Demers (2013) affirme que l'intégration de l'hôpital dans le CSSS complique l'intégration organisationnelle et clinique, parce que l'on doit uniformiser des façons de faire à priori très différentes. Les expériences les plus heureuses sont celles des fusions volontaires desquelles naissent des organisations à échelle humaine, ce qui a un impact positif sur l'émergence de normes communes et la création de liens de collaboration.

À notre connaissance, une seule étude a abordé cette transformation sous l'angle spécifique de la sociologie politique, en s'attardant notamment aux stratégies déployées par divers groupes ou institutions pour influencer les décisions relatives à la réforme (Contandriopoulos, et al., 2007). La recherche montre que la mise en œuvre du projet de loi 25 s'est avérée être un processus éminemment politique dans lequel les groupes, inégaux au chapitre de l'influence, ont déployé des stratégies s'apparentant au lobbying⁷ et,

⁷ Le lobbying est « la traduction fonctionnelle des actions des groupes (et associations) visant à influencer de titulaires de charges publiques » (Hudon, 2005, p. 222).

dans certains cas, au patronage⁸ pour influencer sur l'implantation. Leurs revendications se sont articulées autour de deux pôles principaux : des actions pour se prévaloir des exclusions relatives aux fusions d'établissements et des contestations liées aux délimitations territoriales des CSSS. En définitive, deux facteurs ont joué un rôle crucial dans l'implantation de la loi soit, d'une part, le fait que la discussion sur les objectifs de la réforme et ses modalités d'application soit restée limitée aux acteurs internes du réseau, et d'autre part que des compromis aient été négociés de manière à prévenir une opposition potentielle de la part d'acteurs centraux, c'est-à-dire ceux qui ont un accès privilégié aux titulaires de charges publiques (Contandriopoulos, et al., 2007).

2.5 Les constats sur l'état des connaissances

Dans cette recension des écrits, nous avons d'abord voulu, en guise de mise en contexte, clarifier certains des concepts centraux autour desquels se construit notre objet de recherche. Nous avons ensuite abordé la problématique de l'intégration fonctionnelle de la gouvernance, la littérature ayant également révélé la contribution des politiques publiques, des acteurs politiques, du contexte institutionnel, du cadre législatif, de l'identité organisationnelle et de la mobilisation des décideurs, professionnels et cliniciens pour mener à bien de telles transformations. Dans la même veine, quelques expériences concrètes d'intégration de la gouvernance ici et ailleurs ont montré que la redistribution des centres de pouvoir, l'attachement des organisations à leur culture et les réflexes de repli en découlant, ainsi que l'occultation des dimensions cliniques et opérationnelles des regroupements ont constitué des barrières aux transformations. En définitive, il en ressort que l'intégration de la gouvernance des établissements de santé ne semble pas nécessairement être une condition préalable à une intégration réussie des services et des soins.

⁸ Le patronage évoque « des liens personnalisés, entre des individus appartenant à des groupes sociaux disposant de ressources matérielles et symboliques de valeur très inégale, reposant sur des échanges durables de biens et de services, généralement conçus comme des obligations morales unissant un "patron" et les "clients" qui en dépendent » (Briquet, 1998).

Malgré ce bilan, il demeure que « the available literature regarding healthcare mergers is scarce relative to the amount of activity in this area [...] » (Cereste, et al., 2003, p. 9). L’OMS en vient à la même conclusion concernant le caractère parcellaire des évidences qui ne permettent pas de tirer des leçons claires sur les conditions de succès d’une fusion (World Health Organization, 2008). Notons d’abord que les travaux existants se sont davantage penchés sur l’intégration des services que sur celle de la gouvernance. Ensuite, les études portant spécifiquement sur les regroupements d’organisations ont surtout été réalisées dans les contextes américain et européen et traitent davantage d’expériences d’intégration horizontale. En effet, la littérature sur l’intégration verticale de la gouvernance d’établissements de santé offrant divers niveaux hiérarchiques de soins demeure extrêmement ténue. De plus, les études se soucient davantage de documenter l’impact des fusions plutôt que le processus qui les sous-tend (Denis, et al., 1999; Fulop, et al., 2005), sans chercher à expliquer la façon dont certains facteurs interagissent pour freiner ou faciliter les regroupements. Enfin, l’angle d’analyse de ces enjeux nous semble dominé par les perspectives de gestion, de management et des théories des organisations, et ce, particulièrement dans les études en contexte québécois.

Comme l’expliquent Fulop et coll. (2005, p. 129), « policies underplay the importance of the context within which mergers take place, of which the drivers are themselves a part and ignore the processes of implementing mergers which includes the relationship between organizations and the people within it ». Dans la même veine, Bazzoli et coll. (2004, p. 321) ajoutent que « there is a great need to better understand how change plays out for different organizations » alors que Best et coll. (2012, p. 421) font plus globalement remarquer que « an evidence base that addresses issues of complexity and context is urgently needed for large-system transformation (LST) and health care reform. »

Peu de travaux livrent donc un examen empirique descriptif et analytique de la dynamique d’implantation d’une transformation de la gouvernance à partir d’une perspective de politiques publiques, et notamment du point de vue des acteurs ayant pris part au changement de manière à mettre en lumière leurs expériences. Qui plus est, somme toute peu d’écrits portent sur la situation québécoise, et ce, malgré la large expérience de la province en matière de fusions d’établissements (Richard, et al., 2007). Dans ce contexte,

nous croyons déceler un besoin pour des études qui aborderaient l'intégration de la gouvernance dans une perspective qui permettrait de mieux situer ce type de transformation en contexte, sous l'angle de la mise en œuvre locale d'une réforme d'ampleur à l'échelle d'un système de santé.

2.6 La question de recherche et les objectifs

Ce projet de recherche doctoral tente donc d'enrichir la base empirique sur les dimensions relatives à la dynamique de l'intégration verticale de la gouvernance des établissements de santé dans le cadre de la réforme introduite au Québec en 2003 par le projet de loi 25 (Québec, 2003). Nos observations sont principalement dirigées vers les transformations survenues au palier local du système de santé, où est instauré un nouveau modèle organisationnel.

De manière plus précise, nous nous intéressons au processus ayant mené aux fusions des CLSC, CHSLD et CH sous l'égide d'une gouvernance commune sise au sein d'un nouvel établissement : le CSSS. En liant des établissements offrant divers niveaux hiérarchiques de soins sur un même territoire, cette structure de gouvernance commune offre l'opportunité de créer des ponts entre les services de 1^{re} et de 2^e lignes permettant, du même coup, d'intégrer, du point de vue clinique, un continuum complet de services.

Notre question de recherche se formule donc comme suit :

Comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance administrative des établissements de santé dans le cadre de la réforme visant la mise en place des CSSS entreprise en 2003-2004 au Québec?

Pour nous permettre de répondre à cette question, nous poursuivons *quatre objectifs principaux* :

- 1) Décrire, pour des territoires choisis, l'évolution historique des rapprochements ou des regroupements d'établissements engagés avant 2003-2004.

- 2) Comprendre comment, par la suite, se sont négociées et traduites localement les modalités des fusions administratives prévues par le projet de loi 25.
- 3) Analyser les stratégies et dynamiques d'implantation locales de l'intégration de la gouvernance, et ce, en examinant les expériences de fusion de CH-CLSC-CHSLD dans les territoires choisis.
- 4) Explorer, du point de vue des acteurs, les répercussions perçues des dynamiques d'intégration locales de la gouvernance sur l'intégration subséquente des missions et des services.

Chapitre 3 - Cadre d'analyse

Ce troisième chapitre présente le cadre d'analyse retenu pour éclairer l'examen de notre objet et ainsi permettre de répondre à la question de recherche énoncée. Dans un premier temps, après une présentation générale de la perspective adoptée, laquelle s'inscrit dans le champ de la science politique et mobilise plus particulièrement la branche des politiques publiques, nous exposons plus en détail les quatre grandes dimensions constitutives du cadre, de même que les concepts sous-jacents permettant leur opérationnalisation. Dans un deuxième temps, nous discutons des propriétés dynamiques et interactives des grandes dimensions du cadre retenu pour, dans un troisième temps, expliquer de quelle manière il a été mobilisé durant le processus de recherche.

3.1 Réforme, changement et politiques publiques : un cadre d'analyse situé dans le champ politique

D'un point de vue sociologique, dans les démocraties contemporaines, la réforme constitue la voie classique empruntée pour mener à bien des transformations. En effet, selon Rocher (2008), un processus réformateur peut être circonscrit en fonction de critères particuliers : celui-ci s'engage après l'expression, par des acteurs, d'une intention claire d'engager un changement; à cette fin, ils auront procédé à une analyse critique de la situation existante puis développé un plan d'action visant à résoudre les incohérences préalablement identifiées. La notion du changement est donc centrale à l'étude des réformes, et son explication, l'un des enjeux-clés de l'analyse contemporaine des politiques publiques dans plusieurs secteurs (Béland, 2010). Par exemple, des travaux issus du contexte américain (Marmor, 2001; Oliver, 1999, 2000), européen (Ham, 2009; Saltman & Figueras, 1998; Saltman, Figueras, & Sakellarides, 1998) et canadien (Maioni, 1998; Tuohy, 1999a), ont traité de l'évolution contemporaine des réformes et des politiques dans le secteur de la santé.

Or, parce qu'elle renvoie explicitement à la notion de changement, l'étude des réformes ne peut faire l'économie d'une lecture proprement politique. De fait, le changement trouve sa source dans le conflit, qui, lui-même, est l'un des fondements centraux du politique (Hudon & Poirier, 2011). Certes, la sphère du politique se caractérise, d'une part par ses objets, soit la présence simultanée de conflits et de relations de pouvoir, rattachée à des comportements de domination et de résistance, et d'autre part par ses modes d'action que sont le compromis et la négociation, pour arriver à gérer les désaccords (Hudon & Poirier, 2011). En somme, « le conflit permet justement de révéler les contradictions sociales, de les exprimer, et, par l'activité politique, de les négocier » (Hudon & Poirier, 2011, p. 42).

Le cadre d'analyse retenu s'inscrit donc dans cette sphère du politique. Le champ de l'économie politique⁹ rassemble et synthétise plusieurs perspectives théoriques qui expliquent, chacune à leur manière, les rapports entre le système politique et le système social; ces perspectives varient dans leurs interprétations tant de la localisation du pouvoir, des acteurs qui le détiennent, que des mécanismes qui permettent aux politiques de se transformer (Hall, 1997).

Étant donné le croisement des regards théoriques qu'elle propose, l'approche d'économie politique retenue nous semble particulièrement indiquée pour étudier le changement dans un contexte de gouvernance pluraliste, où les conditions d'exercice du pouvoir sont plus ouvertes (Hudon & Poirier, 2011). À ce chapitre, une synthèse de la littérature sur les politiques de santé au Canada (Bhatia, 2003, p. 46) a montré que « there is no obvious and parsimonious theory or model that will explain policy development and change, even within a single country, a single sector, and a single point in time. Instead, there are multiple factors and contingencies that are specific to the issue in question and to the particular contextual environment of the time ». Oliver et Mossialos (2005, p. 7) abondent en précisant que « it is unlikely that a single explanatory theory will ever be able to account for all of the health sector developments in any one country, let alone across many countries with diverse cultures, histories, institutions, and interest groups ». Ainsi, un

⁹ Le terme « économie politique » renvoie ici au champ d'étude de la politique comparée qui s'intéresse aux relations entre l'État et le marché comme moyens de structurer l'activité humaine. Appliqué à l'étude des réformes, il fait référence à l'analyse, à partir de données politiques, des moyens d'action pour réaliser des changements structureaux (Hall, 1997).

examen approfondi des mécanismes et de la dynamique du changement d'un secteur aussi complexe que celui de la santé appelle à une pluralité d'approches théoriques (Marmor & Dunham, 1983; Marmor & Wendt, 2012; Oliver & Mossialos, 2005), permettant ainsi d'analyser le sujet observé sous différents angles.

Appliquée au secteur de la santé, l'économie politique identifie quatre grandes dimensions exerçant une influence tant sur les processus de développement des politiques publiques que sur le renouvellement de celles-ci : les *institutions*, les *idées*, les *intérêts*, et les *événements* (Hecló, 2010; Lavis, Ross, & Hurley, 2002; Lavis et al., 2012; Lichbach & Zucherman, 1997; Lieberman, 2002; Sabatier, 2007; Weatherford & Mayhew, 1995). Proposant diverses conceptions sur les moteurs du changement social, ces dimensions réunies constituent un cadre d'analyse qui permet d'observer comment le changement se produit et de repérer les variables-clés qui interviennent dans un tel processus (Skocpol & Kennan Seliger, 2004).

Les perspectives théoriques qui sous-tendent chacune des dimensions reflètent justement les principales écoles de pensées du champ qui, comme l'indique Hall (1997, pp. 175-176) « encompasses analysts who approach the world from somewhat different perspectives [...]. [There are] those that attach special importance to interests, institutions, or ideas in the analysis of the political economy. In broad terms at least, this division reflects the three primordial questions that animate the field ». Étant donné le caractère intriqué des dimensions, les analyses inspirées de l'économie politique s'appuient généralement sur un examen, non pas de ces variables prises isolément, mais plutôt sur la manière dont leurs interactions et leurs connexions permettent de produire du changement.

D'un point de vue empirique, le champ de l'économie politique des réformes en santé a contribué au développement d'une imposante littérature s'attardant aux dynamiques de transformation de ces systèmes. Par exemple, appliquée au contexte canadien, cette perspective a notamment permis de mettre en lumière le caractère incrémentiel et graduel des transformations subies depuis l'instauration du régime public; elle a permis de montrer que les réformes n'ont généralement apporté que des ajustements à la marge aux fondements d'un système caractérisé par la relative stabilité de ses attributs centraux et de

ses politiques de santé (Boase, 1996; Davidson, 2004; Jacobs, 2005; Maioni, 1995; Naylor, 1999; Tuohy, 1999a, 1999b, 2002).

3.2 Les quatre dimensions de l'économie politique

3.2.1 Les institutions

Les perspectives institutionnalistes occupent une place centrale dans le champ de la théorie politique (Lieberman, 2002). Elles sont nées d'un constat voulant que l'État, ses institutions politiques et ses structures organisationnelles ne soient pas qu'une simple courroie de transmission des politiques, mais aient plutôt un impact indépendant et direct sur celles-ci (Berman, 2012). Dans ce contexte, elles postulent que ce sont principalement les institutions qui déterminent les agissements des acteurs et s'intéressent à la manière dont les politiques sont déterminées par ces mêmes institutions qui, elles, à leur tour, structurent la réalité politique (March & Olsen, 1986).

Les institutions sont définies comme les « formal and informal procedures, routines, norms and conventions embedded in the organizational structure of the polity or the political economy » (Hall & Taylor, 1996, p. 938). Plus concrètement, elles sont couramment associées aux organisations, et donc aux règles et conventions qui sont promulguées par ces instances formelles (Hall & Taylor, 1996). En somme, les perspectives institutionnalistes étudient l'impact des structures institutionnelles (règles et processus décisionnels, structures organisationnelles et normes), sur les processus politiques (expression et agrégation des préférences, allocation et régulation du pouvoir) et sur l'issue des politiques publiques (Lieberman, 2002).

Si les perspectives institutionnalistes ont abondamment été utilisées pour expliquer le développement des systèmes de santé (Oliver & Mossialos, 2005), c'est principalement le néo-institutionnalisme¹⁰ historique qui a servi d'angle d'analyse principal pour jeter un

¹⁰ La littérature distingue généralement trois types de néo-institutionnalisme : historique, par choix rationnel, et sociologique.

regard sur la transformation de ce secteur, notamment au Canada (voir Hacker, 1998; Maioni, 1998; Tuohy, 1999a). L'institutionnalisme historique soutient qu'il existe une relation de réciprocité entre d'une part les institutions et d'autre part le comportement des acteurs sociaux et de l'État, les conflits politiques étant essentiellement arbitrés par ces acteurs en fonction du contexte institutionnel dans lequel ils évoluent (Thelen & Steinmo, 1992).

Deux postulats de base sous-tendent l'institutionnalisme historique. Le premier est celui de la dépendance au sentier (*path dependence*). Il indique que les acteurs sont parties prenantes d'institutions qui, elles, structurent et modèlent leurs comportements et leurs activités en fonction de chemins prédestinés, ce qui pousse la logique de développement des politiques publiques vers ces sentiers prédéterminés. Ce chemin est tracé, d'une part par un processus de modelage des institutions pour qu'elles soutiennent *ipso facto* les politiques en place, et d'autre part par la construction de schèmes de pensée précis chez les décideurs, opérations ajoutant, corollairement, aux coûts sociaux, économiques et politiques potentiels de choisir un chemin alternatif (Hacker, 2004; Hall & Taylor, 1996; Pierson, 2000).

Un deuxième concept central, complémentaire au premier, est celui de la rétroaction et des héritages de politiques (*policy feedback and policy legacies*) (Pierson, 1993); il spécifie que les tentatives de réforme du passé sont généralement garantes de celles du futur, les décisions antérieures s'enracinant profondément au point de rendre les changements subséquents à la fois difficiles et coûteux (Skocpol & Kennan Seliger, 2004). Comme l'indique Béland (2010, p. 626), « institutionalist scholars have shown power fragmentation and existing policy legacies can affect the strategies of policy actors while creating strong obstacles to path-departing policy change ». En effet, il devient ardu de renverser des choix institutionnels passés justement parce que briser les règles et les normes qu'ils ont instaurées génère des coûts pour l'organisation et ses acteurs (Trouvé, Couturier, Etheridge, Saint-Jean, & Somme, 2010). Par l'inertie qu'elle instaure, l'histoire revêt donc un caractère contraignant.

Pour s'écarter du chemin déjà tracé, il faut une conjoncture particulière, comme l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité au sens où l'entend Kingdon (2003). Ainsi, des chocs ou des

événements externes, ou encore l'émergence d'idées portées par des groupes puissants, peuvent permettre de diverger momentanément du sentier, avant que les institutions et les politiques ne se confinent de nouveau à un chemin précis et que l'inertie ne redevienne la norme (Béland, 2010; Greener, 2005). En somme, comme l'indique Béland (2010, p. 618) :

recognizing both the agency of political actors and the structuring role of formal political institutions, historical institutionalism also considers the impact of previously enacted measures on policy making, which has become a key issue in contemporary healthcare research. The concept of policy feedback points to this potential impact of existing policies on current and future political decisions and mobilizations.

D'ailleurs, c'est précisément cet accent sur l'immobilisme et l'immutabilité qui a valu à cette perspective la critique d'être une « theory of constraint » (Campbell, 1998), donc de n'expliquer que le statu quo et la stabilité plutôt que l'évolution et le changement en matière de politiques publiques (Béland, 2010; Oliver & Mossialos, 2005). Cela dit, l'analyse des réformes en santé continue d'être largement dominée par les travaux institutionnalistes, qui sont axés sur l'identification des causes du statu quo et de la stabilité des systèmes de santé (Maioni, 1998; Tuohy, 1999a). En conséquence, ils insistent davantage sur le repérage des barrières aux réformes plutôt que sur l'identification des manières et des conditions sous lesquelles le changement peut émerger (Barnes & Macleod, 2008).

3.2.2 Les idées

Pour combler les lacunes de l'institutionnalisme historique, le champ de l'économie politique a pris le « ideational turn », qui postule que ce sont les idées qui guident les préférences des acteurs (Berman, 2012, p. 222). Ce champ émergent a donc basculé le point de mire de l'évolution des institutions vers l'analyse des idées, pour tenter d'expliquer les processus de changement (Millar, Mulla, & Powell, 2012). Cette perspective soutient que les « ideas or cultural variables more broadly defined should be assigned causal primacy because they are constitutive of the most basic meaning systems that make individual or collective action possible » (Hall, 1997, pp. 184-185). Ainsi, la signification donnée aux événements présents et passés, de même que le filtrage des informations par les acteurs, influencent l'issue des politiques (Berman, 2012). En ce sens, la dimension idéale se

préoccupe donc du rôle des intentions, des visions du monde, des connaissances, et des idéologies dans les processus de construction de signification et de l'interprétation du monde (Braun, 1999; Stone, 2002).

Il existe de multiples définitions des idées, et plusieurs hypothèses sur la manière dont elles sont construites, lesquelles contribuent subséquemment à l'interprétation des enjeux dans le champ des politiques. Bergan (2012) indique que les idées renvoient aux normes, aux croyances, aux cultures et aux idéologies. Pour leur part, Millar et coll. (2012, p. 236) indiquent que « recent definitions tend to focus on ideas as representing the substantive content of discourse or as interpretative frameworks that people share about beliefs, goals, values and strategies ». Selon Béland (2010), les idées participent à la construction de la réalité de trois manières : en forgeant une compréhension des enjeux et des problèmes, en étant des croyances qui guident le développement et le choix des politiques et en constituant des cadres qui aident les acteurs à légitimer certaines conceptions ou décisions particulières. Produit de la cognition, elles construisent les connexions entre les objets et les acteurs et constituent ainsi un guide pour l'action (Béland & Cox, 2010).

Un concept-clé de cette perspective est celui du cadre des politiques (*policy frames*), qui renvoie à la manière dont les acteurs politiques conçoivent les mécanismes de changement social (Forest, 2005). Le discours est alors perçu comme une forme d'action sociale et, à l'inverse, ces actions, elles, traduisent aussi un discours particulier. Comme l'indique Lieberman (2002, p. 700), « the important point is not only where ideas come from or how they cohere and collide but also how they come to be prominent, important and powerful, even determinative in shaping political behavior and defining political rationality ».

À titre de concept complémentaire, le cadrage (*policy framing*), peut être défini comme « a way of selecting, organizing, interpreting, and making sense of a complex reality to provide guideposts for knowing, analyzing, persuading, and acting » (Rein & Schön, 1993, p. 146). Ces schèmes de référence sont issus de la rencontre entre deux dimensions-clés de la connaissance. D'abord la dimension normative, qui confère une signification subjective à la réalité sur la base de normes et de valeurs, et guide les acteurs dans l'interprétation de ce que devrait être la réalité. Ensuite la dimension cognitive, qui structure la compréhension

du monde en expliquant comment le réel se présente véritablement (Bhatia & Coleman, 2003; Millar, et al., 2012).

Ces cadres et ces schèmes constituent un ensemble d'idées et de normes, une forme de carte routière, qui sert à orienter un acteur dans le monde des politiques publiques. Dans les faits, les acteurs forgent leur propre vision du monde, à partir de laquelle ils tentent ensuite d'occuper une position de pouvoir qui leur permettra de traduire leurs idées en politiques (Hall, 1997). Ces cadres servent autant à prioriser les intérêts à défendre, à définir la nature d'un problème, à choisir et spécifier les objectifs d'une politique qu'à sélectionner les instruments qui vont être utilisés pour les atteindre (Bleich, 2002; Hall, 1993). Mais s'ils permettent de donner un sens aux enjeux complexes, ils peuvent également restreindre l'interprétation ou la lecture d'un problème, ainsi que le choix d'une politique et des moyens utilisés pour la mettre en œuvre (Bhatia, 2003). En effet, les décideurs pourront avoir tendance à se limiter à des instruments qui sont compatibles avec leurs propres schèmes de référence qui, eux, reposent sur une conception particulière tant des origines d'un problème, que du comportement humain, des sources du pouvoir et des mécanismes de changement social (Andrain, 1998).

En ce sens, les schèmes de pensée peuvent, d'une part, faciliter l'action collective si un ensemble d'acteurs partagent ces mêmes normes et principes. D'autre part, ils peuvent également nuire au changement si les groupes en présence adhèrent à des visions du monde différentes. Dans ces conditions, les idées nouvelles et émergentes se heurtent à ces schèmes dominants et ne survivent généralement que si elles sont relativement conformes au cadre dominant et, en corollaire, aux valeurs et aux normes en place (Bhatia & Coleman, 2003). Or, seule la survenue d'une crise pourra forcer les acteurs à adopter un schème alternatif. En effet les changements tendent, encore ici, à être attribués à des chocs externes ou à des changements structureaux d'importance et à des contextes ou des acteurs politiques locaux (Berman, 2012). À ce chapitre, les entrepreneurs de politiques¹¹ jouent un rôle de

¹¹ Oliver (2006, p. 218) les définit comme « a particular brand of leaders who bring their own ideas for policy change to those in positions of authority and power [...]. In addition to developing and promoting their policy products, policy entrepreneurs attempt to manipulate the dimensions of a policy debate, reshaping their ideas to fit the political and economic constraints of the moment and to gain access to policy making venues ». À cet égard, on peut consulter les travaux de Salisbury (1969) sur la théorie de l'échange qui indique notamment

premier plan dans la promotion de schèmes alternatifs en ouvrant des fenêtres d'opportunités pour que ces nouvelles idées soient promues (Kingdon, 2003).

Contrairement à la perspective institutionnaliste, qui postule que le changement radical est issu de facteurs exogènes, dans la dimension idéale, il est plutôt problématisé comme une réponse à une nouvelle perception ou manière de penser (Béland & Cox, 2010). Ainsi, un processus de réforme nécessitera d'abord d'introduire des changements dans les schèmes eux-mêmes (Forest, 2005), une modification radicale dans ces derniers se traduisant généralement par une transformation de grande importance. C'est d'ailleurs pourquoi Hall (1993) indique que les changements aux instruments de politique sont généralement la voie la plus empruntée pour induire des réformes, dans la mesure où les schèmes sous-jacents eux-mêmes demeurent difficiles à transformer.

Généralement, deux éléments principaux, les connaissances et les valeurs, interviennent dans la construction de ces schèmes. Dans un premier temps, les connaissances se construisent sur la base du savoir scientifique disponible ou du savoir expérientiel propre à l'acteur (Bhatia & Coleman, 2003). Ces connaissances servent certes à appuyer des prises de décisions, mais s'avèrent surtout utiles pour les défendre (Marmor & Dunham, 1983). Dans un deuxième temps, les valeurs, constituées des croyances et des suppositions sur ce que devrait être la réalité, jouent aussi un rôle-clé dans les processus décisionnels (Bhatia & Coleman, 2003). Les politiques publiques se construisent donc dans un contexte où sont véhiculées diverses conceptions sur la nature de la société et sur le rôle approprié du gouvernement dans un secteur de politique particulier (Andrain, 1998; Hall, 1989; Skocpol & Kennan Seliger, 2004).

Malgré son utilisation de plus en plus fréquente dans l'analyse des réformes de santé, la perspective idéale n'est toutefois pas exempte de critiques. Les travaux récents ont montré la nécessité d'en arriver à de meilleures définitions des principales variables, à voir de quelle manière les idées deviennent institutionnalisées, à mieux les distinguer des intérêts et à comprendre comment elles interagissent avec les institutions pour influencer les

que les entrepreneurs investissent pour se procurer des bénéfices qu'ils échangent ensuite avec d'autres acteurs.

politiques (Abdelal, Blyth, & Parsons, 2010; Béland, 2010; Berman, 2012; Millar, et al., 2012).

3.2.3 Les intérêts

La perspective des *intérêts*, qui prédomine le champ politique (Marmor & Dunham, 1983), s'articule autour de la relation entre l'État et les groupes sociaux (Bhatia, 2003). Comportant une dimension à la fois individuelle et collective, les intérêts sont le point de départ du politique. D'entrée de jeu, la conscience des intérêts, tels que définis par l'intervention dans les structures sociales, est ce qui permet aux individus de devenir des acteurs politiques (Hudon & Poirier, 2011).

Dans leur dimension collective, les groupes d'intérêt constituent, eux, sans exercer directement le pouvoir, « une organisation soucieuse d'influencer des décisions publiques touchant plus ou moins immédiatement les intérêts qu'elle a vocation ou prétention à représenter » (Hudon, 2009, p. 263). D'un point de vue de politiques publiques, cette perspective analyse les groupes d'acteurs impliqués dans leur développement, qu'elle voit comme le résultat d'une négociation, d'une médiation entre divers intérêts se rattachant à différentes visions du problème et des objectifs à poursuivre (Marmor & Dunham, 1983). En ce sens, les politiques sont le produit des manières dont les groupes exercent du contrôle, de l'influence et du pouvoir les uns sur les autres (Oliver, 2006).

Bien que la perspective des intérêts soit constituée de plusieurs courants analytiques, c'est le pluralisme, issu des travaux sur la sociologie politique de Bentley, qui est demeuré le plus utilisé. Le pluralisme soutient que la compétition et la réconciliation entre les différents groupes sociaux constituent la dynamique politique la plus influente dans le développement des politiques (Howlett & Ramesh, 2003). Postulant que les acteurs possèdent un pouvoir inégal et un degré d'organisation variable (Hudon & Poirier, 2011), le pluralisme s'intéresse à leurs ressources, leurs aptitudes politiques, leurs stratégies, leurs actions et aux liens qu'ils entretiennent entre eux (Marmor & Dunham, 1983). Selon cette perspective, les politiques publiques sont donc le fruit de la concurrence entre ces groupes : elles reflètent, en quelque sorte, l'issue de cet affrontement.

Comme le pluralisme avait tendance à sous-estimer le rôle des acteurs gouvernementaux dans le développement des politiques, il a évolué vers le néo-pluralisme qui lui, soutient que les intérêts ne sont pas nécessairement tous représentés (Hudon & Poirier, 2011). Les groupes, vu leur nombre croissant, s'organisent entre eux dans des secteurs de politiques particuliers. Cette évolution a donné lieu à l'émergence du concept des réseaux de politiques (*policy networks*) qui ont largement trouvé écho dans les travaux empiriques sur les groupes d'intérêt dans le domaine de la santé (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993).

Comme sous-ensembles des communautés de politiques¹² (*policy communities*), les réseaux de politiques (*policy networks*) renvoient, selon Rhodes (2007, p. 1244), aux « sets of formal and informal institutional linkages between governmental and other actors structured around shared interests in public policymaking and implementation. These institutions are interdependent. Policy emerges from the bargaining between networks members ». L'élaboration et la mise en œuvre des politiques sont donc garantes des négociations se déroulant dans ces réseaux, qui nouent des liens entre la société civile et les acteurs étatiques (Hudon & Poirier, 2011).

Initialement mis en évidence par Salisbury (1969), un deuxième concept, celui des entrepreneurs de politiques (*policy entrepreneurs*), est également central à cette perspective. Se chargeant de mobiliser les intérêts latents (Hudon & Poirier, 2011), ces entrepreneurs investissent des ressources, du temps et de l'énergie pour lier les problèmes, les solutions et la politique, tel que le conçoit Kingdon (2003). Toutefois, leur capacité à introduire un changement est fortement associée à leur aptitude à saisir les opportunités surgissant dans l'environnement et à simultanément porter attention « to contextual factors, to individual actions within those contexts, and to how context shaped such actions » (Mintrom & Norman, 2009, p. 651).

Pour ce faire, l'entrepreneur doit pouvoir miser sur des compétences particulières. D'abord, l'acuité sociale lui permet de reconnaître et de saisir les fenêtres d'opportunité, en mobilisant notamment les réseaux de politiques, tentant de comprendre leurs idées et les

¹² Les communautés de politiques (*policy communities*) comportent des acteurs qui ont un intérêt direct ou indirect dans un secteur de politique donné, qui partagent des objectifs, des normes et des idées communes et qui, à divers degrés d'influence, forgent les politiques à long terme (Baumgartner, 2012; Coleman & Skogstad, 1990).

enjeux en fonction du contexte local et en y répondant efficacement. Il doit aussi arriver à définir les problèmes de façon à influencer sur la manière dont les acteurs vont les relier à leurs intérêts propres. Enfin, il doit tabler sur les coalitions et diriger par l'exemple en démontrant la faisabilité politique de ses propositions et en transformant les idées en actions (Mintrom & Norman, 2009).

3.2.4 Les événements

Pour en arriver à développer une vision articulée des conditions du changement, une attention particulière doit être portée au contexte social et économique dans lequel il s'opère. Ainsi, au cadre d'origine situé à l'intersection des institutions, des idées et des intérêts se greffe un quatrième axe : les *événements* (Kingdon, 2003; Lavis, et al., 2002; Lavis, et al., 2012). Cette dimension événementielle, nous l'avons évoquée, est fondée sur le postulat que ce sont des facteurs exogènes qui sont sources de transformation et renvoie de fait aux contingences sociales et économiques qui forgent les dynamiques de changement (Forest, 2005). Ainsi, les transformations obéissent à des événements épisodiques survenant dans le secteur de la santé comme, par exemple : des changements technologiques, l'apparition de nouvelles maladies ou de nouveaux traitements, ou la fluctuation des cycles économiques (Oliver & Mossialos, 2005; Oliver, 2006). Notons toutefois que si les réformes de grande envergure sont parfois induites par des circonstances exogènes au secteur de la santé, la direction et le caractère de la transformation sont souvent déterminés par des facteurs endogènes (Kingdon, 2003; Mintrom & Norman, 2009). En somme, comme l'indique Béland (2010, p. 627), « policy change should systematically take into account changing social and economic circumstances. Actor react to such circumstances and scholars must pay close attention to how existing ideational and institutional frameworks mediate their impact on policy development. »

3.3 Des dimensions en interaction

Les quatre perspectives que nous venons d'explorer sont interdépendantes et intriquées. Bien qu'elles se distinguent par le type de variables et les concepts sur lesquels elles mettent l'accent, comme Hall (1997, p. 189) l'indique, « it is often possible to incorporate insights from each into a single analysis. Moreover, some of the most exciting conceptual developments in the field are those taking place at the margins of each approach where it interfaced with the others ». Notons que plusieurs pistes d'analyses sont explorées dans la littérature quant à la manière dont ces quatre facteurs interagissent – pour une discussion détaillée, voir Béland et Cox (2010).

Une question centrale permet de résumer l'évolution actuelle du champ et ses pistes de recherche futures : le changement est-il simplement le fruit de facteurs exogènes ou d'une complexe interaction entre les institutions, les idées et les intérêts (Greener, 2005)? Actuellement, l'état de la réflexion en économie politique tend à démontrer que la dimension idéale revêt possiblement une fonction intégratrice en permettant, d'une part, de combler les lacunes de l'institutionnalisme historique, et d'autre part, de mieux comprendre comment les acteurs perçoivent leurs intérêts et leur environnement. En somme, « studying this interaction between ideational and institutional processes extends our understanding about the nature of policy change » (Millar, et al., 2012, p. 234).

3.4 Un cadre appliqué à l'étude de la mise en œuvre locale d'une réforme

Pour notre recherche, ce cadre d'analyse sera mobilisé pour examiner la mise en œuvre locale d'une réforme, celle de l'intégration de la gouvernance des établissements de santé prévue par le projet de loi 25 au Québec. L'implantation d'une politique requiert la participation d'une foule d'acteurs, qui diffèrent parfois de ceux qui étaient à l'œuvre dans les phases de mise à l'agenda et de choix de politique, dont les contributions doivent être négociées et dont le succès repose aussi sur une solide coordination (Oliver, 2006). La mise en œuvre demeure complexe, relevant d'une succession d'événements autant imprécis

qu'incertains (Blankenau, 2001), et les groupes d'acteurs y sont actifs, parfois à un point tel que les politiques sont reformulées pendant leur implantation (Lemieux, 2002). En somme, comme l'indiquent Exworthy et coll. (2002, p. 80), « national priorities do shape local policy agendas but they are mediated by central and local expectations of policy. As such it is important to assess the ways in which local agencies have responded to the government's policy imperatives. »

Le cadre d'économie politique retenu a, jusqu'à présent, surtout été utilisé, par des chercheurs, pour analyser des transformations introduites à l'échelle de systèmes de santé, souvent dans une perspective comparative. Qui plus est, son ancrage dans les travaux de Kingdon (2003) l'a naturellement amené à être employé pour étudier plus précisément les phases de mise à l'agenda et du choix de politiques, avec corolairement comme point de mire l'échelon gouvernemental national. Rares encore sont les recherches qui font intervenir l'économie politique dans l'analyse de la phase subséquente du cycle, soit celle de l'implantation. Mais Exworthy et coll. (2002, pp. 83-84) soulignent la pertinence et l'utilité probable du cadre à la fois pour expliquer « the translation from national aspirations and policy to local action and implementation » et qu'il y a donc, au-delà du niveau gouvernemental central, des bénéfices « to its complementary application at the local levels ». Millar et coll. (2012), dans des travaux récents autour de la dimension idéale des politiques de santé, en viennent à une conclusion similaire, soulignant que le point de mire est dorénavant non plus de voir comment les idées forgent le développement national et transnational des politiques, mais plutôt comment elles influencent leur mise en œuvre. Dans ces conditions, nous estimons que le cadre intégrateur proposé est pertinent pour rendre compte de la dynamique de mise en œuvre locale de la réforme étudiée, perçue comme le produit d'interactions aux confins des zones d'intersection entre les quatre variables-clés (Lieberman, 2002).

Chapitre 4 - Méthodologie

Ce chapitre décrit et justifie les choix méthodologiques, tout en présentant le détail des opérations effectuées pour mener à bien notre étude. Dans les premières sections, nous précisons l'approche retenue, la stratégie de recherche ainsi que les modalités de sélection des cas étudiés. Ensuite, nous exposons les différents outils de collecte de données utilisés, de même que les méthodes d'analyse employées. Enfin, nous traitons des critères de qualité et de rigueur ainsi que des considérations éthiques qui ont guidé notre recherche.

4.1 Une approche qualitative

Étant donné la nature de notre objet d'étude, notre démarche mobilise une approche de recherche qualitative, laquelle se trouve particulièrement utile pour décrire, expliquer et analyser des phénomènes complexes, peu explorés et dont la conceptualisation est immature (Creswell, 2003).

Cette recherche s'ancre dans une perspective épistémologique constructiviste, qui sous-entend l'existence d'une pluralité de réalités et de perspectives, de significations subjectives et contextualisées, et de connaissances socialement et historiquement construites, émergeant essentiellement des expériences vécues par des sujets (Guba & Lincoln, 2005). Qui plus est, notre démarche d'analyse qualitative se situe plus largement dans un schème d'interprétation actanciel, très utilisé dans des disciplines des sciences sociales comme la science politique et l'économie (Berthelot, 1990). Il appréhende « les phénomènes comme des actions, c'est-à-dire comme devant être référées à des agents ou des acteurs. [...] Il renvoie à l'intentionnalité des acteurs, c'est-à-dire aux logiques, aux rationalités de leur action » dans un système donné (Berthelot, 2004, p. 80).

4.2 Une stratégie de recherche par études de cas multiples

Afin de mener à bien notre projet, nous avons retenu une stratégie de recherche par étude de cas. Creswell (2013) la définit comme l'exploration, sur une période de temps donnée, d'un cas conçu comme un système délimité (*bounded system*) au moyen d'une collecte de données en profondeur et détaillée mettant à contribution de multiples sources d'information et mobilisant chacune leur propre technique d'échantillonnage, de collecte de données et d'analyse.

Le recours à l'étude de cas est d'abord justifié par la visée explicative de notre question de recherche, dont l'objectif est, rappelons-le, de voir comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance des établissements de santé lors de la réforme de 2003-2004. Les études de cas sont effectivement particulièrement utiles pour apporter un éclairage sur une décision ou un ensemble de décisions : pourquoi ont-elles été prises, comment ont-elles été implantées et avec quel résultat (Stake, 2005; Yin, 2003)?

Qui plus est, il s'agit d'une méthode de recherche particulièrement appropriée pour étudier des phénomènes contemporains dans leur contexte réel, sans possibilité pour le chercheur de contrôler les événements étudiés (Mabry, 2008; Yin, 2003). Elle s'avère utile pour examiner des questions de recherche relativement larges, des objets complexes où se juxtaposent et s'imbriquent plusieurs variables. Ce faisant, elle permet de refléter la complexité des phénomènes sociaux et les relations d'interdépendance et de réciprocité entre le cas et son contexte, entre lesquels subsiste une frontière floue (Mabry, 2008). Encore une fois, notre recherche, de par sa nature, rejoint cette perspective. Hormis le fait que la réforme étudiée est suffisamment récente pour nous assurer un accès à ses principaux protagonistes, notre objet de recherche se trouve également indissociable de son contexte. En effet, l'analyse de l'environnement dans lequel s'est déployée la transformation nous semble essentielle à la compréhension des conditions locales de mise en œuvre de l'intégration de la gouvernance des établissements de santé.

De surcroît, cette stratégie se révèle compatible avec l'approche essentiellement inductive que nous privilégions. L'étude de cas offre une flexibilité dans la conduite du projet puisque la méthodologie peut être révisée durant le processus si de nouvelles informations

émergent lors de la collecte ou de l'analyse des données (Creswell, 2013). Elle permet de puiser à même une variété de sources (documentation diverse, entrevues, observations, artefacts, etc.) pour former un riche corpus de données, ce qui requiert du chercheur versatilité et familiarité avec une multiplicité de techniques de collecte de données.

En conformité avec la posture constructiviste annoncée, le type d'étude de cas mené ici constitue une étude de cas multiple instrumentale inspirée de la perspective proposée par Stake (1995, 2005, 2006). Selon cette approche, l'intérêt premier n'est pas d'étudier des cas pour leurs particularités propres, mais plutôt parce qu'ils appartiennent à un ensemble de cas qui, finalement, pourra révéler ce que Stake appelle le *quintain*, c'est-à-dire le phénomène ou le concept plus global à l'étude. Comme l'explique Stake (2006, p. 6), « multicase research starts with the quintain. To understand it better, we study some of its single cases – its sites or manifestations. But it is the quintain we seek to understand. We study what is similar and different about the cases in order to understand the quintain better ». L'objectif ultime est d'expliquer le *quintain*, mais l'attention du chercheur n'y est pas initialement consacrée, son regard se portant plutôt, dans l'immédiat, sur l'individualité et le spécificité des cas eux-mêmes, pour ce qu'ils peuvent nous enseigner sur le *quintain* (Stake, 2006).

Afin de mieux circonscrire et d'opérationnaliser notre cas, nous avons défini le phénomène général étudié (le *quintain*) comme le processus d'intégration de la gouvernance administrative dans les CSSS. L'unité d'analyse plus spécifique est constituée de la dynamique et des stratégies de mise en œuvre de l'instance locale par les fusions d'établissements de santé dans le cadre de la réforme de 2003-2004. Cela a permis, au moyen d'observations ciblées sur six cas, soit six CSSS nés de la fusion d'établissements de santé sur un territoire donné, de parvenir à l'objectif fixé, soit de voir comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance.

4.3 La sélection des cas à l'étude

La sélection des cas a été guidée par trois critères généraux énoncés par Stake (2005, 2006) soit la pertinence, la diversité et le potentiel d'apprentissage. Nous avons cherché à sélectionner des cas variés, c'est-à-dire à la fois différents et similaires au regard de

dimensions données sur la base d'une stratégie par choix raisonné (Patton, 1990). En retenant autant des cas typiques qu'atypiques, il est possible de mettre au jour tant la spécificité du phénomène dans différents environnements, que les points de convergence entre les cas, et ce, indépendamment des contextes. Nous explicitons plus loin les caractéristiques des sites sur lesquelles une certaine variabilité a été recherchée. Plutôt que d'avoir recours à une stratégie d'échantillonnage fondée sur la représentativité et reposant strictement sur la recherche d'attributs spécifiques parmi les cas possibles, nous nous sommes plutôt attardée, plus globalement, à ce que pouvait potentiellement nous révéler chaque cas, sur la base de ce que nous savions au départ de ses particularités et de son originalité. Nous avons également fait intervenir des considérations pratiques dans le choix final.

En 2003-2004, sur l'ensemble du territoire québécois, 95 instances locales ont été constituées à l'issue de la réforme mise en branle par l'adoption du projet de loi 25, ce qui offrait autant de cas potentiels à explorer dans le cadre de notre étude. Cela dit, nous avons, dès le départ, établi que nous voulions concentrer nos observations sur les instances locales nées de l'intégration d'un centre hospitalier. En effet, l'originalité de la réforme, par rapport aux opérations de fusions réalisées dans les années 1990, réside dans les regroupements verticaux, c'est-à-dire dans les rapprochements établis entre des établissements offrant non seulement des services généraux de 1^{re} ligne, mais aussi des services spécialisés de 2^e ligne. L'application de ce premier critère de sélection a permis de ramener l'échantillon à 79 cas, puis à 47, après avoir éliminé les instances locales qui avaient été instaurées avant le début de la réforme. En effet, comme nous nous intéressons aux dynamiques et aux stratégies de mise en œuvre des fusions découlant de la promulgation du projet de loi 25, nous avons exclu d'emblée les regroupements volontaires d'établissements réalisés avant 2003 et qui ont, à l'adoption de la loi, obtenu juridiquement le statut d'instance locale alors qu'elles en constituaient informellement déjà une.

Par la suite, en consultant les modèles régionaux d'organisation des RLS produits par les Agences, et sur la base d'un entretien exploratoire réalisé avec un membre de l'équipe d'évaluation des RLS de la direction générale adjointe de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS, nous avons pu identifier des dimensions supplémentaires, traduisant

le contexte de départ des CSSS, sur lesquelles les cas retenus nous semblaient devoir refléter une certaine diversité soit :

- Région sociosanitaire d'appartenance;
- Territoire urbain, semi-urbain ou rural;
- Regroupement ou non de territoires;
- Taille de la population desservie par l'instance locale;
- Expérience ou non de fusions antérieures à celle de 2004;
- Taille du volet hospitalier (exprimée en nombre de lits);
- Type de mission (locale, sous-régionale, régionale, suprarégionale) du centre hospitalier;
- Nombre total d'établissements fusionnés;
- Type d'établissements regroupés (agencement des missions).

Nous avons donc constitué un fichier synthèse présentant les caractéristiques des 47 instances locales relativement à ces dimensions de manière à dresser un portrait de la situation. Comme nous le disions plus haut, la sélection finale a cherché à refléter la plus grande diversité possible, tout en intégrant des considérations pratiques. Puisque le travail d'analyse nous oblige à prendre en compte non seulement la dynamique locale, mais aussi, étant donné le rôle central joué par les Agences dans la mise en place des instances locales, les interactions entre les paliers régional et local, nous souhaitons concentrer nos observations sur des cas se trouvant dans un nombre relativement limité de régions pour être en mesure de documenter adéquatement le contexte. Notre problématique appelant à une analyse multiniveau, nous avons donc choisi de restreindre notre choix de cas, à l'intérieur d'un maximum de deux régions, mais de le faire en recherchant une diversité à l'intérieur des régions, et donc plusieurs cas contrastés dans chacune d'entre elles. Nous avons aussi des préoccupations liées à la proximité des milieux d'études. En effet, comme

nous souhaitons réaliser les entretiens prévus pour la collecte de données en face à face, nous avons voulu choisir des régions qui n'étaient pas trop éloignées de Québec.

Sur la base de ces considérations, nous avons finalement retenus six cas, soit six CSSS, regroupés dans deux régions sociosanitaires :

- Le CSSS de Rivière-du-Loup
- Le CSSS de Rimouski-Neigette
- Le CSSS de Matane

dans la région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent;

et

- Le CSSS de Beauce
- Le CSSS de Montmagny-l'Islet
- Le CSSS de la région de Thetford

dans la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches.

Ainsi, nos cas CSSS se trouvent intriqués dans ces deux méso-unités que sont les régions, que nous ne traiterons pas comme des cas à proprement parler, mais dont la prise en compte nous permettra de mieux distinguer différents niveaux d'analyse. Le choix de ces deux régions nous apparaissait pertinent puisqu'elles partagent certaines caractéristiques communes, notamment du point de vue de la mixité urbaine et rurale, mais reflètent une bonne diversité au point de vue de la taille et de la densité de leur population respective. En limitant nos observations à ces deux régions, nos pistes interprétatives se trouveront mieux ancrées dans la spécificité propre à leur contexte.

Pour ce qui est des six cas d'instances locales, nous y retrouvons une bonne variabilité dans la taille des centres hospitaliers fusionnés (entre 45 et 224 lits), du nombre d'établissements fusionnés (entre 2 et 4). Tous les types de missions de CH sont présents (locale, sous-

régionale, régionale et suprarégionale), et les agencements des missions des établissements fusionnés sont tous différents. De même, nous retrouvons des instances locales dont les établissements constitutifs avaient vécu ou non des fusions préalables, et quelques cas impliquant des regroupements de territoires.

Un survol préliminaire rapide de la documentation et de coupures de presse semblait mettre en lumière une certaine variabilité quant au degré d'avancement sur la mise en place de l'intégration, tant sur le plan de la gouvernance que de celle des services, qui ne pouvait être aisément expliquée sans une collecte de donnée primaire et une analyse rigoureuse. Ainsi, deux des cas nous paraissaient plus atypiques. Celui de la Beauce a fait l'objet d'une exception ministérielle à la suite de la lutte menée par le territoire voisin des Etchemins pour que son établissement ne soit pas intégré à l'instance locale. Celui de Matane en raison des difficultés avancées dans la transition vers le nouveau modèle de gouvernance. Comme les cas atypiques « often reveal more information because they activate more actors and more mechanisms in the situation studied » (Flyvbjerg, 2006, p. 229), ces deux cas pouvaient nous apporter un éclairage particulier sur les conditions d'implantation de l'intégration de la gouvernance dans des contextes au départ plus défavorables.

4.4 La collecte des données

Une fois les cas à l'étude sélectionnés, nous avons entrepris d'élaborer notre stratégie de collecte de données. Dans une étude de cas, les données peuvent être tirées de sources multiples et variées - documents, archives, entrevues, observations participantes et non participantes, et artefacts (Stake, 1995) - de manière à susciter une compréhension holistique du phénomène. Dans le cadre de notre recherche, nous avons retenu deux outils principaux de cueillette soit l'analyse documentaire et la réalisation d'entrevues individuelles semi-dirigées.

4.4.1 Analyse documentaire

L'objectif premier de l'analyse documentaire est de repérer des informations qui ne peuvent être collectées directement sur des événements qui ne peuvent être observés. Selon Turgeon et coll. (2011, p. 58), l'étude des réformes appelle à une perspective longitudinale car « il faut examiner d'où l'on vient et dans quels contextes (politique, économique, social et culturel) se situe un projet de réforme pour le comprendre, saisir comment, dans un nouveau contexte, il se rapproche ou au contraire s'éloigne des réformes qui l'ont précédé ». Ainsi, dans le cadre de notre recherche, il nous fallait d'abord reconstituer, pour chacun des six cas étudiés, la chronologie des événements ayant mené à la fusion des établissements de santé autour de 2004, de même que le déroulement subséquent de l'implantation de l'instance locale.

L'ensemble des informations recueillies par le biais de l'analyse documentaire, qui couvre une période d'environ 15 ans (1995 à 2010), a été regroupé dans des tableaux synoptiques situant, dans le temps, les principaux événements relatifs à l'histoire du cas. Un total de huit tableaux ont été produits, soit un pour chacun des six cas locaux, et deux, plus sommaires, pour chacune des deux régions (voir annexes 4 à 11). Essentiellement, ces chronologies visent non seulement à montrer la séquence des événements, mais aussi à révéler les préoccupations des principaux acteurs, de même que leurs positions par rapport à certains enjeux relatifs à la fusion. Secondairement, l'analyse documentaire a servi à inférer des faits et à corroborer des données recueillies autrement soit, dans le cas qui nous concerne, au moyen des entrevues individuelles semi-dirigées, où des biais de mémoire sont toujours possibles. Les éléments factuels colligés par ces deux avenues étaient systématiquement croisés et comparés de manière à obtenir le plus de précision possible sur la situation des faits dans le temps et la séquence des événements.

4.4.1.1 Repérage de la documentation

Quatre sources de données principales ont été examinées pour repérer la documentation pertinente pour constituer les tableaux synoptiques dressant le portrait des cas à l'étude.

4.4.1.1.1 Sites web des CSSS et des agences

Les sites web de cinq des six CSSS à l'étude¹³ et des deux agences qui les chapeautent ont été visités. Dans un premier temps, nous y avons systématiquement récupéré les rapports annuels des CSSS et agences pour les années 2004-2005 à 2009-2010. Quand ces documents n'étaient pas disponibles en ligne, nous avons acheminé une requête à l'établissement par courriel ou par téléphone afin d'en obtenir une copie papier. Au total, plus d'une cinquantaine de rapports annuels ont été parcourus afin d'en extraire les éléments factuels significatifs et de les intégrer dans les tableaux synoptiques correspondants.

Dans un deuxième temps, nous avons repéré les communiqués de presse publiés par ces organisations, en fonction des archives web disponibles, qui remontaient, selon les sites, de 2005 à 2010. Troisièmement, nous avons récupéré, sur les sites web des agences, les modèles régionaux d'organisation des RLS, des documents-clés pour identifier les établissements constitutifs, les limites territoriales et les modalités prévues d'instauration des instances locales. Finalement, d'autres documents jugés pertinents ont été retenus au gré de leur disponibilité selon les sites web, dont notamment : l'historique de l'établissement, l'énoncé de vision, mission et valeurs, les journaux internes et les bulletins d'information de l'établissement, le plan d'organisation, le projet clinique et organisationnel, les portraits de santé publique et la composition des divers conseils et comités.

4.4.1.1.2 Presse nationale et régionale

Les médias nationaux et régionaux écrits, télévisuels, radiophoniques et électroniques ont constitué une source privilégiée d'accès à des informations pour documenter nos cas. Au

¹³ Les sites web sont les suivants : CSSS de Beauce (www.csssbeauce.qc.ca), CSSS de Montmagny-L'Islet (www.csssml.qc.ca), CSSS de la région de Thetford (www.centresantethetford.ca), CSSS de Rimouski-Neigette (www.chrr.qc.ca), CSSS de Rivière-du-Loup (www.csssriviereduloup.qc.ca), ASSS de Chaudière-Appalaches (www.agencesss12.gouv.qc.ca) et ASSS du Bas-Saint-Laurent (www.agencesssbsl.gouv.qc.ca). Notons, par ailleurs, que le CSSS de Matane ne possédait pas, au moment de la réalisation de notre collecte de données, de site web, ce qui a quelque peu réduit la quantité de matériel disponible pour reconstruire l'histoire de ce cas. D'autre part, pour documenter le cas de la Beauce, en raison du contentieux vécu avec le territoire voisin au moment du développement du modèle d'organisation des RLS, nous avons aussi fouillé le site web du CSSS des Etchemins (www.csssetchemins.qc.ca) pour y repérer les documents pertinents.

moyen de la banque de données EUREKA, nous avons effectué une revue de presse dans les archives disponibles, soit entre 1992 et 2011. Notre objectif était de repérer des articles de journaux rapportant les événements historiques significatifs survenus dans les territoires étudiés, les principales problématiques auxquelles les établissements étaient confrontés ou alors les positions des acteurs au regard d'enjeux centraux liés à la fusion. Le tableau suivant indique, pour chaque cas, les médias examinés de même que le nombre d'articles de presse dépouillés aux fins de constitution des tableaux synoptiques.

Tableau 1: Résultats de la recherche documentaire dans la presse nationale et régionale

Région ou Territoire	Médias consultés	Date de la recherche	Mots-clés utilisés	Nombre de résultats générés	Nombre d'articles retenus pour analyse
Ch.-App.	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal	16 août 2010	Santé ET Chaudière-Appalaches	1678	97
Thetford	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal La Tribune	16 août 2010	Santé ET Thetford	1393	49
Montmagny-L'Islet	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal	17 décembre 2010	Santé ET Montmagny OU Islet	739	103
Beauce	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal	13 février 2011	Santé ET Beauce	1423	39
	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal	13 février 2011	Santé ET Etchemins	533	75
BSL	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal	24 mai 2011	Santé ET Bas-Saint-Laurent	131	37
Rivière-du-Loup	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio-Journal SRC Est-du-Québec	15 juillet 2011	Santé ET Rivière-du-Loup	1215	100

Matane	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio- Journal SRC Est-du- Québec	15 juillet 2011	Santé ET Matane	947	167
Rimouski-Neigette	Le Soleil Le Téléjournal Le Radio- Journal SRC Est-du- Québec	15 juillet 2011	Santé Et Rimouski	2337	268
Total					935

4.4.1.1.3 Presse locale

En plus des médias nationaux et régionaux, nous avons effectué une revue de presse dans les hebdomadaires locaux. Le portail du gouvernement du Québec (www.gouv.qc.ca), qui comporte un répertoire des médias écrits, hebdomadaires, mensuels et électroniques pour chaque région et selon les municipalités régionales de comté (MRC), nous a permis d'obtenir le nom des journaux locaux à consulter. Tous les médias locaux qui disposaient d'un site web et d'archives ont été examinés. Le tableau suivant indique, pour chaque cas, les hebdomadaires consultés de même que le nombre d'articles de presse retenus pour la constitution des tableaux synoptiques.

Tableau 2: Résultats de la recherche documentaire dans la presse locale

Région ou territoire	Hebdo local consulté	Date de la recherche	Mots-clés utilisés	Nombre de résultats générés	Nombre d'articles retenus pour analyse
Theford	Courrier Frontenac (http://www.courrierfrontenac.qc.ca/)	16 août 2010	Centre de santé et de services sociaux	889	28 (du 03/2000 au 07/2010)
Montmagny -L'Islet	Le Peuple Côte-Sud (http://lepeuplecotesud.canoe.ca/)	17 décembre 2010	santé	123	15 (du 01/2008 au 11/2010)

Beauce	La Voix du Sud (http://www.lavoixdusud.com/) (couvre Les Etchemins)	13 février 2011	santé	410	5 (du 05/2006 à 2010)
	L'Éclaireur-Progrès (http://www.leclaireurprogres.ca/) (couvre Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Les Etchemins)	13 février 2011	santé	491	12 (du 01/2008 à 2010)
	Édition Beauce.com (http://www.editionbeauce.com/) (couvre Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Les Etchemins)	13 février 2011	santé	Non spécifié	11 (du 10/2005 à 01/2008)
	EnBeauce.com (http://www.enbeauce.com/) (couvre Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Les Etchemins)	19 juillet 2011	Centre de santé et de services sociaux	129	4
	Beauce-Média (http://www.beaucemedia.ca/) (couvre Robert-Cliche)	19 juillet 2011	Centre de santé et de services sociaux	26	0
Rivière-du-Loup	Le Saint-Laurent-Portage (http://www.lesaintlaurentportage.ca/)	15 juillet 2011	santé	219	12 (depuis 04/2008)
	Infodimanche.com (http://www.infodimanche.com/)	15 juillet 2011	Centre de santé et de services sociaux	Non spécifié	5 (depuis 2008)
Matane	La voix gaspésienne et La voix de la Matanie (http://www.lavoixdelamatanie.ca/)	18 juillet 2011	santé	402	21 (depuis 04/2008)
	L'Avantage gaspésien (http://www.lavantage.qc.ca/)	18 juillet 2011	santé	90	0
	L'information (http://www.linformation.canoe.ca/)	18 juillet 2011	Centre de santé et de services sociaux	43	0
Rimouski-Neigette	Progrès-Écho et Le Rimouskois (http://www.rimouskois.ca/)	20 juillet 2011	Centre de santé et de services sociaux	125	8 (depuis 2008)
	L'Avantage (http://www.lavantage.qc.ca/)	20 juillet 2011	santé	53	0
Total					121

4.4.1.1.4 Autres sources documentaires

Des ressources du MSSS ont aussi permis de localiser des documents pertinents comme le catalogue CUBIQ du réseau des bibliothèques gouvernementales (www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca) et le répertoire des établissements de santé et de services

sociaux du MSSS (<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02ListeEtab.asp?Etab=Region>). Nous y avons localisé les plans régionaux de transformation et de consolidation adoptés dans les années 1990, et avons pu y obtenir le détail des regroupements d'établissements réalisés dans une phase antérieure à la transformation étudiée. Enfin, la documentation remise par les informateurs à la suite des entretiens a également été mobilisée aux fins de production des tableaux synoptiques chronologiques.

4.4.2 Entrevues individuelles semi-dirigées

Dans la deuxième phase de la collecte de données, nous avons réalisé 32 entrevues individuelles semi-dirigées avec des acteurs ayant été, de par leur position, leurs actions ou leurs responsabilités, des interlocuteurs directement concernés ou des observateurs privilégiés de la mise en œuvre des fusions d'établissements dans les territoires étudiés. Cette stratégie de collecte, dont est issue une large part de notre corpus de données, nous est apparue essentielle pour dégager les perceptions des acteurs à travers le récit des expériences qu'ils ont vécues lors de la mise en œuvre de la réforme. Menés sous forme de conversations guidées, les entretiens permettent d'explorer des thèmes prédéfinis, mais se révèlent suffisamment flexibles pour examiner des sujets émergents, non anticipés par le chercheur (Yin, 2003).

Avant de procéder à la sélection des informateurs, un guide d'entretien souple, centré sur notre question de recherche et ses objectifs sous-jacents, et inspiré de notre cadre d'analyse, a été développé pour faciliter la collecte des informations. Une fois un premier ensemble de questions précisé, nous avons décliné notre guide en deux versions sensiblement similaires, l'une à l'intention des décideurs régionaux, l'autre destinée aux acteurs locaux ayant pris part à la mise sur pied de l'instance locale (voir annexes 2 et 3). Les deux guides d'entrevue étaient divisés en cinq grandes parties : l'introduction, la démarche d'élaboration du modèle régional, le contexte de l'implantation, la dynamique de mise en place de l'instance locale et le bilan et les perspectives futures.

Pour ce qui est de la sélection, les informateurs potentiels ont été ciblés par choix raisonné, en cherchant la plus grande diversité de points de vue possibles, de manière à refléter les

multiples facettes de l'expérience de fusion, telle que vécue par ses principaux acteurs. Puisque notre projet porte sur la gouvernance, nous visons principalement des directeurs généraux, membres de l'équipe de direction et du conseil d'administration ayant œuvré tant au palier régional que local, soit dans les Agences, soit dans les anciens établissements qui ont été fusionnés ou au sein de l'instance locale au moment de sa constitution.

Concrètement, à l'aide notamment des rapports annuels des établissements des divers territoires, nous avons colligé, pour chacun des cas, les noms des protagonistes principaux, ce qui nous a permis de dresser une première liste d'informateurs potentiels. Nous avons ensuite rencontré, dans chacune des deux régions, un décideur-clé ayant piloté la mise en place des instances locales pour qu'il valide notre liste, nous indique les omissions et nous aide à retrouver les acteurs ciblés. Par la suite, la liste a continué d'être enrichie à l'aide d'une stratégie « boule de neige ». Nous avons demandé systématiquement aux personnes rencontrées en entrevue de nous référer à d'autres acteurs qui, à leurs yeux, avaient joué un rôle-clé dans la mise en œuvre régionale et locale de la réforme.

En fonction des coordonnées dont nous disposions, les informateurs ont été sollicités pour participer à l'étude de manière indirecte, soit par courriel ou, à défaut, par courrier en se voyant acheminer une lettre d'invitation détaillant les informations pertinentes sur le projet de recherche. Ensuite, une prise de contact par téléphone a permis de présenter la démarche plus en détail et de valider leur intérêt à participer. Une fois un rendez-vous fixé, les informateurs recevaient le guide d'entretien pour prendre connaissance des thématiques qui seraient discutées, de même que le formulaire de consentement éthique (voir annexe 1).

De notre échantillon initial, neuf personnes n'ont pu être retrouvées. Nous avons ainsi pris contact avec 38 personnes pour les inviter à participer à une entrevue. De ce nombre, trois personnes ont refusé d'y prendre part. Pour deux autres individus ciblés, l'entretien avait été initialement fixé, ensuite reporté, puis finalement annulé. Enfin, une invitation est restée sans réponse, malgré les relances.

Au total, nous avons donc réalisé 32 entrevues individuelles semi-dirigées, d'une durée moyenne de 80 minutes, avec des membres de la direction générale (anciens et nouveaux directeurs généraux, directeurs adjoints, des programmes ou des services professionnels) ou

des conseils d'administration. Tous se trouvaient, à l'époque du lancement de la réforme, en poste dans les établissements de santé visés par la réforme et parfois avaient transité vers le CSSS (où certains étaient toujours actifs).

Nos entrevues dans les Agences ont été réalisées auprès de cinq membres de l'équipe de direction et d'un membre du conseil d'administration; quatre informateurs provenaient de la région de Chaudière-Appalaches et les deux autres du Bas-Saint-Laurent. Pour les 26 entrevues au palier local dans les six territoires à l'étude, les informateurs avaient été ou étaient: des directeurs généraux, en titre ou par intérim, soit des anciens établissements de santé fusionnés ou du CSSS au moment de sa création (n=14); des directeurs généraux adjoints, d'un programme ou d'un service (n=6), des cadres intermédiaires (n=1) ou des membres du conseil d'administration (n=5). Le nombre total d'entretiens dans chacun des six cas est le suivant : Thetford (n=5), Montmagny-L'Islet (n=5), Beauce (n=6), Matane (n=4), Rivière-du-Loup (n=3) et Rimouski-Neigette (n=3).

Nous avons recherché un certain équilibre au plan de la provenance des informateurs, en rencontrant systématiquement, pour chaque cas, des membres des équipes de direction et de gestion des établissements et des membres du conseil d'administration. Toutefois, dans Rimouski-Neigette et pour la région du Bas-Saint-Laurent, des membres du conseil d'administration n'ont pu être rencontrés.

De plus, nous avons fait face à quelques embûches durant la phase de recrutement pour les entretiens, notamment des refus répétés de la part d'informateurs qui auraient pu nous éclairer sur le cas spécifique de Matane. Or, nous anticipions pouvoir tirer de riches enseignements de ce cas, vu les difficultés récurrentes rencontrées dans la transition vers l'instance locale, écueils partiellement révélés par l'analyse documentaire préalable. Des énergies supplémentaires ont donc été déployées pour repérer et solliciter des informateurs potentiels, efforts qui ont finalement porté fruit, ce qui explique la deuxième vague, plus tardive, d'entrevues réalisées en 2011.

Les entretiens ont été réalisés entre mars 2010 et juin 2011, dont la majorité entre mars et mai 2010. Ils se sont déroulés, pour la plupart, en face à face, dans un lieu choisi par l'interviewé. Quatre entretiens ont toutefois été réalisés par téléphone en raison de

l'éloignement. Chaque entretien débutait avec la présentation du déroulement général de la rencontre, du guide d'entrevue et des types de questions abordées. La présentation des règles éthiques permettait de souligner la possibilité pour le participant de se retirer en tout temps de l'étude et de ne pas répondre à certaines questions, ainsi que les procédures pour garantir la confidentialité des propos. Les entretiens ont été menés sous forme de conversations informelles, en utilisant une technique de synthèse des propos et de relance, et en laissant un temps à la fin pour que les informateurs puissent ajouter des éléments de réponse et exprimer leurs interrogations. Les entretiens ont été enregistrés sur support numérique avec l'accord des participants, le formulaire de consentement éthique devant, à cette fin, être signé au préalable. Les propos tenus hors micro à la demande de l'informateur ont été notés et des mesures supplémentaires ont été prises pour assurer la confidentialité des informations sensibles divulguées, à moins que l'interviewé n'ait expressément spécifié de ne pas les inclure dans l'analyse. De plus, les notes manuscrites prises durant les entrevues ont servi de point de départ pour rédiger, à la suite de chaque entretien, un mémo consignait nos premières impressions, réflexions et pistes d'analyse.

4.4.3 Journal de bord

Tout au long du projet, et plus intensivement durant la collecte de données et la codification, nous avons consigné nos idées, réflexions, perceptions, interprétations et questions, qu'elles soient de nature pratique, méthodologique, empirique ou théorique, dans un journal de bord afin de maintenir une posture réflexive sur notre projet. En effet, les chercheurs qui travaillent avec des approches qualitatives se doivent de reconnaître le rôle actif qu'ils jouent eux-mêmes dans la recherche et l'influence qu'ils exercent sur la collecte et l'analyse des données. Véritable outil de collecte de données, ce journal de bord, se voulant une forme de chronique du déroulement du projet, assure la transparence du processus en consignait la manière dont les décisions ont été prises tout au long de la recherche. De plus, il permet de cartographier comment les évidences ont été mobilisées pour générer des pistes analytiques en support à nos principales conclusions (Bazeley, 2007).

4.5 Le traitement, la gestion et l'analyse des données

4.5.1 Stratégie générale d'analyse

La phase d'analyse repose sur un processus itératif et intuitif qui requiert du chercheur flexibilité, connaissance du sujet et capacité de synthèse pour être en mesure de s'approprier l'imposant corpus de données généré par les études de cas multiples. Qui plus est, la collecte et l'analyse des données se déroulent relativement simultanément. Dans ce contexte, nous avons analysé nos données selon une approche largement inductive, caractérisée par des allers-retours analytiques entre les différentes sources d'information pour conceptualiser et organiser notre matériel. La démarche d'analyse thématique mobilisée a permis d'identifier des idées récurrentes à partir d'un examen itératif du corpus de données et à les mettre en relation de manière à les conceptualiser de manière plus large (Mabry, 2008), tout en cherchant à refléter la logique séquentielle, les enchaînements et la temporalité dans l'organisation du matériel analysé. Souhaitant principalement mettre à l'avant-plan la richesse empirique émergeant des études de cas, nous avons mobilisé le cadre d'analyse en trame de fond, comme grille de lecture des observations recueillies et l'avons mis à contribution pour tirer le sens de la réalité observée, lorsque possible.

4.5.2 Codage des verbatims, des mémos et du journal de bord

Une retranscription intégrale du contenu de toutes les entrevues a été produite par un transcripteur professionnel à partir des enregistrements audio en prenant le soin d'indiquer les silences, les moments d'hésitation et les passages inaudibles. Dans un second temps, nous avons procédé à la relecture des verbatims à l'aide de l'enregistrement audio pour les valider, en complétant les passages inaudibles au besoin et nous assurant de la fidélité des propos.

Une fois la validation complétée, les entretiens ont été réécoutés attentivement et de manière approfondie, certains plus d'une fois, en lisant simultanément le verbatim afin de

s'imprégner du contenu et de prendre des notes détaillées sur nos impressions quant à ce qui y était évoqué. En plus de donner une vue d'ensemble du matériel, cette opération a permis d'identifier les premiers thèmes émergeant du corpus, lesquels ont à la fois servi à enrichir les mémos réalisés à la suite de chaque entretien de premières pistes d'analyse et à constituer une ébauche de grille de codage.

Pour assurer la gestion de nos données, nous avons eu recours au logiciel d'analyse QSR-NVivo 8 de manière à faciliter l'organisation, le codage, l'analyse, l'extraction, la modélisation, la conceptualisation et la mise en lien des divers ensembles de données colligées (Bazeley, 2007). Ainsi, tous les verbatims des entrevues, et leurs mémos correspondants, ont été importés dans NVivo pour y être codés. Certaines sections du journal de bord, produit directement dans NVivo, ont également été codifiées.

Comme l'indiquent Walker et Myrick (2006, p. 549), « coding is an iterative, inductive, yet reductive process that organizes data, from which the researcher can construct themes, essences, descriptions and theories ». Abordée comme un processus circulaire, notre démarche a mobilisé concurremment différentes techniques de codification. En partant du corpus de données disponibles, une codification ouverte a d'abord été entreprise en repérant des unités de sens qui ont été regroupées dans des nœuds libres à la fois descriptifs et thématiques, et ce, dans le but de générer le plus d'unités d'analyse possibles. Au fur et à mesure du processus, des nœuds additionnels ont été développés et la grille de codage ainsi révisée et raffinée (Hsieh & Shannon, 2005). Un codage axial a permis de réassembler les données morcelées en concepts d'un plus grand degré d'abstraction. Certains nœuds ont ainsi pu être fusionnés, d'autres, connectés dans une arborescence reflétant la structure des idées et leurs relations, permettant ainsi de dégager la trame des thèmes-clés (Bazeley, 2007).

4.5.3 Présentation des cas

Une fois le codage terminé, nous avons procédé à la rédaction de l'histoire de chacun des six cas, d'abord sous forme de synthèses, et ensuite de récits narratifs chronologiques offrant de riches descriptions des événements marquants durant la période de mise en

œuvre des instances locales, de même que les préoccupations, actions et décisions-clés qui l'ont nourrie. Construits autour des objectifs de recherche, ces récits, riches de détails, tentent de mettre en lumière toutes les nuances propres à l'histoire de chaque cas (Flyvbjerg, 2006). La présentation des résultats a été appuyée de citations directes, insérées dans des vignettes au fil du texte, afin d'appuyer les thèmes émergents mis en valeur et de donner une voix aux informateurs alors qu'ils réfléchissent aux différentes étapes de l'implantation locale de la réforme. Sur ces bases, une analyse interprétative préliminaire intra-cas a ensuite été construite en nous appuyant cette fois sur les grandes dimensions de notre cadre d'analyse de manière à faire ressortir ses principales particularités.

4.5.4 Analyse inter-cas

Loin de procéder d'une comparaison directe et systématique sur des dimensions précises, l'analyse inter-cas renvoie plutôt à une dialectique constante entre le cas et le *quintain*, à un dialogue équilibré entre la singularité des cas et la globalité du phénomène à l'étude. Stake (2006, p. 46) apparente l'exercice à « a rhetorical, adversarial procedure, wherein attention to the local situations and attention to the program or phenomenon as a whole contend with each other for emphasis. Each needs to be heard while the other is being analyzed ». La signification complexe du phénomène ressort ainsi mieux dans la spécificité du contexte de chaque cas : elle est révélée à la fois par le commun et l'inhabituel (Stake, 2006).

Dans ce contexte, « the search for meaning often is a search for patterns, for consistency, for consistence within certain conditions, which we call correspondence », et ce, à travers les concordances et discordances notées entre les cas (Stake, 1995, p. 78). Ainsi, par des retours constants entre les données brutes et le produit de l'analyse, nous avons pu établir ces correspondances et formuler des énoncés et des hypothèses provisoires, autant de pistes d'analyse que nous avons consignées dans notre journal de bord. Nous les avons raffinés à mesure que nous reconstituions l'histoire de chacun de nos cas en portant une attention particulière aux résultats atypiques, contrastants ou contradictoires, ce qui permettait de nuancer ou de renforcer certaines hypothèses (Stake, 2006).

4.6 Les critères de qualité et de rigueur

La subjectivité inhérente au paradigme constructiviste appelle à l'utilisation de critères de validité propres aux démarches interprétatives (Mabry, 2008). Dans le but d'assurer la rigueur de notre recherche, nous nous sommes inspirée de l'approche de *trustworthiness* énoncée par Guba et Lincoln (1985), qui s'articule autour de quatre grands critères qui, lorsque respectés, permettent d'attester de la qualité d'une recherche qualitative.

La *crédibilité* renvoie au degré de précision dans la description de l'objet et des résultats, et à la vraisemblance, la justesse et la pertinence des inférences, c'est-à-dire des liens établis entre les observations empiriques et leur interprétation (Guba & Lincoln, 1985; Mabry, 2008). Pour sa part, la *transférabilité* fait référence à la possibilité que les résultats puissent être applicables dans des contextes similaires aux milieux étudiés (Guba & Lincoln, 1985). Vu la spécificité inhérente aux études de cas, qui mettent l'accent sur le particulier et produisent des connaissances historiquement, culturellement et socialement situées (Stake, 2006; Tracy, 2010), l'idée n'est pas de viser la généralisation, mais plutôt de juger de l'applicabilité des interprétations au-delà du cas lui-même (Mabry, 2008). Pour ce faire, les chercheurs ont la responsabilité de fournir une information détaillée et abondante, de manière à décrire le mieux possible le contexte. La *fiabilité* vise à démontrer que les résultats sont constants et pourraient être répétés. Pour ce faire, l'accent est mis sur les procédures, qui doivent avoir été décrites en détail et suivies par le chercheur, qui doit aussi avoir démontré son souci d'adapter ses outils méthodologiques à sa question de recherche et à la réalité de son terrain, pour générer un corpus riche et robuste (Guba & Lincoln, 1985). Finalement, la *confirmabilité* renvoie à la mesure dans laquelle les résultats sont construits par les répondants et non par les biais, motivations ou intérêts du chercheur (Guba & Lincoln, 1985).

Dans un souci de satisfaire ces critères, divers moyens ont été mis en œuvre tout au long du projet. L'outil le plus mobilisé fut sans contredit la triangulation, soit un processus répétitif de collecte et d'examen critique de données, et ce, de manière à notamment garantir la crédibilité et la confirmabilité. Dans le travail qualitatif, la triangulation sert non seulement à valider les données, mais surtout à faire émerger et à clarifier les multiples perceptions et

significations de la réalité. Ainsi, « the goal of doing so is not to provide researchers with a more valid singular truth, but to open up a more complex, in-depth, but still thoroughly partial, understanding of the issue » (Tracy, 2010, p. 844).

Nous avons notamment eu recours à une triangulation méthodologique (Patton, 1999), où nous avons systématiquement tenté de valider l'exactitude des informations factuelles, évènementielles ou historiques mentionnées lors des entretiens avec celles colligées par l'analyse documentaire, qui, elles, ont surtout servi à reconstituer la trame chronologique de chacun des cas. Inversement, les perceptions des acteurs, telles que rapportées par les informateurs eux-mêmes dans les entrevues, ont été contrastées avec celles décrites par des tiers, particulièrement dans la presse nationale et locale, et ce, dans un effort pour nuancer leurs intentions et motivations. Rappelons que notre sélection des personnes à interviewer cherchait clairement à refléter des perspectives différenciées. En cherchant une diversité à la fois dans les profils, les fonctions occupées au moment de la mise en œuvre des instances locales et les positions exprimées sur la réforme, nous avons assuré une forme de triangulation par source de données (Patton, 1999; Stake, 1995). Finalement, l'utilisation d'un cadre d'analyse large, mobilisant différentes traditions d'analyse de la science politique – perspectives institutionnalistes, idéelles, et pluralistes – et leurs concepts sous-jacents, assure une forme de triangulation théorique permettant l'affinage des pistes interprétatives en les examinant à travers ces diverses lorgnettes (Patton, 1999).

Un second outil, les *thick descriptions*, a été utilisé en vue, notamment, d'assurer la transférabilité et la crédibilité des résultats. Nous avons donc visé à rendre compte de la plus grande richesse d'information possible dans le récit détaillé de chacun de nos cas (Tracy, 2010), de manière à refléter la subjectivité des perceptions et ainsi faire émerger le plus de pistes d'interprétation possible (Mabry, 2008; Stake, 1995).

Dans les approches qualitatives, la validation externe constitue aussi un moyen pour assurer la crédibilité et la fiabilité des données. Elle peut prendre différentes formes, comme la révision par les pairs ou la validation par les répondants, mais ces techniques ne sont pas dénuées de critiques (Angen, 2000). Pour notre part, bien que des synthèses préliminaires des résultats aient été produites pour chacun des cas, nous avons jugé que la validation par les répondants serait trop laborieuse à réaliser dans le contexte de notre recherche. La

plupart des raisons de cette décision se regroupent autour des délais imposés par une telle démarche, du grand nombre d'informateurs et de leur disponibilité limitée, plusieurs étant toujours actifs au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En contrepartie, nous avons sollicité notre comité de thèse, qui n'a pas été impliqué directement dans la collecte de données, pour qu'il jette un regard externe sur l'ensemble des synthèses, les commente et les critique, et ce, de manière à bonifier nos pistes interprétatives.

Qui plus est, d'autres mesures ont également été prises afin de rehausser la qualité de notre démarche de recherche. Nous avons passé un temps considérable sur le terrain à collecter des données pour nous imprégner de notre objet d'étude et nous assurer que les données étaient suffisantes pour soutenir nos affirmations, ce qui confère profondeur et crédibilité à notre démarche (Guba & Lincoln, 1985; Tracy, 2010). Nous avons observé un nombre significatif de cas et avons porté une attention particulière aux cas atypiques, qui ne supportaient pas d'emblée les hypothèses avancées, dans le but de dégager des explications alternatives à celles préalablement identifiées (Patton, 1999). Finalement, nous avons maintenu une posture de réflexivité par la rédaction de notre journal de bord, ce qui a permis de conserver des traces du déroulement du projet.

4.7 Considérations éthiques

Les règles édictées par le comité d'éthique de l'Université Laval liées aux recherches impliquant des sujets humains ont été respectées, notre projet ayant obtenu l'aval du comité le 25 août 2009 (étude #2009-184). Le formulaire de consentement avait été développé préalablement et a été approuvé par le comité. Il présentait les divers aspects de la recherche : objectifs et question de recherche, méthodologie employée, identité du chercheur, la nature et la durée prévue de la participation ainsi que les bénéfices et les inconvénients anticipés pour les sujets. En conformité avec les principes du consentement informé, tous les participants recrutés ont été prévenus que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice. Les informations récoltées dans le cadre des entrevues ont été gardées confidentielles, un code alphanumérique ayant été utilisé pour identifier les transcriptions d'entrevues et ainsi

anonymiser les données. Les transcriptions d'entrevues ont été conservées dans un endroit sécuritaire et seule la chercheuse y a eu accès. Les enregistrements numériques seront détruits lorsque le projet sera finalisé. Dans la thèse, les présentations et les publications, nous nous assurerons que les données seront anonymisées de sorte qu'aucun propos ne puisse être attribué à une personne en particulier.

Chapitre 5 - Résultats

À la suite de ces précisions méthodologiques, le présent chapitre expose les résultats empiriques issus de notre collecte de données. Le chapitre est organisé en deux sections, soit autour des deux régions sociosanitaires couvertes par notre étude.

Chaque section débute par une présentation d'un portrait de la région, suivie, en guise de mise en contexte, de quelques repères historiques sur les réformes touchant la gouvernance des établissements survenues durant les années 1990. Ensuite, nous détaillons le processus d'élaboration du modèle d'organisation régional des RLS mis en branle par les Agences, les stratégies déployées et les hypothèses retenues, de même que le soutien apporté au palier local pour l'implantation des orientations régionales. Les six études de cas sont ensuite présentées et analysées à la lumière d'un même canevas, décrit plus loin. La section se conclut par des réflexions générales sur les points de convergence entre les cas d'une même région.

À l'intérieur de ces deux grandes sections, nos cas, trois pour chacune des régions, sont présentés en détail sous forme de récit chronologique¹⁴, et ce, en quatre volets. Dans un premier temps, nous proposons une mise en contexte du territoire. Ensuite, nous présentons sommairement le CSSS étudié au regard de ses dimensions organisationnelles et budgétaires, de ses ressources humaines et de sa vocation. Dans un troisième temps, nous effectuons un survol de l'histoire des rapprochements survenus antérieurement entre les établissements du territoire, avant de nous pencher, dans un quatrième volet, sur le processus de fusion présidant à la mise sur pied du CSSS. Comme notre intérêt porte sur la gouvernance, nous nous penchons plus précisément sur les stratégies déployées pour la constitution du conseil d'administration provisoire, le choix de la direction générale, et la réflexion entourant le projet organisationnel et clinique. Le narratif des cas est appuyé par des extraits d'entrevues afin d'illustrer le propos. Enfin, chaque récit se termine par une analyse sommaire du cas guidée par les quatre grandes dimensions de notre cadre

¹⁴ Les récits chronologiques synthétisent notamment les éléments clés extraits des tableaux synoptiques réalisés pour chacun des cas. Les tableaux complets et détaillés sont présentés aux annexes 4 à 11.

analytique (*institutions, intérêts, idées et événements*). Le chapitre se conclut finalement avec une matrice synthétisant les résultats saillants de chacun des cas.

5.1 La région du Bas-Saint-Laurent

5.1.1 Mise en contexte

Comptant un peu plus de 200 000 habitants, dont la moitié habite en zone urbaine, le Bas-Saint-Laurent est une région éloignée sise sur un vaste territoire de 22 185 km² (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009b; Institut de la statistique du Québec, 2012b). La région est délimitée au nord par le fleuve Saint-Laurent, à l'ouest et à l'est respectivement par les régions de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, et au sud par le Maine. Son économie repose essentiellement sur l'exploitation forestière, l'agriculture et le secteur manufacturier (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2011a).

La région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent est née d'une division du territoire de la région de Québec et d'une cession d'une partie du territoire gaspésien en 1981 (Québec, 22 décembre 1987). Constituée de 8 MRC et de 114 municipalités, dont plus de la moitié comptent moins de 1 000 habitants, elle comporte deux villes d'importance : Rimouski (47 200 hab.) et Rivière-du-Loup (19 100 hab.) (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2011a). Une compétition de longue date subsiste entre ces deux pôles urbains, rivalité qui tend toutefois à s'atténuer maintenant que leurs zones d'influence respectives sur le territoire régional sont mieux établies, notamment en matière de santé.

Rivière-du-Loup et Rimouski aussi est en conflit très très... presque ouvert, je dirais. Mais on est assez loin pour ne pas se déranger. (#12)

En effet, pour ce qui est de la desserte de services spécialisés, la région s'est subdivisée en deux grandes zones : l'est, regroupant les MRC de Rimouski–Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane; et l'ouest, réunissant les MRC de Kamouraska, Rivière-du-Loup,

Témiscouata et Les Basques, aussi communément appelée le KRTB (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).

Le vieillissement de la population et l'exode rural demeurent des enjeux importants, teintant ainsi les choix d'organisation des services de santé dans une région au territoire étendu et en perte de population. En effet, la population de la région a décliné de 2,6 % en vingt ans et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, chiffrée à 17,3 % en 2007, excède nettement la moyenne québécoise (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2011).

5.1.1.1 Vers une unification administrative des diverses missions des établissements locaux sur la base de la MRC (1996-2002)

Amorcée dès 1995, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux québécois constitue une première étape importante vers l'unification des établissements au Bas-Saint-Laurent sur une base de territoire local. Le *plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau régional de la santé et des services sociaux* (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996) propose notamment que les compressions budgétaires se fassent non pas par établissement, mais plutôt, plus globalement, par MRC. L'objectif est donc de forcer les différentes missions présentes sur un territoire à se concerter sur la manière de réaliser des compressions globales de 18 M\$ sur trois ans, en plus d'amener « les administrateurs des différents établissements à réorienter leurs choix en fonction de la clientèle » (Thériault, 23 mars 1995, p. B1). Lors des consultations du réseau tenues en novembre 1995, les acteurs de la région se disent d'accord avec le principe, mais certains établissements, dont une majorité de CLSC, affirment, au passage, leur désir de préserver leur autonomie administrative. Pour leur part, les populations locales, consultées sur la proposition en janvier 1996, expriment des inquiétudes sur l'impact qu'aura la transformation sur la vitalité des communautés locales (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).

Le plan final est officiellement entériné par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (RRSSS-BSL) en février 1996. D'entrée de jeu, l'organisation reconnaît que :

Les populations locales se montrent très attachées aux établissements qui œuvrent chez elles et, en même temps qu'elles défendent la présence des services dans leur milieu, elles défendent aussi des emplois, la préservation de l'identité locale et parfois la survie de la communauté (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 8).

Dans ce contexte, trois orientations majeures sont mises de l'avant : 1) des services de base accessibles et à proximité de l'ensemble des populations locales; 2) des services organisés en réseaux intégrés axés sur la multisectorialité; et 3) la reconnaissance du territoire de MRC comme base géographique d'organisation et de dispensation des services (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).

Le moyen retenu pour atteindre ces objectifs est de « privilégier l'unification administrative, au palier local, pour les services de base, et au palier régional, pour certains services spécialisés et spécifiques » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 21). Selon la RRSSS-BSL (1996, p. 21), « parler d'unification administrative c'est parler d'un seul conseil d'administration et d'une seule direction générale pour plusieurs établissements ou plusieurs centres. Cette unification doit cependant respecter et protéger les missions et les ressources des centres concernés. »

Concrètement, cela signifiait qu'une unification administrative, impliquant les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)¹⁵, les CHSLD et les CLSC, serait instituée, d'ici le printemps 1997, dans les cinq MRC à faible densité de population (Kamouraska, Matapédia, Témiscouata, des Basques et Matane), avec la perspective qu'à plus long terme, une telle unification mènerait éventuellement à une fusion. Pour les MRC de plus grande taille (Rivière-du-Loup, Rimouski et La Mitis), des projets de mise en commun et d'organisation en réseaux intégrés devaient être explorés dans le but de susciter des économies (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996; Thériault, 26 décembre 1996).

Dressant un bilan de l'opération de 1995-1998 et énonçant les perspectives pour consolider ces orientations, la RRSSS-BSL, dans son *plan d'action 1999-2002*, atteste notamment que des efforts ont été déployés pour implanter des réseaux de services de base intégrés dans

¹⁵ Les CHSGS visés comportaient moins de 50 lits de soins généraux et spécialisés (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).

chaque MRC. Cela réalisé, les orientations futures doivent maintenant viser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999).

5.1.1.2 *L'amorce officielle d'une réforme déjà entamée (2002)*

Le modèle d'unification administrative étant déjà largement répandu dans la région du Bas-Saint-Laurent, la mise en œuvre de la réforme débute avant même le dépôt du projet de loi 25 à l'Assemblée nationale du Québec (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004). D'abord, l'année 2002 est marquée par un changement de garde à la direction générale de la RRSSS-BSL (Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2007) et la préparation du *plan stratégique régional 2003-2006* qui dresse un bilan des changements majeurs ayant touché le nombre d'établissements et leur structure de gestion à ce jour. À la suite des regroupements administratifs, « les établissements de six des huit MRC¹⁶ sont alors gérés par un conseil d'administration unique ou par une direction unique » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 17), une situation vécue, dit-on, sans confrontation dans les territoires locaux (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003). Ainsi, entre 1995 et 2003, le nombre d'établissements passe de 36 à 15, et le nombre de conseils d'administration de 26 à 12 (Thériault, 11 décembre 2003).

Pour les perspectives futures, le *plan stratégique régional 2003-2006* souligne déjà, un an avant la réforme, que :

Compte tenu des faibles bassins de population à desservir dans les centres de services de la région, l'organisation des services généraux devrait se concrétiser autour d'un point central, impliquant une unique porte d'entrée à ces services pour l'ensemble des missions du réseau public. Ce défi est important dans la mesure où il peut signifier, pour les établissements et le personnel des MRC où les établissements ne sont pas fusionnés ou lorsque l'unification n'est pas complétée, la perte de leur identité corporative [...] (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 25).

En 2003, voyant les changements législatifs poindre, la stratégie de la RRSSS-BSL est d'aller au-devant de la transformation afin de positionner, pour se démarquer, la région

¹⁶ À l'exception des MRC de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette.

dans le peloton de tête pour la rapidité d'implantation des fusions, d'autant plus que le processus d'intégration est déjà largement amorcé. En adhérant au changement de manière volontaire, il est présumé que les établissements auront plus de latitude sur leurs modalités locales d'implantation.

5.1.2 La rencontre d'octobre 2003

La tenue, à la fin octobre 2003, d'une rencontre de deux jours à huis clos entre un nombre restreint d'acteurs, soit les dirigeants de la RRSSS-BSL et les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux, constitue un événement charnière du processus d'élaboration du modèle d'organisation régional.

5.1.2.1 *Les conditions posées par la Régie régionale*

Lors de la rencontre, la RRSSS-BSL pose les conditions essentielles devant sous-tendre le modèle régional, des prémisses élaborées de manière à court-circuiter les oppositions possibles, tout en minimisant les insécurités liées à la transformation. La première condition, soit la protection des budgets de la 1^{re} ligne, permet de calmer les appréhensions des CLSC. Ainsi, aucun budget de la 1^{re} ligne ne pourra servir à financer la 2^e ligne, mais l'inverse demeure possible, ce qui constitue une garantie de protection et même de développement des services communautaires. La deuxième modalité garantit, quant à elle, la protection intégrale des postes de direction générale existants.

La troisième condition posée par la RRSSS-BSL vise le respect intégral des huit territoires de MRC existants comme base d'organisation des instances locales et de leurs RLS. Pourtant, dans les mois précédents la rencontre, des rumeurs avaient circulé sur la constitution d'un seul RLS pour l'ensemble de la région, basé à Rimouski. Une hypothèse informelle de deux RLS, desservant respectivement les zones est et ouest, avait aussi été évoquée :

Donc les gens se disaient : « Bien il va y avoir Rivière-du-Loup qui va s'occuper de l'Ouest puis Rimouski qui va prendre l'Est ». Donc ç'a comme suscité des craintes beaucoup au niveau du réseau et, à l'époque, les acteurs de l'Agence se sont vite rendu compte que... En tout cas, c'était pas une piste-là qui pouvait être explorée tellement longtemps. Est-ce que ç'aurait été

leur intention de le faire? Je le sais pas, mais je sais que dans la lecture du ministère, et ça c'est..., on l'a su par la suite..., dans la lecture du ministère, je pense que le ministère avait une vue de deux centres de santé et de services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent. (#32)

Or, la lecture de la RRSSS-BSL est plutôt à l'effet que l'organisation politique qu'est la MRC doit être respectée pour ne pas perturber l'équilibre des forces des communautés existantes.

On a convenu, aussi, à ce moment-là, que de vouloir faire des fusions [de territoires], ce serait probablement quelque chose qui ferait que ça ne marcherait pas, parce qu'on partait dans une chicane politique. (#4)

Sauf que le Bas-Saint-Laurent, la population est pas grande, mais elle est quand même assez mobilisée politiquement puis les gens sont attachés beaucoup à leurs services locaux. Donc quand qu'on parle de regroupement à grande échelle, souvent les plus petites municipalités ou les plus petites MRC se voient déjà perdre des plumes pour les gros..., le centre Rimouski ou le centre Rivière-du-Loup. (#32)

Comme il s'agit, aux yeux de la RRSSS-BSL, de l'enjeu le plus important de la réforme, le statu quo territorial devient vite une condition non négociable de la mise en œuvre de la réforme.

5.1.2.2 La réaction des directeurs généraux

De prime abord, l'annonce de l'imminence d'une nouvelle réforme ne semble pas créer d'effet de surprise chez les directeurs généraux des établissements locaux vu l'historique des orientations régionales et du fait qu'une forte majorité d'établissements étaient déjà regroupés.

Puis quand on y pense comme il faut, sur le plan rationnel, ça ne pouvait pas faire autrement. Il ne pouvait pas y avoir d'autre dénouement que ça. Ça ne se pouvait pas. [...] Donc, la loi venait comme plus officialiser ce qui était en émergence depuis quand même un certain temps, puis dont on entendait parler. (#19)

Cependant, une des trois conditions posées par la RRSSS-BSL, celle sur le statu quo territorial, ne semble pas – du moins implicitement – faire consensus parmi les acteurs locaux. Cette condition réjouit particulièrement les MRC de petite taille, qui accordent plus d'importance à la protection de l'intégrité territoriale, dans un contexte de dépopulation, qu'à la survie de tous les établissements locaux.

Ça fait que politiquement, ce qu'ils ont voulu faire dans chacun des établissements locaux avec leurs députés et tout ça, ils ont dit : « il faut absolument protéger l'idée d'un établissement par

MRC ». Ça fait que là, pour s'assurer de la survie de cet établissement-là, ils ont fait la promotion eux autres même d'une fusion des établissements. C'est pour ça que les fusions se sont faites volontairement, avant la date fatidique de la loi 25, parce que ce sont les établissements locaux qui ont voulu ça pour se renforcer par rapport à Rivière-du-Loup puis par rapport à Rimouski. (#12)

Mais cette condition implique pour d'autres de voir compromis leur espoir d'étendre la zone d'influence de leur établissement sur un plus large territoire. Ils questionnent dès lors la pertinence de créer des instances locales sans CH. Toutefois, ni chez ses défenseurs ni chez ses détracteurs, cette condition sur la protection de l'intégrité territoriale est publiquement remise en cause, de crainte de perturber l'équilibre politique existant entre les établissements.

C'est sûr que quand c'était discuté à la table des directeurs généraux où chacun avait son fief, c'était assez embêtant pour quiconque de dire : « Écoute, il y en a trop, huit réseaux locaux. On devrait être deux. » Ce n'était pas faisable. (#19)

Quoi qu'il en soit, tout au long des discussions sur l'élaboration du modèle, les établissements se sont sentis plus observateurs que participants actifs à la démarche. Devant l'approche directive adoptée par la RRSSS-BSL, ils ne se sont pas, de manière générale, opposés à la transformation.

Mais voyant que la marée était assez forte – ce n'était pas un tsunami, mais une maudite bonne marée – les gens n'avaient comme pas l'idée de résister trop, trop. (#4)

Ainsi, au terme de négociations ayant culminé par la tenue de cette rencontre de deux jours, les directeurs généraux des établissements acceptent le modèle proposé par la RRSSS-BSL.

5.1.3 Février 2004 : l'adoption officielle du modèle d'organisation régional

Bien que sa mise en œuvre ait déjà été entamée, le modèle d'organisation régional n'est formellement entériné par le conseil d'administration qu'en février 2004. Comme prévu, il confirme la création de huit instances locales dont les limites géographiques correspondent aux huit territoires de MRC. Six d'entre elles comportent un centre hospitalier local, offrant

des spécialités de base¹⁷, ou un centre hospitalier de référence, dans les cas de Rivière-du-Loup et de Rimouski. Même si elles desservent des populations de taille très variable (entre 10 000 et 53 000 personnes), les dynamiques de chacune des instances locales demeurent largement imbriquées étant donné les échanges qu'elles doivent avoir pour assurer la prestation des services sur un aussi vaste territoire.

Tableau 3: Les RLS créés au Bas-Saint-Laurent

RLS	Territoire de MRC	Établissements fusionnés	Population desservie
RLS de Rimouski-Neigette	Rimouski-Neigette	- CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette - Centre hospitalier régional de Rimouski	53 000
RLS de Rivière-du-Loup	Rivière-du-Loup	- CLSC Rivières et Marées - Centre hospitalier de Rivière-du-Loup	32 000
RLS de Matane	Matane	- Les CH et CHSLD de Matane - CLSC de Matane	23 000
RLS de Kamouraska	Kamouraska	- Le regroupement des CHSLD de Kamouraska - CLSC des Aboiteaux - Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	23 000
Réseau local de services de Témiscouata	Témiscouata	- CLSC des Frontières et CHSLD du Témiscouata - CLSC Témiscouata - Hôpital Notre-Dame-du-Lac	23 000
RLS de la Matapédia	La Matapédia	- CLSC de la Vallée - Centre hospitalier d'Amqui	20 000
RLS de la Mitis	La Mitis	- CLSC de la Mitis - Hôpital de Mont-Joli	20 000
RLS des Basques	Les Basques	- CLSC des Basques - Centre hospitalier Trois-Pistoles - Villa Dubé	10 000

Sources : (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009)

Le modèle est déposé au ministre par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ASSS-BSL) nouvellement

¹⁷ Les spécialités de base offertes dans un CH local sont la chirurgie générale, l'anesthésiologie, la médecine interne et la radiologie (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004).

créée. On y justifie le statu quo sur les limites territoriales par la nécessité : 1) d'assurer une proximité des dirigeants avec les populations locales pour mieux répondre à leurs besoins; 2) de maintenir la concordance entre les territoires de MRC et de CLSC qui constituent des milieux d'échanges intersectoriels; et 3) de susciter une plus grande appropriation de la population de son conseil d'administration. L'ASSS-BSL souligne aussi que « chacun de ces territoires constitue en soi une société établie de longue date [...] et que la population de chacun de ces territoires ne s'identifierait pas à un nouveau territoire créé par une fusion avec les territoires voisins respectifs, qui sont géographiquement relativement distants et plus urbains » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 6).

5.1.4 Soutien à la transition de la gouvernance et aux projets cliniques (2004-2007)

L'étroite implication de l'ASSS-BSL dans la mise en œuvre de la réforme se poursuit à l'étape du choix des directeurs généraux des instances locales, opération dans laquelle elle est intimement impliquée, de même que dans la formulation des projets cliniques. Dès avril 2004, l'ASSS-BSL dépose un document d'orientation où elle indique que devront d'abord être prioritaires les clientèles atteintes de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et en perte d'autonomie (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004). Dans les territoires locaux, le développement des projets cliniques, avec le soutien financier et logistique de l'Agence, se poursuit jusqu'en 2007 (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2005, 2006). Somme toute, la transition vers le nouveau modèle de gouvernance au Bas-Saint-Laurent s'est déroulée sans heurts.

5.1.5 Projet de fusion administrative des CSSS de l'est du Bas-Saint-Laurent (2011)

Même s'il a permis de créer des instances locales à dimension humaine, le statu quo territorial autour des huit MRC, qui se traduit par un nombre élevé de CSSS pour une faible densité de population, est périodiquement questionné :

Mais actuellement, on les questionne. Parce que pour 200 000 de population, huit CSSS, c'est probablement le meilleur choix qui était à faire à l'époque, pour dire : « Regardez... l'objectif de la loi, c'est de renforcer... que la santé et les services sociaux fassent partie d'une dynamique locale au lieu d'être à part. (#18)

Puis aujourd'hui encore, même si la région garde le statu quo par rapport à l'organisation, tout le monde sait qu'un jour ou l'autre, il va y avoir une fusion, Rivière-du-Loup avec le KRTB – qu'on appelle – puis Rimouski avec l'est. Ça va s'en venir, c'est inéluctable. Sauf qu'on ne sait pas quand, puis on ne sait pas comment à cause de la composante politique reliée à toute cette histoire-là. (#12)

La question revient d'ailleurs à l'ordre du jour en mai 2011 alors que les quatre CSSS de l'est de la région et deux centres de réadaptation (CR) annoncent un projet de fusion de certains de leurs services administratifs, comme la paie, les services juridiques et informatiques (SRC Est du Québec, 2011), dans le cadre des compressions exigées par la loi 100 (Québec, 2010) dans le secteur de la santé.

Le projet d'alliance découle d'une longue tradition de collaboration et de concertation entre les établissements concernés. Depuis plusieurs années, nous négocions entre nous des ententes inter-établissements dans plusieurs domaines cliniques et médicaux (services intégrés en cancer ou unité mobile de dépistage du cancer du sein), mais très peu au plan administratif. Sur une base volontaire, nous avons décidé d'examiner la possibilité de mettre en commun nos forces dans sept chantiers bien précis, dans une démarche qui vise des mises en commun d'expertise, d'activités ou de services (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 30 mai 2011).

Bien que l'idée initiale soit de renforcer les liens interterritoriaux, certains y voient la confirmation que l'opération de 2003-2004 n'était qu'une étape transitoire vers un modèle encore plus intégré.

5.2 Rivière-du-Loup

5.2.1 Présentation du territoire

Avec une population de 32 000 habitants, la MRC de Rivière-du-Loup s'étend sur 1 267 km² et est la deuxième en importance au Bas-Saint-Laurent (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2004b; MRC de Rivière-du-Loup, 2011). Elle s'insère, dans son axe est-ouest, entre les MRC des Basques et de Kamouraska, et dans son axe nord-sud, entre le fleuve Saint-Laurent et le Témiscouata. Elle comporte 13 municipalités, dont une forte majorité est située en zone rurale, mais près de 56 % de sa population habite le pôle urbain de Rivière-du-Loup (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009a). Son économie repose sur le secteur industriel, les ressources naturelles et les services (MRC de Rivière-du-Loup, 2012).

5.2.2 Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS-RDL)

Créé le 29 avril 2004 et officiellement constitué par lettres patentes en février 2005 (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005), le CSSS-RDL est issu de la fusion de deux établissements de la MRC soit le **Centre hospitalier de Rivière-du-Loup** (missions CH-CHSLD-CR) et le **CLSC Rivières et Marées** (mission CLSC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004l). Il compte sept installations soit trois points de service de CLSC, trois CHSLD et un CH (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e). Avec son budget de 67 M\$, le fonctionnement du CSSS est assuré par 1 300 employés, 40 cadres et près d'une centaine de médecins dont le deux tiers sont des spécialistes (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005). Disposant de 207 lits d'hébergement et de 145 lits de soins généraux et spécialisés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e), le CSSS-RDL exerce une fonction à la fois locale, sous-régionale pour les MRC de l'ouest (KRTB) de la région du Bas-Saint-Laurent en santé physique et en santé mentale, et une fonction régionale en réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et en chirurgie maxillo-faciale (Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2007; Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup,

2004a). La dynamique de fonctionnement du CSSS-RDL est aussi intimement liée à celle des trois autres CSSS du KRTB puisqu'il assure la desserte de plusieurs services pour les clientèles en provenance de ces territoires avoisinants.

5.2.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

Dans le territoire de Rivière-du-Loup, le Centre hospitalier du Grand-Portage (CHGP) est fondé en 1962, tandis que les trois centres d'accueil pour personnes âgées sont, pour leur part, construits entre 1968 et 1973. Pour le volet des services communautaires, le territoire est desservi par le CLSC des Aboiteaux de Saint-Pascal-de-Kamouraska jusqu'en 1985, date où, à la suite d'une scission du territoire, le CLSC Rivières-et-Marées voit le jour avec son siège social installé en milieu urbain, dans la ville de Rivière-du-Loup (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).

5.2.3.1 *Un hôpital en quête d'une reconnaissance régionale (1990-1994)*

Les années 1991 et 1992 sont marquées par la nomination, au sein de la direction générale et du conseil d'administration du CHGP, d'individus qui deviendront des acteurs de premier plan de la réforme de 2004, ce qui témoigne de la continuité et de la stabilité qui ont marqué la gouvernance sociosanitaire du territoire (Larouche, 6 novembre 2010; Le Journal, 5 octobre 2010). Cette période est également ponctuée par une forte rivalité entre les hôpitaux de Rivière-du-Loup et de Rimouski, un conflit occasionné par le désir du CHGP de regagner son statut d'hôpital multidisciplinaire perdu lors de la refonte des régions administratives (Thériault, 22 décembre 1993). En effet, à l'époque où le territoire de Rivière-du-Loup appartenait à la région administrative de Québec, le CHGP était reconnu comme CH régional pour le KRTB. Or, après la création de la région du Bas-Saint-Laurent, il fut décidé qu'il ne pouvait subsister deux hôpitaux régionaux pour une population si peu nombreuse.

En 1993, alors qu'un autre contentieux oppose les deux établissements au sujet de l'intégration des départements de santé communautaire (Thériault, 22 octobre 1992), le

CHGP entreprend, à l'initiative de ses médecins spécialistes, des démarches formelles pour récupérer la désignation régionale perdue au profit du CH de Rimouski. Cette demande lui est d'abord refusée en février 1994 par le MSSS en raison de difficultés anticipées au chapitre du recrutement médical (Thériault, 19 février 1994). Il faut attendre la fin des années 2000 pour que le CHGP obtienne finalement de l'ASSS-BSL et du MSSS la reconnaissance d'hôpital sous-régional pour le KRTB. En plus d'accroître son influence et de renforcer ses liens avec le secteur ouest de la région, cette désignation apaise la compétition entre les deux pôles urbains de la région, maintenant que leurs centres hospitaliers respectifs desservent des zones sous-régionales bien délimitées.

Puis on fonctionne bien ensemble maintenant, on collabore ensemble, parce qu'on a compris qu'on ne se nuisait pas, puis qu'on était complémentaires, puis qu'on devait s'aider entre nous autres. Ça fait que là-dessus, ça va mieux pas mal depuis un certain temps avec Rimouski. Mais il y avait des conflits, c'est clair. (#12)

5.2.3.2 Une fusion qui scelle l'emprise de la mission hospitalière sur le secteur de l'hébergement (1996)

La transformation du réseau amorcée en 1995 ouvre le premier chapitre des rapprochements, en amenant notamment des compressions dans le secteur hospitalier et une obligation de rationalisation des lits de longue durée des établissements d'hébergement du territoire, dont les deux plus petits centres (Villa Fraserville et Foyer de Saint-Antonin) avaient déjà été intégrés au site principal (Hôpital Saint-Joseph) un an plus tôt (Thériault, 11 septembre 1995), dans une formule de regroupement.

Au même moment, l'annonce du départ à la retraite du directeur général de ce regroupement des CHSLD offre une occasion inespérée d'aller de l'avant avec un projet d'unification cadrant avec les objectifs de la réforme. Ainsi, le MSSS refuse non seulement au regroupement des CHSLD de pourvoir le poste vacant, mais enjoint aussi l'ensemble des établissements à envisager un rapprochement, un scénario cependant rapidement abandonné.

Mais à ce moment-là... c'est parce qu'il y avait eu... au départ, la discussion de fusion, c'était le CLSC, CH, CHSLD ensemble. Le CLSC s'était retiré parce qu'eux autres, ils n'avaient pas d'obligations monétaires ou de fermeture. (#12)

Confrontés à des compressions majeures, le CHGP et le regroupement des CHSLD enclenchent une démarche de fusion, qui s'échelonne de septembre 1995 à juin 1996 et se solde par la naissance d'un nouvel établissement : le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup (CHRDL). Si le CHGP est alors favorable à la fusion, le conseil d'administration du regroupement des CHSLD appréhende quant à lui le rapprochement. Il s'y résigne toutefois, au vu des pressions exercées par la RRSSS-BSL qui avait tôt fait d'inscrire cette exigence dans son plan de transformation (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996), et des craintes quant sa propre capacité à matérialiser la fermeture des lits exigée, en raison de son déficit accumulé et de la fragilité de la gouvernance de son organisation.

Un comité, composé de membres des conseils d'administration des deux organisations, pilote le processus et la fusion est entérinée en 1996 au terme d'une séance publique houleuse :

Les deux conseils d'administration se réunissaient au centre culturel de Rivière-du-Loup. 1 000 places. 1 000 places, puis il y avait, je dirais, 600 à 700 personnes qui ont assisté aux deux conseils d'administration. [...] Puis là, ça avait été terrible. Les questions, ça avait fini, il était minuit, je pense. Ça avait été terrible. (#12)

En plus du contesté rapatriement de la buanderie et du service alimentaire à l'hôpital, l'un des premiers gestes de la nouvelle organisation, maintenant dirigée par le CH, est de fermer la Villa Fraserville (Thériault, 20 juin 1996), un processus bouclé en 1997 :

On avait 110 places à fermer... c'est une bâtisse qui appartenait aux sœurs, qui avait été payée par le curé puis tout ça. Ça, publiquement, ça a été difficile à vendre pas mal, ça aussi. Ça fait que là, ça a été un exercice de gestion assez laborieux et la population était contre nous autres. (#12)

L'expérience de fusion s'est soldée par une subordination des cultures des différents milieux d'hébergement à une logique hospitalière.

En fait, la fusion... on pourrait l'appeler plus l'intégration des centres d'hébergement dans le centre hospitalier, ou la prise de pouvoir par le centre hospitalier sur les centres d'hébergement, a été totale. Et ça a été la loi de l'hôpital qui s'est imposée dans les centres d'hébergement. (#22)

D'ailleurs, la tendance semblait encore bien inscrite en 2004 au vu d'un rapport d'une équipe d'appréciation de la qualité de vie en milieu d'hébergement du MSSS qui déplorait

toujours la « vision hospitalière véhiculée par la direction de l'établissement » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004a, p. 22).

5.2.3.3 La préservation de l'autonomie du CLSC : de deux maux, il faut choisir le moindre (1997)

Un nouveau chapitre des regroupements d'établissements s'ouvre en avril 1997. À la suite du départ à la retraite du directeur du CLSC Rivières et Marées, arrive un directeur général par intérim qui reçoit expressément du conseil d'administration le mandat de veiller à la préservation de l'autonomie du CLSC. Sur demande du conseil d'administration, le MSSS autorise l'ouverture officielle du poste de direction générale du CLSC, mais la RRSSS-BSL suspend plutôt le processus d'embauche, évoquant une nouvelle vague de compressions budgétaires (Thériault, 4 avril 1997). Implicitement, cependant, sa stratégie est de faire pression pour une fusion avec le CH-CHSLD, projet duquel le CLSC s'était déjà soustrait une première fois en 1996.

La première proposition officielle de rapprochement émane non pas de la RRSSS-BSL, mais bien du MSSS qui suggère une fusion du CLSC Rivières et Marées avec celui de la MRC adjacente des Basques, en vue de rétablir l'équilibre budgétaire entre les établissements des deux territoires circonvoisins (Larouche, 18 juin 1997).

Ils avaient dit : « OK. Vous ne voulez pas vous fusionner avec le CH? Ça vous appartient. Vous voulez avoir une mission indépendante, autonome? Mais vous allez vous fusionner avec le CLSC de Trois-Pistoles pour faire un seul CLSC pour Les Basques et Rivière-du-Loup ». (#12)

Or, les deux CLSC visés s'opposent fermement à la proposition, invoquant d'abord des différences entre leurs organisations, dont la disproportion des populations qu'ils desservent (10 000 hab. pour Les Basques contre 32 000 hab. pour Rivière-du-Loup). À ce chapitre, le directeur général du CLSC des Basques affirme publiquement que, advenant une fusion, « notre représentativité en souffrirait et les décisions prises pourraient être à notre désavantage » (Larouche, 18 juin 1997, p. A3). Les philosophies divergentes des deux CLSC sont également mises en lumière, l'un étant un CLSC urbain de 2^e génération et

l'autre, un CLSC rural de 1^{re} génération¹⁸ avec un conseil d'administration mobilisé à forte orientation communautaire.

Puis honnêtement, les gens de Rivière-du-Loup se sont dit : « Ça n'a pas de bon sens! Si on est fusionnés avec Trois-Pistoles, ça va être, l'orientation va être celle de Trois-Pistoles parce que le CA va être tellement fait fort, parce qu'ils veulent protéger leurs acquis... tandis qu'à Rivière-du-Loup, c'est plus impersonnel, c'est une grosse ville – bien, une grosse ville... tout est relatif... – ici les gens ne s'impliqueront pas plus que ça, puis Trois-Pistoles va ramasser le gros ». (#12)

Or, au-delà de la proposition même, plusieurs y voient une stratégie pour obliger le CLSC Rivières et Marées, confronté à un scénario que l'on savait d'avance irrecevable, à s'incliner devant l'option d'un rapprochement avec le CHRDL. Prférant un rapprochement avec un établissement hospitalier à l'intérieur du territoire, à un scénario de fusion avec un établissement communautaire similaire d'un territoire voisin, le CLSC Rivières-et-Marée ne cède toutefois pas sur l'objectif ultime de sauvegarde de sa mission. Dans un souci de réconcilier les visées du CLSC avec les impératifs d'unification, une solution de compromis émerge : l'Alliance.

Puis c'est ça qui a sauvé, peut-être, le CLSC d'une fusion avec Trois-Pistoles parce qu'ils disaient : « On travaille avec la population, puis collaborer avec le CH, ça va nous sauver ». À condition que la mission soit protégée. Pas que ce soit toujours le CH qui gagne en tout et partout. [...] Plutôt que d'être fusionnés avec Trois-Pistoles, ils sont venus nous voir, ils ont dit : « Regarde, on va regarder ce qu'on peut faire ensemble. » Et c'est ce qu'on appelle... on avait créé, avec un comité du conseil d'administration, ce qu'on appelle l'Alliance. (#12)

5.2.3.4 L'Alliance : solution de compromis pour le respect des missions (1999-2003)

Les négociations entre le CLSC et le CHRDL sur la forme à donner à l'Alliance débutent donc en 1997 (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999), mettant ainsi fin à des années de désintéressement marquées, d'une part par la méfiance du CLSC envers le CHRDL – surtout depuis l'expérience d'intégration du secteur de l'hébergement – et, d'autre part par la difficulté du CHRDL à reconnaître la contribution

¹⁸ Les CLSC de 1^{re} génération sont ceux qui ont été créés entre 1972 et 1980. « Beaucoup plus près de la société que de l'État » (Doucet, 1993, p. 54), ils sont nés dans le sillage de l'organisation communautaire, de larges processus de consultations publiques et de participation des communautés, et avaient pour trait dominant l'action sociale. Pour leur part, les CLSC de 2^e génération font référence aux établissements créés dans la deuxième vague d'implantation dans les années 1980. Ils ont été construits sur un modèle organisationnel plus normalisé, avaient un mandat plus circonscrit et faisaient une place plus limitée à la participation de la population (Doucet, 1993; Marcotte & Cournoyer, 2010).

complémentaire potentielle des services communautaires au continuum de services hospitaliers.

On n'avait pas rapport ensemble. C'était vraiment... c'était une drôle de mentalité, mais c'était comme ça partout au Québec je pense aussi. C'était vraiment comme ça, puis il n'y avait pas moyen de se parler. On se voyait aux réunions à Rimouski, une fois de temps en temps, mais pas plus que ça. Honnêtement, on n'avait pas de relations, du tout, du tout. (#12)

Ce n'était pas plus que... pas plus d'intérêt que de parler avec le DG de la Commission scolaire, quasiment. C'était aussi distancé que ça comme relation. (#12)

Les modalités de gouvernance de l'Alliance, instaurée officiellement en 1999, prévoient une seule direction générale pour les établissements, mais deux conseils d'administration indépendants. Ce scénario permet notamment au CLSC de protéger sa mission et ses budgets, au moyen du maintien de son conseil d'administration, tout en mettant en commun, avec le CHRDL, des ressources administratives (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003).

À l'époque, des réunions du personnel, je peux vous dire qu'il y en a eu une et deux et trois. Plusieurs. Et il y avait de la participation. Les gens étaient vraiment craintifs. Quand arrivait l'Alliance, la présentation de l'Alliance et comment ça se dessinait, et que, dans le fond, le budget du CLSC, la culture du CLSC, les façons de faire demeuraient, bien... tu te disais : « Bon. OK. On va... C'est une solution qui n'est pas la solution idéale, mais c'est une bonne solution. On l'adopte. » (#22)

Plus concrètement, le modèle opère selon les modalités suivantes : les directions des finances et des ressources humaines sont partagées, le directeur adjoint du CLSC siège au comité de direction de l'hôpital, et le directeur général du CHRDL, nommé comme dirigeant de l'Alliance, assiste aux réunions des deux conseils d'administration, qui se partagent également leurs procès-verbaux.

En 2000, l'Alliance franchit un pas de plus lors de la révision du plan d'organisation du CHRDL qui attribue à des directeurs du CLSC des postes de coordonnateurs-programmes au sein de l'hôpital, et ce, dans le but de favoriser les liens entre la 1^{re} et la 2^e ligne.

Là aussi, ça a amené les gens du CLSC à être un petit peu moins craintifs. Parce que les cadres de CLSC n'ont pas été touchés. Ça n'a pas diminué... le plan d'organisation du CLSC n'a pas été touché. C'est celui de l'hôpital, pour favoriser, justement, le rapprochement entre les deux. Ça, c'était déjà un... au niveau de... c'est un facteur qui a été très positif, très favorable. (#22)

En somme, l'Alliance est perçue comme une solution gagnante pour tous les acteurs impliqués.

Puis l'Alliance, ça a marché chez nous, nous autres. Mais c'est peut-être la seule place au Québec où ça pouvait marcher, compte tenu du contexte géographique, du contexte social, du contexte humain, mais ça a marché. Puis ça marcherait encore aujourd'hui. Ce n'est pas une alliance obligatoire. (#12)

C'est donc dire qu'une constellation de conditions particulières a présidé à l'émergence de ce modèle de gouvernance. Notons d'abord le souci du CHRDL de ne pas répéter les erreurs passées commises lors de l'intégration des CHSLD et d'éviter les grands bouleversements qui auraient eu pour effet de froisser le CLSC.

Surtout que lorsqu'on a fermé la Villa Fraserville, tous les employés sont allés à Saint-Joseph avec une culture différente dans deux CHSLD aussi. Ça a été l'enfer! Et quand on a marié le CLSC, au contraire, on a dit : « Faites vos petites affaires. Si vous voulez avoir une maîtresse ou un amant, ce n'est pas grave. Nous autres, d'abord qu'on couche de temps en temps ensemble, ça va bien! » Ça fait qu'on a été très très très très très respectueux de la culture du CLSC. (#12)

Notons ensuite le fait que le directeur général et le directeur général adjoint sont des figures importantes du succès de l'Alliance. En s'entendant sur le partage de leurs rôles respectifs, ils ont su faire émerger un apprivoisement mutuel au niveau des équipes de direction, du conseil d'administration et, dans une moindre mesure, du personnel. Alors que le directeur général du CHRDL prend la direction de l'Alliance, il laisse carte-blanc au directeur général adjoint sur le volet CLSC, tout en lui permettant de s'assurer de la prise en compte des préoccupations de la 1^{re} ligne au CHRDL par sa présence au comité de direction. Le CLSC trouve donc son compte dans une telle formule avec un directeur général adjoint crédible qui défend la mission, et qui conserve suffisamment d'autonomie et de latitude tout en profitant du soutien de l'équipe de gestion du CHRDL. Si l'instauration de l'Alliance repose sur une stratégie pas-à-pas fondée sur de lents rapprochements, cette expérience deviendra vite garante des efforts futurs d'intégration lors de l'implantation des instances locales, notamment en raison des liens de confiance qu'elle a permis de créer entre les acteurs.

Mais ça a été une pratique pour les fusions plus tard. Ça nous a permis, par l'expérience de l'Alliance, de pratiquer les choses. Parce que c'est beaucoup la confiance des personnes en place, le pouvoir des individus. Le problème humain, là-dedans, c'est très important dans la

réceptivité de choses de même. Puis c'est ça qui crée la résistance, puis c'est ça qui crée la collaboration. C'est aussi simple que ça. (#23)

Cela dit, même si l'expérience de l'Alliance a été fructueuse, une fusion complète demeure, à l'aube des années 2000, encore impossible à évoquer.

5.2.4 La mise en place du CSSS-RDL

5.2.4.1 La création d'une instance locale dans le sillage de l'Alliance (2003)

La réaction des acteurs de la gouvernance à l'annonce des fusions est unanime : l'Alliance est la meilleure solution, car elle convient à la réalité du territoire de Rivière-du-Loup. Une fusion n'apportera rien de plus. D'ailleurs, déjà en décembre 2003, le directeur général du CHRDL affirmait à la presse que :

Nous voulons bien nous fusionner, si c'est le souhait du ministre. Mais nous ne voulons pas d'un mariage forcé. Nous désirons pouvoir établir les règles et identifier les problématiques qui pourraient survenir, de manière à pouvoir les contrer lorsqu'elles se présenteront. Les missions respectives du CLSC et du CH doivent être respectées dans l'optique de l'alliance (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003, p. A19).

Si le spectre de la fusion ramène à l'avant-plan les craintes du CLSC de voir progresser la vision « hospitalocentriste » au profit d'une approche communautaire, les conseils d'administration se résignent à l'abandon du statu quo :

Donc, il y avait une méfiance très grande, de sorte qu'on voulait garder l'autonomie. L'autonomie était impossible. C'était clair qu'on n'arriverait à rien à essayer de maintenir cette voie-là. Il n'y avait aucune issue. C'était clair. (#22)

Face à ce mur, ils optent pour un compromis ultime, celui d'accepter une fusion volontaire, ce qui permettra ensuite de mieux en contrôler les modalités.

Ça fait que les deux CA, ils ne pouvaient pas dire grand-chose : « C'est obligatoire, puis en plus, ça ne va pas mal. Puis ce qu'on va faire, au lieu de se faire forcer à se fusionner, puis d'avoir un conseil d'administration qui est nommé par le ministre, on va se fusionner volontairement, puis on va choisir qui, de nous, va rester sur le CA. » (#12)

5.2.4.2 *Une gouvernance de continuité et d'antagonismes (2004)*

L'année 2004 n'est pas considérée comme un moment significatif par les acteurs puisque la fusion entraîne somme toute peu de changement par rapport au modèle de l'Alliance au chapitre de la gouvernance. La transition est gérée en vase clos, par un nombre limité d'acteurs habitués à travailler ensemble du temps de l'Alliance. Le directeur général et le directeur général adjoint sont simplement reconduits dans leurs fonctions respectives. La seule étape véritable à franchir demeure la fusion des conseils d'administration.

Deux mille quatre, pour nous autres, ça a été surtout au niveau des conseils d'administration que ça s'est passé. Le reste, en bas, c'était la même affaire qui se poursuivait. (#22)

Une procédure de sélection moitié-moitié dans chacun des conseils d'administration est retenue, et ce, même si les deux établissements n'ont pas la même taille relative, une procédure dont la mise en œuvre est facilitée par des départs volontaires de part et d'autre. Le président provenant du site à vocation CH-CHSLD est choisi pour assumer la direction. Les acteurs-clé de la gouvernance étant issus de la mission hospitalière, cela donne le ton au nouveau conseil qui peine, dans ses deux premières années d'existence, à réconcilier les conventions et façons de faire respectives des anciens conseils.

C'est toutefois dans la mise en place de la gouvernance clinique que des difficultés plus considérables sont rencontrées. En effet, les négociations sur la constitution du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) achoppent sur la question des privilèges et obligations des membres et, plus particulièrement, sur l'exigence annoncée pour les médecins du CLSC de faire des gardes à l'urgence et de l'hospitalisation, ce à quoi ils s'opposent en invoquant des droits acquis. En plus d'alimenter les préjugés envers les médecins pratiquant en milieu communautaire, le litige, largement judiciairisé, met huit ans à être réglé.

5.2.4.3 *Les débuts du CSSS : une fusion sur papier (2004-2005)*

Les dix-huit premiers mois d'existence du CSSS se déroulent dans le sillage de l'Alliance. Dès la mise en place du CSSS, le conseil d'administration choisit de prioriser « l'optimisation » (*sic*) des services de courte durée, de longue durée, et de l'urgence (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005; Larouche, 15 avril 2005,

p. A14). En hébergement, l'exercice se solde par la fermeture d'une installation, le Foyer de Saint-Cyprien, et la construction d'un nouveau centre de soins de longue durée (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2007; SRC Est du Québec, 28 août 2007).

5.2.4.4 *Des projets cliniques timides (2006)*

Une fois ces dossiers jugés prioritaires mis en branle, l'organisation se lance dans la démarche d'écriture des projets cliniques, une opération qui n'est amorcée qu'en 2006, soit deux ans après la constitution de l'instance locale (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006). D'emblée, il est convenu que la rédaction des projets cliniques, étant donné leur forte orientation populationnelle, sera confiée aux acteurs du CLSC sous la responsabilité du directeur général adjoint. Toutefois, la démarche est loin de soulever l'enthousiasme en dehors des réseaux d'acteurs du secteur communautaire.

Ça fait que nous autres, à l'hôpital, ce qu'on avait à faire, c'est suivre. Amener notre input. Alors que dans la tête de tout le monde, dans la tête des gens, c'était l'hôpital qui va faire les projets cliniques parce que c'est l'hôpital qui est clinique. Non. C'était le CLSC qui *dirigait* les projets cliniques, puis l'hôpital fournissait des services. (#12)

Les chirurgiens de l'hôpital disaient : « Nous autres, le projet clinique, ça nous passe dix pieds par-dessus la tête. Par contre, si vous nous dites ce que vous avez besoin en chirurgie, on va le faire. (#12)

En somme, les projets cliniques sont reçus avec une certaine passivité de la part du secteur hospitalier et du corps médical, qui y voient davantage un état de situation clinique qu'un exercice prospectif porteur pour renouveler les pratiques dans la foulée de la création de la nouvelle organisation.

5.2.4.5 *Un plan d'organisation qui donne vie au CSSS (2007-2009)*

C'est plutôt l'exercice de planification stratégique et l'élaboration subséquente du plan d'organisation qui marquent véritablement la naissance du CSSS en mobilisant les acteurs autour d'un projet commun (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006). Une réflexion est entreprise pour dégager, pour la nouvelle organisation, une mission, une vision et des valeurs qui transcendent les trois établissements d'origine. L'objectif pour l'année 2006-2007 est d'élaborer un nouveau plan d'organisation pour remplacer le plan transitoire dans lequel s'était déployé l'exercice des projets cliniques

(Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006). Finalisé en 2009, après près de deux années d'instabilité et d'insécurité pour le personnel, le plan d'organisation constitue la pierre angulaire de l'intégration des services. Élaboré dans une perspective d'hybridation des missions et des programmes clientèles¹⁹, il est organisé autour de quatre axes : un axe « réseau », soit l'ensemble des services destinés à des clientèles particulières et intégrant les 1^{re} et 2^e lignes, un axe « programme », un axe « qualité, compétence, pertinence », qui gère les différents groupes professionnels, et un axe « support », pour les dimensions administratives (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009). L'adoption de ce plan d'organisation amène l'organisation à identifier « l'année 2008-2009 comme étant celle de la réelle mise en place de la mission du CSSS de Rivière-du-Loup après la fusion des établissements en 2005 » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009, p. 2).

C'est à l'étape de l'élaboration du plan d'organisation que les médecins entrent en scène, eux qui avaient été plutôt absents des discussions sur la gouvernance et de la formulation des projets cliniques. Soucieuse de leur faire une place de choix dans le plan d'organisation, la direction choisit d'associer un médecin dans chaque programme réseau à titre de conseiller :

Pour chacun des réseaux, puis aussi, pour chacune des directions, on voyait un médecin associé. Pour faire en sorte que les médecins ne soient plus un pouvoir parallèle, mais aient la possibilité d'exprimer leurs attentes, puis exercer un pouvoir sur le devenir de l'établissement, mais comme un participant avec les autres. Pas à part des autres. (#22)

À la suite de son adoption en 2009, la mise en œuvre du plan d'organisation est cependant ralentie notamment en raison d'une difficulté à combler les postes d'encadrement et des changements fréquents au sein de l'équipe de gestion, ce qui rend difficile la création d'un esprit de corps.

¹⁹ L'activité du système de santé et de services sociaux est divisée en huit secteurs désignés par l'appellation « programme clientèle » soit un ensemble de services intégrés destinés à une clientèle ou une population particulière. Il s'agit de santé publique, santé physique, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes et leur famille, alcoolisme et toxicomanie. Pour leur part, les « programmes soutien » se réfèrent aux activités qui ne sont pas des services directs aux personnes (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 61).

À partir du moment où le gestionnaire change continuellement, ou qu'on n'est pas capables de s'épauler véritablement parce qu'il y a trop de changements au niveau d'un réseau, ça ne descend pas vraiment. (#22)

Cependant, la mise en place du plan d'organisation permet d'effectuer des percées dans le domaine de l'intégration entre la 1^{re} et la 2^e ligne, où la cohérence s'établit peu à peu, notamment dans le champ de la santé mentale et de la périnatalité, où de mêmes chefs de service coordonnent les volets communautaires et spécialisés. Toutefois, en 2009, le maillage avec les partenaires du RLS n'est qu'à l'état embryonnaire.

Mais à mon point de vue, même si, actuellement, avec le temps, je pense que ça va être intégré totalement. À mon point de vue. Ça s'intègre encore, il y a encore des démarches. (#23)

En somme, les rapprochements cliniques s'implantent lentement. L'année 2010 est marquée par le départ du directeur général et du président du conseil d'administration, qui ayant débuté leurs fonctions respectives au même moment au début des années 1990, annoncent leur départ à deux mois d'intervalle (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 4 novembre 2010, 24 septembre 2010).

5.2.5 Analyse sommaire du cas

Au plan du rythme et de la séquence des événements, la mise en œuvre de la réforme dans le territoire de Rivière-du-Loup s'inscrit en décalage par rapport à l'échéancier initial prévu par le ministre. Les transformations aux plans de la gouvernance et clinique s'inscrivent dans un horizon temporel plus étendu, avec un conseil d'administration nommé dès le printemps 2004, avant même l'annonce officielle de la création des instances locales par le ministre, et, à l'inverse, des projets cliniques lancés près de deux ans après la constitution de la nouvelle organisation.

Par ailleurs, le cas du CSSS-RDL est atypique au sens où les bases de l'organisation créée en 2004 sont, dans les faits, jetées à l'époque de l'Alliance, au tournant des années 2000. Avant cette époque, les rapprochements entre organisations étaient, dans le territoire de Rivière-du-Loup, essentiellement la conséquence, d'une part, d'événements marquant des moments-clés de l'évolution du système de santé québécois (par exemple : annonces par les

autorités publiques de compressions budgétaires et, souvent, par une difficulté anticipée, par les établissements eux-mêmes, à les réaliser), et d'autre part, d'événements ponctuels, comme des départs à la retraite. Cela a permis de créer des occasions pour tendre vers une plus grande intégration, mais qui ont parfois été utilisées (dans ce cas-ci par la RRSSS-BSL et le MSSS) comme prétextes pour intervenir et promouvoir des schèmes différents sur la configuration particulière de rapprochements à établir entre certains établissements.

Cependant, une fois le modèle de l'Alliance adopté, qui était dans les faits une forme négociée et non imposée de rapprochement, les acteurs le font leur. Cela deviendra le moment fort de l'évolution des rapprochements de la gouvernance des établissements de santé du territoire. Ainsi, dans une perspective historique, ce modèle de gouvernance adopté par le passé est vite devenu une référence pour les acteurs en place, au point de les amener, à l'annonce de la réforme, à d'abord militer pour le statu quo et, confrontés à l'inévitable réforme, à construire leur instance locale dans l'héritage direct de l'Alliance. L'intégrité du territoire semble aussi être une référence forte pour les acteurs qui défendent certes l'autonomie de leur établissement, surtout dans le cas du CLSC, mais jamais au point de mettre en péril le schéma territorial local.

Historiquement, l'attitude adoptée par les institutions de santé semble aussi avoir des incidences sur l'implantation subséquente des instances locales : typiquement, le CH cherche d'abord à accroître sa visibilité régionale par rapport à l'hôpital de Rimouski, puis scelle ensuite sa position en englobant un ou des milieux d'hébergement. À l'exception de ces divergences portant sur le statut des centres hospitaliers, on dénote peu de tensions intra ou interterritoriales. Pour sa part, le CLSC adopte, au fil des années, une stratégie prudente d'évitement, soucieux de maintenir sa force relative par rapport à ses homologues et de préserver sa mission. Il est conscient qu'il ne peut ignorer totalement la tendance aux rapprochements et qu'il se doit de négocier des compromis. Quant au milieu de l'hébergement, après s'être résigné à une fusion avec le milieu hospitalier, il ne semble pas encore, au moment d'implanter les instances locales, en mesure de porter sa voix.

Le cas de Rivière-du-Loup est par ailleurs remarquable par la continuité de sa gouvernance. La fusion est gérée par un cercle très limité d'acteurs du réseau, qui sont les mêmes que ceux qui avaient présidé à la mise en place de l'Alliance et, auparavant, à la fusion des

CHSLD avec le CH. Cette proximité, couplée à de bonnes relations interpersonnelles entre directeurs généraux, a permis d'en arriver à négocier un partage des rôles, qui respecte les ambitions professionnelles de chacun et qui a, ultimement, contribué à la stabilité de l'équipe de dirigeants, qui a survécu sous différents modèles de gouvernance, de l'Alliance au CSSS. Dans ce contexte, la transition vers l'instance locale a posé peu de difficultés, et ce, malgré les craintes sur la mise en péril de la mission de 1^{re} ligne. En effet, le directeur général adjoint, responsable du volet CLSC, plus intéressé à protéger globalement la mission communautaire que l'établissement lui-même, voit dans l'implantation de l'instance locale une occasion de consolider et de développer la mission du CLSC. Il portera le sens du nouveau projet dans un contexte institutionnel largement dominé par une vision hospitalière, un schème qui tendra à s'imposer naturellement dans la nouvelle organisation, vu la provenance d'une majorité des acteurs-clés de la gouvernance.

On remarque aussi que les projets cliniques ont eu un apport limité, mais que c'est le plan d'organisation qui a davantage donné vie à la nouvelle structure. Les rapprochements antérieurs ayant surtout porté sur des dimensions administratives, les échanges cliniques entre les missions ont pris plus de temps à s'articuler dans le CSSS.

5.3 Rimouski-Neigette

5.3.1 Présentation du territoire

D'une superficie de 2762 km², le territoire de la MRC de Rimouski-Neigette est délimité au nord par le fleuve Saint-Laurent, au sud, par le Nouveau-Brunswick, à l'ouest par les MRC des Basques et de Témiscouata et, à l'est, par celle de la Mitis. Répartie en neuf municipalités, la population de la MRC se chiffre à 53 000 habitants, ce qui représente le quart de la population du Bas-Saint-Laurent. Plus de 80 % de sa population habitent la zone urbaine de Rimouski, sur le littoral du fleuve, ville qui constitue le cœur de la MRC. La forêt, l'agriculture, le secteur manufacturier et les services publics en sont les secteurs économiques principaux (MRC de Rimouski-Neigette, 2011).

5.3.2 Le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (CSSS-RN)

Issu de la fusion de deux établissements, soit le **Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR)** (missions CH et CHSLD) et le **CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette** (missions CLSC et CHSLD), le CSSS-RN est officiellement mis sur pied le 30 avril 2004. Il comporte trois installations correspondant respectivement à ses principales missions : un CLSC, un CHSLD et un CH (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004d). Au moment de sa constitution, il est doté d'un budget de 116 M\$, dont une partie représente un déficit autorisé²⁰, regroupe plus de 2000 employés, une soixantaine de cadres et près de 150 médecins actifs, dont le tiers sont des omnipraticiens (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005).

Pourvu de 224 lits de soins généraux et spécialisés et de 314 places en hébergement, le CSSS-RN a une mission régionale pour une large gamme de spécialités, et agit comme pôle de référence suprarégional, pour la Gaspésie et la Côte-Nord, dans certaines surspécialités comme la néonatalogie, la radio-oncologie et la néphrologie (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a). Si la mission locale constitue près de 90 % de son activité (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004), le CSSS-RN dessert aussi le palier sous-régional, soit les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, Matane et Matapédia, notamment en santé mentale et en psychiatrie (Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2007). Le CSSS-RN constitue donc un pôle d'influence important pour ces quatre MRC de l'est du Bas-Saint-Laurent et particulièrement pour la MRC de la Mitis à qui il dispense des services hospitaliers. Enfin, le CSSS-RN a aussi une mission d'enseignement puisqu'il exploite, depuis 1998, une unité de médecine familiale (UMF) (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011b) et a récemment été désigné comme campus

²⁰ Adoptée en 2000, la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de santé et de services sociaux* (Québec, 2000) stipule qu'aucun établissement de santé ne peut, à la fin d'une année financière, enregistrer de déficit. Toutefois, depuis 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux attribue des cibles déficitaires à certains établissements, leur permettant ainsi d'inscrire un déficit que l'on dit « autorisé » (Vérificateur général du Québec, 1er mars 2012).

clinique de la Faculté de médecine de l'Université Laval (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 1^{er} octobre 2010).

5.3.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

À Rimouski, l'Hôpital Saint-Joseph et l'Hospice des vieillards des Sœurs de la Charité sont fondés dans les années 1920, mais sont tous deux détruits par le grand incendie de la ville survenu en mai 1950. Reconstitués, ils sont convertis en établissements publics, sous les appellations de Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR) et Foyer de Rimouski, au cours des années 1970 (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a, 2011c). Le CLSC de l'Estuaire, le dernier à voir le jour pour tout le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie, n'est pour sa part implanté qu'en 1981 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004k).

5.3.3.1 *Le CHRR écarté de son propre projet de fusion (1998)*

Dès le milieu des années 1980, le CHRR est frappé par des difficultés financières majeures, problématique dont les médias feront largement état durant la vingtaine d'années que durera cette crise budgétaire. D'un demi-million en 1986-1987 (Thériault, 9 novembre 1992), le déficit accumulé se chiffre à 14 M\$ en 1999 (Thériault, 13 octobre 1999). Dès 1990, l'établissement est sous le coup de plans de redressement budgétaires successifs (Thériault, 2 avril 1998, 6 avril 1998, 9 novembre 1992, 13 septembre 1996). Au fil des ans, diverses mesures sont mises en œuvre pour tenter d'endiguer le problème : coupures de postes de cadres (Thériault, 8 octobre 1994), interruption des activités de l'établissement durant une semaine (Wells, 28 février 1994), fermeture de l'unité de soins prolongés²¹ (Wells, 27 septembre 1995) et multiples réorganisations administratives (Thériault, 4 avril 1996). C'est en partie en raison de ces difficultés financières, mais aussi pour donner suite à une exigence du plan triennal de reconfiguration du réseau de la RRSSS-BSL (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996) que le conseil

²¹ La fermeture de l'unité, à laquelle s'oppose la population locale qui recueille une pétition de 11 000 noms, entraîne une coupure de 30 lits et leur transfert vers le Foyer de Rimouski (Wells, 27 septembre 1995).

d'administration du CHRR met sur la table, en janvier 1996, un projet d'unification entre l'hôpital, le CLSC de l'Estuaire et le Foyer de Rimouski (Thériault, 20 janvier 1996). Toutefois, les visées initiales ne se concrétisent pas, notamment en raison de réticences exprimées en regard de la santé financière du CHRR et sur la taille jugée disproportionnée des établissements.

L'hôpital de Rimouski, c'était un déficit permanent. Donc, le centre d'hébergement et le CLSC ne voulaient pas, sûrement, que la fusion soit faite au détriment de leurs ressources financières, en disant : « Si on se fusionne, les budgets vont aller à éponger le déficit. On va hériter du déficit, on va s'appauvrir, etc. » Ça fait que ça faisait sûrement partie des préoccupations. (#11)

Le projet d'unification revient toutefois à l'ordre du jour l'année suivante à l'occasion du départ du dirigeant du CLSC. Après que la RRSSS-BSL eut suspendu l'engagement d'un directeur général pour le CSLC de l'Estuaire (Thériault, 4 avril 1997), l'établissement communautaire s'engage, en décembre 1998, dans une fusion avec le Foyer de Rimouski, un projet entériné par les deux conseils d'administration.

5.3.3.2 Une cohabitation en dents de scie (1998-2001)

Dans les années suivant cette fusion CLSC-CHSLD, les difficultés financières du CHRR persistent, auxquelles s'ajoutent la menace d'une mise en tutelle (Thériault, 17 mai 2001) et une instabilité chronique de la gouvernance, l'établissement ayant été géré par plus d'une vingtaine de directeurs généraux sur une période de vingt ans.

C'est un centre qui n'a pas conservé longtemps ses directeurs généraux. [...] Des DG qui ont connu de bons mandats, il n'y en a pas eu beaucoup. Il y a eu des crises. Puis je pense que c'était une communauté médicale qui se mobilisait vite, aussi. (#11)

D'autres crises secouent aussi l'établissement au tournant des années 2000, dont une pénurie d'effectifs médicaux due à un exode et à des difficultés de recrutement surtout dans les spécialités (Thériault, 1^{er} juin 2001, 9 juin 2000, 20 juin 2002), un engorgement des urgences (Le Soleil, 13 mars 1998) et de longues listes d'attente en chirurgie (Thériault, 26 avril 2003, 26 janvier 2002). Le tout culmine en 2000 avec la proposition de regrouper les soins coronariens et intensifs, qui suscite la colère des médecins et des infirmières. La crise, publique et largement médiatisée, force la direction du CHRR à revenir sur sa décision (Thériault, 5 octobre 2000, 16 novembre 2000, 30 octobre 2000).

Et les médecins et les infirmières ne voyaient pas ça du même œil, en disant qu'il y avait une perte d'expertise, une baisse de qualité. Ils ont mobilisé la population, il y a eu des pétitions qui se sont signées partout. J'ai oui-dire que les curés, dans les paroisses, ils disaient à la population qu'il y avait une pétition à signer en arrière de l'église, puis... Il y a eu 20 000 signatures, je pense. C'était assez gros comme... l'environnement médiatique de ça, ça a été assez gros (#11).

De son côté, le CLSC-CHSLD de Rimouski, organisation nouvellement fusionnée, maintient son équilibre budgétaire malgré des ressources insuffisantes pour répondre, dans le cadre de sa mission d'hébergement, aux besoins des personnes âgées, ce qui l'oblige à fonctionner en deçà des 250 lits autorisés à son permis. L'établissement jouit d'un bon climat de travail et d'une gouvernance stable tant au niveau de la direction générale que du conseil d'administration.

Au fil des années, les relations entre le CLSC-CHSLD de Rimouski et le CHRR oscillent entre l'indifférence et la guerre ouverte, souvent au gré de la personnalité des acteurs en place qui, du côté du CHRR, changent régulièrement.

Les relations, je ne pense... Moi, ce que j'ai diagnostiqué, ce n'était pas pire qu'ailleurs. Mais il n'y avait pas de complémentarité nécessairement. (#18)

Pris chacun de leur côté avec leurs problèmes respectifs, les établissements travaillent le plus souvent en silos, mais se blâment mutuellement pour les difficultés à assurer une continuité de services.

5.3.3.3 Un comité de direction conjoint : problèmes similaires et solutions communes (2001)

Le vent tourne en 2001, sous l'impulsion du leadership des deux directeurs généraux en place qui, jouissant d'une entente cordiale et fatigués de vivre des ruptures de suivi des clientèles entre leurs deux établissements, en viennent à partager un agenda commun. Convenant que le désaveu ne peut perdurer, les deux organisations qui, jusqu'à qu'alors ne travaillaient pas ensemble, changent de stratégie et entament une collaboration, et ce, pour s'attaquer à cette problématique de continuité clinique.

Moment charnière des relations entre les deux établissements, le rapprochement prend la forme d'un comité de direction conjoint, instauré à l'automne 2002 et qui regroupe les équipes de direction des deux organisations qui se réunissent aux six semaines durant près

de 18 mois. Les discussions portent strictement sur des dimensions cliniques, notamment l'absence d'arrimage au niveau du continuum de services, excluant d'emblée tout rapprochement de nature administrative.

Mais on n'était pas entrés dans les affaires de direction de ressources humaines, de direction des finances. On était rentrés sur la fluidité du client. Puis ce qu'on avait à gagner, c'était de régler ça pour le client. On ramenait ça là-dessus. Ça allait quand même bien, mais on ne discutait pas de grands enjeux stratégiques. Pas du tout, pas du tout! (#18)

De fait, l'accalmie financière de l'époque n'appelle aucune nécessité de partage de ressources et la méfiance mutuelle de longue date ne suscite pas de volonté de rapprochements plus serrés. Bien que la formule connaisse des limites, le comité de direction conjoint permet cependant aux acteurs de la gouvernance de s'approprier, de surmonter les préjugés et aux établissements d'être sensibilisés aux difficultés vécues par leur voisin.

Dans le modèle séparé, avant la fusion, le fait qu'on ait mis en place un comité de direction, ça aidait. Ça aidait. Sauf qu'il y a une limite... il y a toujours la limite des priorités de l'organisation. Parce que ce sont deux organisations différentes avec chacun leurs priorités. (#11)

En rétrospective, le comité de direction conjoint sera identifié comme une initiative-clé ayant « favorisé l'harmonie tout au long des discussions menant à la fusion [de 2004] [...] ». La résultante de nos efforts fait en sorte que le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski s'est implanté dans l'harmonie, la confiance et le respect » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9).

5.3.4 La mise en place du CSSS-RN

5.3.4.1 Une législation accueillie favorablement (2003)

Jusqu'au tournant des années 2000, le territoire de Rimouski-Neigette n'a alors connu que très peu d'épisodes de fusion et conserve donc des établissements aux missions bien délimitées. Cependant, au vu des orientations régionales des dix années antérieures et des amorces de rapprochements sous le comité de direction conjoint, le dépôt du projet de loi 25 cause peu de surprise dans le territoire.

Les gens, ils voyaient le bien-fondé, ils voyaient la logique, surtout dans un territoire comme Rimouski. En région, c'est plus facile. Ça fait qu'il n'y a pas eu vraiment d'opposition. (#11)

Au CHRR, la réaction des dirigeants est positive et unanime : la direction générale et le conseil d'administration sont d'emblée favorables à une fusion. Réputée pour son fort sentiment d'appartenance et ses multiples sorties publiques, pétitions et moyens de pression au fil des ans (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005; Thériault, 9 février 2005, 12 février 2005, 30 octobre 2000), la communauté médicale intervient aussi rapidement dans le débat, mais adopte une position plus mitigée. En effet, elle exprime une réserve quant à la capacité de préserver une mission régionale et suprarégionale dans le cadre d'une instance à mission locale. Sans aller jusqu'à demander de se soustraire à l'application de la loi, le corps médical réitère toutefois l'importance particulière qu'il accorde au symbole que constitue ce statut régional. D'emblée, une concession leur sera accordée sur le nom du futur établissement (Thériault, 15 mars 2004).

Puis peut-être où ils étaient chatouilleux, ce n'est pas... des fois, ce n'est pas grand-chose, mais c'est beaucoup : c'est le nom. C'est pour ça que notre premier nom, ça a été CRSSS, Centre **régional** de santé et des services sociaux Rimouski. C'est ça qui n'a pas passé au ministère. (#11)

Même si la demande de dérogation sur le nom est ultérieurement rejetée par souci d'uniformisation de l'appellation des instances locales, la démarche satisfait les médecins, du moins le temps de faire la démonstration qu'ils n'ont pas à craindre concernant la préservation de la mission régionale.

L'accueil de la réforme est plus tempéré chez les acteurs du CLSC-CHSLD. Outre les appréhensions quant à la taille relative des établissements, on craint un appauvrissement advenant une fusion avec le CHRR, l'établissement étant sous le coup d'un plan de redressement financier majeur et de turbulences persistantes sur le plan de sa gouvernance. Cependant, la direction générale du CLSC-CHSLD croit fermement au projet et sensibilise l'équipe de direction et le conseil d'administration au fait que la réforme offre l'opportunité de mettre à l'avant-scène le rôle du CLSC, et ce, dans le respect intégral de sa mission.

5.3.4.2 Une fusion volontaire, mais négociée (2004)

Rapidement, la fusion devient un projet commun des deux organisations. La stratégie retenue par les deux conseils d'administration est celle d'un regroupement volontaire, tel qu'en témoigne le modèle d'organisation des RLS adopté par l'Agence en février 2004. On y précise que « les deux établissements de la MRC de Rimouski-Neigette ont adopté des résolutions créant un comité conjoint dont le mandat est de regrouper les établissements en une seule entité légale » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 7). Ainsi, le CHRR demande officiellement la fusion avec le CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette le 15 mars 2004 (Thériault, 15 mars 2004).

À la naissance officielle du CSSS-RN le 30 avril 2004, la nouvelle organisation est déjà relativement structurée, fruit d'un travail réalisé de concert en amont, aussitôt la réforme annoncée. Anticipant le regroupement, les deux directions générales négocient au préalable de nombreux aspects liés à la transformation de la gouvernance. D'une part, comme il s'agit d'une fusion volontaire, les conseils d'administration établissent la composition du conseil transitoire de manière démocratique, sur la base de négociations locales dans chacun des deux conseils, où, respectivement, la moitié des membres sont forcés de quitter leurs fonctions.

Le conseil d'administration, c'est une entente qui a été prise. Chacun des conseils avait à choisir leurs représentants. [...] Bien, il y a eu comme du monde qui ont été mis à l'écart et qui aurait aimé rester. Ça s'est fait de façon démocratique. (#19)

Les membres du nouveau conseil d'administration sont très impliqués dans ce remaniement, ainsi que dans la course à la présidence subséquente, qui oppose les deux anciens présidents et dont sort gagnant celui provenant du site hôpital. Mais après un mandat d'un peu plus d'un an, il est remplacé à la présidence par l'ancien président du CLSC-CHSLD, au cours de l'exercice 2005-2006. Ce dernier assumera la fonction jusqu'en 2008 (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009).

5.3.4.3 Un modèle de gouvernance transitoire fondé sur le respect des cheminements professionnels (2004-2005)

Loin de leurs perspectives de retraite, les deux dirigeants des anciens établissements ont poursuivi leur travail dans la nouvelle structure, à titre de directeur général par intérim et directeur général associé et ont donc tous deux participé activement à la mise en place initiale du CSSS. Ce modèle de gouvernance est le résultat d'un délicat compromis basé sur la préservation des cheminements professionnels des acteurs en place.

Parce qu'on avait quand même un plan qui respectait les carrières professionnelles, puis ça, je pense que c'est important. Mais ça avait ses difficultés et ses contraintes. (#11)

Dès la fin mai 2004, le CSSS-RN fait aussi appel à des consultants externes pour rencontrer les acteurs-clés et exposer les non-dits. L'exercice aide les membres des deux anciennes équipes de direction, qui ont tous obtenu une place dans la nouvelle structure, mais sur une base intérimaire, à gérer la transition et l'insécurité inhérente qu'elle crée. Sur la base de ce travail, la direction générale entreprend, en juin 2004, de rallier les acteurs au changement en mettant en place deux groupes de travail : un sur les programmes cliniques et un autre sur la gestion de la transition.

C'est à cette même époque que se concrétise la fusion des CMDP. Malgré l'appui et la confiance des médecins du territoire envers la réforme, l'exercice demande beaucoup de négociations puisque l'univers médical du CH est imposant et dominé par des spécialistes, et celui du CLSC-CHSLD, constitué majoritairement d'omnipraticiens. À l'issue de ces pourparlers, souvent facilités par les directeurs généraux, une entente assure la présence systématique de représentants de ces deux univers au sein de l'exécutif.

5.3.4.4 Les projets cliniques : instruments d'implantation de la fusion (2004-2005)

Démarrés tôt dans la mise en place du CSSS, les projets cliniques deviennent rapidement une priorité et offrent une occasion aux équipes de direction des deux milieux de travailler en collaboration. L'exercice est lancé suite au dépôt des rapports des deux groupes de travail en septembre 2004 (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005).

Donc, moi, ce que je voyais, ce qui était intéressant là-dedans, c'est que, au départ, ça a été tout de suite été branché sur les projets cliniques. Donc, on avait une raison d'être. Cette fusion-là avait une raison d'être. (#18)

Pendant l'exercice, la mise en place de la structure administrative et du plan d'organisation est délibérément mise en suspend pour « mettre en avant-plan les projets cliniques et, par la suite, définir la structure de gestion qui favorisera l'atteinte des objectifs cliniques » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9). Pilotés par l'ancien dirigeant du CLSC-CHSLD, les projets cliniques mobilisent, pour une année, huit équipes de travail au sein desquelles le corps médical est bien représenté, et des partenaires intersectoriels pour poser un diagnostic sur les zones d'amélioration possible quant à la continuité des services (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005).

5.3.4.5 D'intérim en intérim : une gouverne permanente difficile à stabiliser (automne 2005 à hiver 2006)

La conclusion de l'exercice des projets cliniques concorde avec le lancement, en octobre 2005, du premier concours pour la direction générale permanente du CSSS-RN, ce qui entraîne, par conséquent, l'abolition des deux postes existants (SRC Est du Québec, 5 octobre 2005). À l'issue de ce premier processus de sélection, aucune candidature n'est retenue, ce qui maintient les acteurs en place dans une formule de statu quo.

En décembre 2005, à la suite du départ à la retraite du directeur général (Thériault, 23 décembre 2005), le directeur général associé assume l'intérim. Un deuxième concours est alors lancé en mars 2006 (SRC Est du Québec, 31 mars 2006) au sortir duquel le candidat pressenti est écarté, officieusement en raison du fait qu'il provenait du milieu des services communautaires. Plutôt, un directeur général permanent, issu de l'équipe de gestion de l'hôpital, est sélectionné et entre en fonction en novembre 2006 (SRC Est du Québec, 22 novembre 2006), un revers politiquement douloureux pour les acteurs du CLSC-CHSLD. Cette longue période de flottement entourant la nomination affecte la légitimité de l'organisation en plus d'amener du brassage politique, notamment en raison des anciennes allégeances des membres de conseil et des gestionnaires, qui s'exprimeront dans cette course au leadership. Cependant, après une première période d'intérim, de 2004 à 2006, et une seconde, du printemps à l'automne 2006, l'organisation stabilise finalement sa gouverne.

5.3.4.6 Un modèle organisationnel au service du clinique (2006-2008)

Toujours sur le plan de la gouvernance, la structure administrative se met aussi en place très progressivement, sur une période de quatre ans, notamment en raison des multiples intérimis à la direction générale, qui décalent l'adoption d'un plan d'organisation définitif. Cependant, le facteur explicatif principal est que la priorité stratégique est délibérément mise sur l'élaboration des projets cliniques, projets qui constituent la pierre d'assise des modalités organisationnelles.

C'était notre préoccupation de départ, de choisir une gouvernance qui allait... c'est pour ça qu'on est partis des services pour choisir la gouvernance qui allait être le mieux adaptée à l'intégration des services. (#11)

Ainsi, à l'hiver 2006, est adopté un premier organigramme transitoire, comportant « l'ensemble des organigrammes des directions à l'exception de celle de la Direction générale », qui elle, fait toujours l'objet d'un concours (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 9). Cependant, le plan transitoire doit être revu en janvier 2007 pour nommer formellement les cadres intermédiaires, l'instabilité de l'équipe de gestion ayant substantiellement ralenti la mise en œuvre des cibles du projet clinique (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007). Finalement, le plan d'organisation permanent est adopté en avril 2008.

Mais deux organigrammes d'intérimis avec un organigramme qui est apparu juste au 30 mars 2008 – puis on avait commencé les travaux en 2005. Ça, ça a été un peu long. Difficile? Je ne sais pas. Ça a été long. (#18)

Ainsi que souhaité, l'administratif s'appuie sur le clinique et les « programmes clientèles sont reconnus comme le *core business* de l'organisation » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008, p. 11), une approche qui rallie vite le corps médical. Selon cette approche, les services propres à chaque ancienne mission d'établissement sont démantelés et réorganisés selon une nouvelle logique.

Maintenant, ce sont des programmes. Ça fait qu'on ne parle plus d'hébergement, de CLSC et d'hôpital. Et dans les programmes, on a mis ce qui est de l'hôpital... on a attaché aux programmes le morceau qui venait du CLSC, le morceau qui venait de l'hôpital pour le programme de santé physique. (#11)

Vous ne reconnaîtriez sans doute pas le modèle traditionnel du CLSC. Nous, on l'a fait sauter assez vite, le modèle traditionnel du CLSC. Mais on a conservé quand même l'importance de

ces services-là. Sauf qu'on les a placés d'une manière où ce que l'échange d'information se fait plus naturellement. C'est ce qu'on appelle les gestionnaires de processus : quelqu'un qui a une vision de son programme est capable de gérer en amont puis en aval. (#11)

L'exercice des projets cliniques, sur lequel s'est construit le plan d'organisation, a été le moyen privilégié par le CSSS-RN pour restructurer son offre de services en continuum en mettant en place des initiatives visant l'intégration et l'émergence d'un RLS. Déjà en septembre 2007, le rapport annuel de l'organisation indique que le CSSS-RN a « poursuivi la mise en œuvre des actions priorisées par le conseil d'administration en décembre 2005 dans le cadre des projets cliniques. Selon l'état d'avancement des travaux, 60 % de ces cibles priorisées ont été réalisées » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 9). Un projet particulier, le projet PHARE, vise d'ailleurs « à développer des services en continuum entre les différentes missions de l'établissement, l'hôpital, le CLSC et les ressources d'hébergement de façon à ce que les clients puissent circuler plus facilement entre les services qui lui sont requis » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 15). Toutefois, malgré la présence de continuums de services à l'intérieur de certains programmes, de meilleurs arrimages entre 1^{re} et 2^e lignes en santé physique et des améliorations à la dynamique réseau entre les programmes sont souhaités.

Ça, ça a été structurellement faisable. Là, on est en train de le vivre, tranquillement. Il y a des programmes qui sont plus forts que d'autres, au niveau du continuum. Cependant, c'est lorsque des clients touchent les différents programmes... (#18)

De plus, dans le but d'animer son RLS, le CSSS-RN instaure, au printemps 2008, un conseil des partenaires, constitué de différents partenaires intersectoriels et chargé de conseiller la direction générale sur les orientations stratégiques à adopter (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008).

On note aussi que, impliqués dès le début de la fusion, les médecins ont été des acteurs-clés du déploiement de la nouvelle offre de services; les omnipraticiens ont été particulièrement actifs, notamment en exerçant un leadership dans des projets maîtres comme la mise en place d'un accueil clinique permettant aux « médecins en cabinet privé d'avoir accès à un plateau technique et clinique beaucoup plus rapidement » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 14).

Il y a une volonté importante de l'organisation, et c'est les médecins de 1^{re} ligne qui ont fait toute la différence. (#20)

L'ensemble des omnipraticiens du territoire s'est également rallié autour du CSSS-RN qui, pour sa part, a délocalisé le travail de certains professionnels de la santé, comme des nutritionnistes et des kinésithérapeutes, qui vont dorénavant travailler dans les cabinets privés. Parallèlement à ces initiatives, le CSSS-RN annonce la mise en place d'un campus clinique de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Rimouski (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 1^{er} octobre 2010; Thériault, 6 juin 2009).

5.3.5 Analyse sommaire du cas

L'analyse du cas fait ressortir que ce sont surtout les interactions entre les acteurs et les idées qu'ils ont promues, qui ont présidé à la mise en place de l'instance locale et à l'intégration subséquente des services. D'abord, le territoire de Rimouski-Neigette, du fait qu'il soit un pôle d'influence pour tout l'est du Québec, comporte un hôpital régional d'importance qui a vécu son lot de bouleversements et d'instabilité depuis le milieu des années 1980. Ainsi, au lancement de la réforme en 2003, l'institution centrale, le CHRR, est affaiblie par une succession de crises relatives à sa situation financière déficitaire, l'inconstance de sa gouverne et à des problématiques cliniques. Dans ce contexte, face à une agence ayant la ferme volonté de concrétiser les fusions d'établissements, les institutions du territoire de Rimouski-Neigette n'ont pas résisté et se sont relativement vite effacées au profit de la nouvelle organisation.

L'historique des rapprochements entre les établissements montre que ce sont souvent des orientations régionales qui ont été l'événement déclencheur de fusions formelles, comme dans le cas du CLSC-CHSLD. Cela dit, les rapprochements impliquant le volet hospitalier se sont davantage concrétisés dans des conjonctures particulières, au gré de la bonne entente entre directeurs généraux. Sans être forcées par des pressions externes, ces relations harmonieuses ont offert des occasions favorables à la collaboration comme, par exemple, dans le cas de l'instauration du comité de gestion conjoint. Implanté d'un commun accord à

l'initiative des dirigeants, ce rapprochement porte strictement sur des aspects cliniques et évite délibérément les mises en commun administratives.

De prime abord, la fusion menant à la création du CSSS-RN pose des enjeux délicats au plan professionnel, mais le modèle de gouvernance intérimaire retenu, négocié de gré à gré, permet d'accommoder les intérêts personnels des acteurs en place. Sans être idéale pour asseoir la légitimité, la mise en place d'une direction bicéphale qui fait une place à tous les anciens directeurs généraux, leur permet certes de se faire accepter dans de nouveaux milieux, leur image respective étant beaucoup associée aux anciens établissements qu'ils dirigeaient. Finalement, cela a permis de mettre réellement en contact les univers du CLSC-CHSLD et du CH, et ce, à travers la présence simultanée de leurs dirigeants.

Ce tissage de liens est facilité par une soigneuse préparation effectuée par les directeurs généraux dans chacune de leurs organisations avant la fusion, ce qui permet de diffuser un message positif quant au changement à venir, d'y donner un sens et, pour les acteurs, d'y voir des perspectives. Largement négociée et préparée en amont, cette stratégie vise à réduire les risques que la fusion soit compromise par la suite. En travaillant sur les perceptions des acteurs avec, par exemple, la mise sur pied d'un comité sur la gestion de la transition et la mise à contribution de consultants externes pour mettre au jour les non-dits, les directeurs généraux ont pu avoir un ascendant sur des acteurs-clés, comme les membres de conseil et de l'équipe de gestion, qui sont ultimement responsables d'implanter la fusion et d'intégrer les services.

À l'image des problèmes vécus alors au CHRR, la gouverne du CSSS-RN a toutefois mis du temps à se stabiliser, marquée par un long intérim, ce qui a quelque peu miné la légitimité de l'organisation et créé de l'insécurité chez les cadres. En contrepartie, l'accent rapidement mis sur les projets cliniques a permis de transcender ces difficultés. En somme, la dimension clinique a été le fil conducteur de l'intégration de la gouvernance, une stratégie qui s'inscrit en continuité avec l'esprit du rapprochement effectué par la mise en place du comité de gestion conjoint. À certains égards, la priorité donnée aux dimensions cliniques a retardé la mise en place de l'organigramme final, cette instabilité n'ayant pas empêché l'intégration des services à commencer à se mettre en œuvre, une démarche renforcée par l'arrivée d'un directeur général permanent issu du milieu clinique,

expérimenté dans deux des trois missions et connaissant les modèles d'organisation promus par la réforme.

En résumé, le projet clinique a servi d'alibi pour réaliser la fusion, tout comme il a été l'angle sous lequel les rapprochements antérieurs ont été abordés, ce qui a donné un sens à la transformation. Le projet clinique a donc réussi, en quelque sorte, à transcender les intérêts des acteurs, malgré les luttes de pouvoir et les enjeux personnels. Les acteurs, dont, au premier chef, les médecins, se sont ralliés autour de cette dimension. Ainsi, si dans les premiers mois de la fusion la mission CH était en position de dominance, un meilleur équilibre s'est établi par la suite entre les services communautaires et hospitaliers, par une reconnaissance accrue de la contribution spécifique du CLSC, et des gains ont été faits au chapitre de l'intégration des services.

5.4 Matane

5.4.1 Présentation du territoire

Répartie le long du littoral du fleuve Saint-Laurent entre Baie-des Sables et Les Méchins et bordée au sud par la MRC de la Matapédia, la MRC de Matane, d'une superficie de 3400 km², est composée de 12 municipalités (MRC de Matane, 2012a). La ville de Matane regroupe plus de 60 % des 23 000 habitants que compte la MRC (MRC de Matane, 2012a), ce qui pose le défi d'une « cohabitation harmonieuse entre un pôle urbain prospère, qui regroupe la majorité de la population, et de petites municipalités aux économies parfois fragiles qui englobent la majeure partie du territoire régional » (MRC de Matane, 2012b). Ainsi, le vieillissement et le déclin de la population posent des défis particuliers pour ce territoire dont l'économie repose sur le secteur tertiaire, l'industrie alimentaire et forestière, avec une progression dans les secteurs des nouvelles technologies, de l'éolien et du tourisme (MRC de Matane, 2012c).

5.4.2 Le Centre de santé et de services sociaux de Matane (CSSS-M)

Créé le 30 mars 2004 et confirmé par lettres patentes le 13 décembre 2004 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c), le CSSS-M est né de la fusion de deux établissements : les **CH et CHSLD de Matane** (missions CH et CHSLD) et le **CLSC de Matane** (mission CLSC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c). Ses trois principales installations, un CH, un CHSLD et le siège social du CLSC, sont concentrées au cœur de la ville de Matane, les deux autres, des points de services du CLSC, sont, pour leur part, situées aux deux extrémités du territoire de la MRC. En 2004, l'offre de services, organisée de manière traditionnelle et concentrée en milieu urbain, repose surtout sur l'hôpital communautaire de 1^{re} ligne, opéré par une vingtaine d'omnipraticiens, quatre spécialistes (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006) et quelque 670 employés (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005). Doté de 45 lits de soins généraux et spécialisés et de 106 places en hébergement (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005), le CSSS-M dispose d'un budget de 34 M\$ et assure une desserte essentiellement locale et de premier niveau (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004). Notons que l'offre de services en hébergement y est essentiellement publique, aucun centre d'accueil privé n'opérant sur le territoire.

5.4.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

C'est dans les années 1930 et 1940 que les Sœurs dominicaines de la Trinité fondent et construisent un hôpital à Matane (Pelletier, 11 juillet 1994, 27 mai 1995), qui devient une corporation publique en 1977 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c). Cette même année, le CLSC de Matane, l'un des premiers au Québec, est mis sur pied par des organisateurs communautaires, et ce, après l'implantation du Foyer d'accueil de Matane, ouvert, pour sa part, en 1969 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c; Pelletier, 8 juillet 1997).

Déjà sous le coup de déficits, le Centre hospitalier de Matane est durement touché par le virage ambulatoire avec des compressions budgétaires importantes et une diminution de près de la moitié de ses lits de courte durée (Pelletier, 8 novembre 1995; Thériault, 8 avril 1994, 9 novembre 1992, 23 mars 1995). En décembre 1995, le dépôt du plan triennal de transformation du réseau de la RRSSS-BSL prévoit d'établir une seule unité administrative pour les établissements de santé et de services sociaux de Matane (Thériault, 26 décembre 1996), une orientation qui déclenche une succession de stratégies de la part du CLSC pour se soustraire à cette obligation.

5.4.3.1 Projet de fusion avec la MRC : un CLSC qui se tient à distance des autres établissements (1996-1997)

Dès le début 1996, pour donner suite à l'orientation régionale, le Foyer d'accueil de Matane tente une approche auprès du CLSC, une requête vite rejetée. L'établissement, réputé très autonome, refuse la proposition d'unification, d'autant plus qu'elle est initiée par le directeur général du Foyer d'accueil, un ancien gestionnaire du centre hospitalier, ce qui alimente les craintes du CLSC quant à la préservation de sa mission, sa vision et ses valeurs.

Parallèlement à cet épisode, en janvier 1996, profitant d'un appel de projets touchant l'administration publique lancé dans le cadre du livre vert sur la décentralisation du ministre Chevrette (Ministère du conseil exécutif, 1995), le CLSC présente officiellement à la RRSSS-BSL et au MSSS une demande pour être administré par la MRC de Matane. Selon la proposition, le conseil d'administration serait aboli, la MRC obtiendrait le budget et les élus formeraient une commission de la santé chargée d'administrer le CLSC (Michaud, 11 janvier 1996). Dans une déclaration aux médias, la présidente du conseil d'administration, une instigatrice-clé du projet, explique que le CLSC « est menacé par la fusion que veut imposer la Régie » et qu'il a « plus d'affinités avec la MRC qu'avec les autres établissements du réseau de la santé » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4). Du coup, ce désaveu envers le projet de reconfiguration proposé par la RRSSS-BSL attise les tensions entre l'établissement local et le palier régional, en plus de s'attirer la critique du milieu hospitalier matanais (Michaud, 24 janvier 1996). À l'adoption du plan triennal en février, la proposition de regroupement avec la MRC est laissée en suspens jusqu'à ce que

le MSSS statue sur la requête (Le Soleil, 14 juin 1996), mais la RRSSS-BSL précise que les établissements de Matane demeurent soumis à l'orientation d'unification administrative, qui devra être effective en avril 1997 (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).

5.4.3.2 Nécessité ou obligation? Une fusion parallèle à deux joueurs (1996-1997)

Entre-temps, le Centre hospitalier de Matane continue, pour sa part, d'être durement touché par les coupures. Au printemps 1996, le comité de survie de l'hôpital organise une marche de solidarité à laquelle participent 5 000 citoyens pour dénoncer les restrictions budgétaires (Le Soleil, 4 juin 1996, 5 juin 1996, 26 avril 1996; Pelletier, 16 mai 1996). Le Foyer d'accueil est aussi affecté par les compressions. Anticipant la complexité des transformations cliniques et administratives qu'il aura à effectuer et ne jugeant pas l'établissement assez solide pour les réaliser, le conseil d'administration, essoufflé, entreprend des discussions avec le centre hospitalier en vue d'une fusion. La requête, pilotée conjointement par les deux établissements, est bien accueillie, d'autant plus qu'elle coïncide avec le départ à la retraite du directeur de l'hôpital (Le Soleil, 19 décembre 1996). Hasard des circonstances ou occasion favorable planifiée, cet événement permet au directeur général du Foyer d'accueil de faire un retour dans le milieu hospitalier.

Alors, dans cette fusion-là, le directeur général du Foyer d'accueil ne s'est pas senti tassé parce qu'il savait qu'il pouvait appliquer sur le poste de direction générale, et ça l'a pas..., les gens ne sentaient pas une grosse boîte qui prenait une petite boîte. Ça n'a pas été vu comme ça. (#31)

Le CLSC, pour sa part, refuse encore d'adhérer au mouvement d'unification, prétextant être toujours en attente d'une décision quant à sa requête de regroupement avec la MRC (Le Soleil, 19 juillet 1996).

Autorisée en juillet 1996, la fusion de l'hôpital et du Foyer d'accueil, qui fait naître les CH et CHSLD de Matane, est principalement justifiée par des considérations budgétaires et administratives et non par des motifs cliniques. Dans ce contexte, suite au regroupement, les deux établissements, aux pratiques et structures assez traditionnelles, continuent de défendre l'étanchéité de leurs missions respectives, tel qu'en témoigne, par exemple, le maintien, au sein d'une même organisation, de deux structures parallèles d'hébergement pour les personnes âgées, l'une en intra et l'autre en extrahospitalier.

En octobre 1997, le CLSC voit sa demande de rattachement à la MRC rejetée. La RRSSS-BSL ne tarde pas à annoncer minimalement l'union administrative, ou encore, si possible, la fusion du CLSC avec les CH et CHSLD de Matane. Elle indique que « les deux CA ont rejeté le maintien de corporations autonomes comme c'est le cas présentement, de même que la formule d'intégration d'une corporation par une autre » (Pelletier, 27 octobre 1997, p. A4). Les pourparlers reprennent donc en vue d'une union, mais progressent lentement, vu les réticences historiques du CLSC. En effet, à cette époque, le CLSC est profondément ancré dans sa communauté et dirigé par un conseil d'administration influent et réputé être très impliqué dans la gestion quotidienne des activités de l'établissement.

Au CLSC aussi y avait un CA très dynamique et y avait un CA de terrain. C'était un CA présent, puis un CA de plancher *all the time*. Et c'était la mentalité du CLSC. (#31)

Par contre, le CLSC, c'est sûr qu'à cette époque-là, y était vraiment très communautaire. Et défendre la veuve et l'orphelin, ça c'est sûr et certain qu'il..., ça..., y a eu des années où ça a été vraiment beaucoup là-dedans. (#30)

Ainsi, pour les deux années qui suivent, le CLSC est encore en mesure de préserver son autonomie, malgré les orientations édictées par le palier régional.

5.4.3.3 Une alliance forcée, un rapprochement tiède (1999-2003)

À l'aube des années 2000, les restrictions budgétaires se poursuivent aux CH et CHSLD de Matane, si bien qu'au printemps 1998, l'établissement a perdu près du quart de son budget et de ses lits de courte durée, et vit avec un déficit se chiffrant à 2,4 M\$ (Le Soleil, 17 juin 1997; Thériault, 6 avril 1998). En mars 1999, la RRSSS-BSL revient à la charge avec son exigence d'unification lors de l'adoption de son plan d'action 1999-2002. Elle y précise que « le regroupement entre les CH et CHSLD et le CLSC de Matane devrait se réaliser dans les mois à venir » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 7), alors qu'il avait été originalement prévu pour avril 1997.

À l'été 1999, un événement, soit le départ du directeur général du CLSC pour un autre établissement, crée une nouvelle opportunité pour la RRSSS-BSL d'aller de l'avant. Elle qui continue de souhaiter un regroupement administratif, n'autorise pas l'organisation à pourvoir le poste vacant (Le Soleil, 20 juillet 1999). Astreint à se plier à la décision de la RRSSS-BSL, sans autre option envisageable, le CLSC se résigne à un rapprochement

administratif, ce qui donne lieu à la naissance d'une alliance qui ne voit cependant le jour qu'en octobre 2000. Le poste au CLSC n'étant pas aboli, mais volontairement non comblé, les CH et CHSLD de Matane prêtent leur direction générale au CLSC, mais deux conseils d'administration distincts sont maintenus. Les contacts entre les deux établissements demeurent minimes, en dehors de quelques mises en commun de services administratifs.

Donc ç'a comme envoyé un peu un message en disant : « On reviendra pas en arrière, donc on n'autorisera pas l'affichage d'un poste de directeur général »; c'est un peu comme ça que ça s'est fait. [...] Donc c'est un peu par nécessité au sens où il n'y aurait pas de poste de directeur général d'autorisé pour le CLSC. Donc ça s'est pas fait, mais vraiment pas du tout sous l'angle, encore là, d'une intégration clinique là des services. Ça s'est fait par obligation. (#32)

Les négociations en vue d'une fusion complète se poursuivent tout au long de la période d'alliance, tout cela sur fond d'abolitions de postes, de dépassements de déficits autorisés et de mauvaise performance financière dans les CH et CHSLD de Matane (Le Soleil, 28 novembre 2002; Michaud, 19 septembre 2002, 27 décembre 2003; Thériault & Paradis, 9 février 2002).

On essayait tous les jours de rencontrer, de s'asseoir, les deux CA puis de voir y a tu possibilité. Y a eu des années, regarde, les réunions ont pas duré dix minutes là. (#31)

Les échanges entre les deux conseils d'administration en vue d'une fusion s'intensifient cependant à la fin décembre 2001 grâce à la tenue d'un exercice de réflexion appelé « Vision 2008 ». Pilotée par un consultant, la démarche constitue le premier geste commun des deux établissements visant à discuter d'avancées possibles au plan clinique, à faire émerger une vision commune de l'organisation des services sur le territoire (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006).

À ce chapitre, les organisations partent quasiment de zéro. Déjà, historiquement, malgré une forte proximité géographique, les établissements, des milieux relativement fermés, fonctionnent en vase clos, dans une ignorance réciproque. Les tentatives infructueuses de rapprochement ont miné la confiance, mené à une escalade du sentiment de compétition et creusé davantage le fossé entre les organisations. Le discours de mépris du CH envers les services communautaires se traduit même concrètement dans des pratiques de soins, avec des conséquences potentiellement délétères pour les patients.

Tu sais, on hospitalise même les cas qui devraient être à domicile, ça c'est vraiment culturel ici, j'avais jamais vu ça ailleurs. (#21).

Cette situation alimente les craintes du CLSC, qui, par réflexe de protection, axe son action principalement autour de la mission de prévention au détriment de certains services dans la communauté qui l'auraient amené à agir en complémentarité avec les autres établissements du territoire.

Tu sais, parce que le CLSC c'était nos petites affaires, notre petite maison, nos petites affaires. (#31)

Ainsi, le modèle d'alliance, loin de susciter des maillages plus serrés, conforte plutôt les deux établissements dans leurs convictions respectives. Cependant, en 2003, une succession d'événements vient brasser les cartes à l'aube de la réforme.

5.4.4 La mise en place du CSSS-M

5.4.4.1 Des départs et une législation imminente qui relancent de facto les pourparlers (2003)

L'année 2003 constitue une étape charnière en vue de la mise en place de l'instance locale. Voyant la législation poindre, la présidente du conseil d'administration du CLSC, défenderesse de la première heure de l'autonomie de l'établissement, quitte au printemps 2003. Au même moment, le directeur général des CH et CHSLD de Matane annonce sa retraite prochaine. La perspective du départ de ces deux acteurs-clés accélère les négociations entre les deux conseils d'administration en vue de la fusion officielle, pourparlers qui débutent, à l'image de l'ensemble des travaux dans la région du Bas-Saint-Laurent, avant même le dépôt du modèle d'organisation régional par l'ASSS-BSL.

L'annonce de cette fusion imminente ne suscite pas de réaction particulière chez les partenaires intersectoriels, ces derniers ayant obtenu les garanties souhaitées sur le maintien de l'intégrité territoriale et d'une desserte locale de services. Quant au corps médical, sans s'opposer à ce qu'il percevait comme un changement purement administratif, et comme le climat demeure tendu et la confiance mutuelle à bâtir entre les praticiens du CH et ceux du

CLSC, il reste à distance du processus de négociation sur l'implantation de l'instance locale.

5.4.4.2 Vers une instance locale : des débuts sous haute surveillance (2003-2004)

En 2003, les négociations sur la mise en place de l'instance locale sont tenues dans un climat de suspicion si bien que son implantation se retrouve vite assortie de conditions visant à assurer l'intégrité des missions. Signe de la méfiance ambiante entre les établissements, le premier énoncé de mission du CSSS-M spécifie qu'il a pour rôle de dispenser « les meilleurs services à la population de la MRC de Matane dans le respect des missions (CH, CHSLD, CLSC) » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005).

Dès lors, le CLSC qui avait résisté à tout rapprochement pendant de longues années et attendu une obligation ultime, dans ce cas, une intervention législative, n'a maintenant d'autre choix que de se résigner, de se résoudre à l'inévitable et d'accepter la fusion, non sans amertume.

Bien encore là, il faut comprendre qu'y avait une..., un noyau très fort là puis qui s'était dit : « Ils nous tasseront pas là. » (#31)

Non, non, non, non, y a eu des..., pas des batailles ouvertes, mais y a eu... Non, non, non, les gens voulaient pas là. Et même le conseil de l'époque, c'était par résignation, ce qu'on sentait. (#30)

De fait, les préoccupations financières et relatives à la préservation de la mission exprimées lors de tentatives de rapprochement précédentes refont surface, et le CLSC a tôt fait d'exiger une protection de son budget assortie d'une reddition de compte financière serrée.

Et pour au moins une période de..., je vous dirais, d'un an à un an et demi là, y a vraiment fallu isoler comme il faut les budgets du CLSC. Y avait une crainte énorme à ce que les budgets de la 1^{re} ligne soient transférés vers la mission CH et y a fallu faire une reddition de comptes assez serrée pour pouvoir démontrer aux gens que c'était pas l'exercice qu'on voulait faire là. (#32)

Au chapitre de la gouvernance, l'exercice de constitution du conseil d'administration provisoire offre une porte de sortie aux membres provenant du CLSC et opposés à un regroupement avec les CH et CHSLD de Matane, un bon nombre d'entre eux ayant volontairement choisi de quitter. La composition du nouveau conseil unifié s'impose donc d'elle-même, à la faveur de ces départs. De plus, la présidence du nouveau conseil étant

assurée par un représentant du CLSC, les craintes des membres subsistants sont quelque peu estompées. L'un des premiers gestes du conseil d'administration unifié est d'annoncer un changement radical des façons de faire dans les établissements pour privilégier le support au client, une mesure qui amène les administrateurs à s'impliquer plus intimement dans la gestion quotidienne de manière à supporter l'instauration de cette nouvelle philosophie (Michaud, 5 mai 2003). Quant à la direction générale, elle s'impose d'elle-même, puisque l'intérim est assuré par le seul dirigeant en poste dans le territoire, soit celui de l'alliance, un individu ayant travaillé dans toutes les missions et apprécié du milieu.

5.4.4.3 Une gouvernance controversée (2004-2010)

L'automne 2004 amène de nombreux bouleversements dans la jeune organisation : intervention du centre de coordination nationale des urgences, lancement d'une démarche d'agrément et début des projets cliniques. Le tout coïncide avec la démission du président du conseil d'administration et le départ du directeur général intérimaire (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005). Commence alors une longue période de crise pour l'établissement.

Au début de 2005, un nouveau directeur général, issu d'un secteur autre que celui de la santé, est nommé avec le concours et l'assentiment de l'Agence. Rapidement cependant, son leadership est contesté : il peine à asseoir sa légitimité auprès de son équipe de direction, ses relations avec l'Agence se détériorent, mais il jouit, en contrepartie, du support infailible du président et, dans une moindre mesure, de l'exécutif du conseil d'administration, qui sont, par ailleurs, intimement impliqués dans la gestion quotidienne du CSSS-M.

Mais le président a fait équipe avec la direction générale, ils faisaient cavalier seul tous les deux. (#30)

Il faut dire que lors de la constitution de l'organigramme, au terme d'un processus de sélection où tous les postes ont été abolis et réaffectés, des conflits ont émergé au sein de l'équipe de gestion, avec des répercussions sur l'unité et la cohésion. Ainsi, alors que certains gestionnaires peinent à s'adapter au niveau de responsabilités attendu dans le

contexte, le réflexe est davantage à la protection des acquis des anciens établissements qu'à la construction de la complémentarité.

De façon collective, il y a beaucoup de guerres de pouvoir à l'intérieur de l'organisation. Des gens qui ne croyaient pas à ces structures-là qui ont été nommés quand même, puis qu'on attendait le départ à la retraite de ces personnes-là pour faire des changements. Donc, toutes les choses traînent. (#20)

Mais le problème était pas tellement au niveau de la pensée CSSS que des problèmes personnels entre individus. (#21)

En effet, les rapports annuels du CSSS-M font état de ces difficultés récurrentes et de l'instabilité vécue au sein de l'appareil de gouvernance. Dès 2006, on rapporte plusieurs départs, mouvements et changements dans le personnel, un haut roulement de gestionnaires et des postes non comblés dans des directions-clés comme les ressources humaines ou le programme d'hébergement (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, 2008, 2009, 2010), ce qui mine grandement le climat de travail (Dubé, 30 décembre 2008). À la fin de 2009, le tout culmine avec une vague de démissions sur fond de difficultés financières importantes, l'organisation ayant accumulé un déficit de 3 M\$ (Thériault, 26 janvier 2010). Aussi, en l'espace de six mois, trois membres du conseil d'administration sont partis, dont le vice-président et le président; le directeur général du CSSS-M démissionne à son tour en décembre 2009 (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010).

Ainsi, dans les six premières années d'existence du CSSS, une conjoncture de facteurs entraîne une désorganisation et mine la capacité du nouvel établissement à amorcer l'opérationnalisation de la transformation. Des conflits personnels ont redéfini les alliances politiques entre les trois axes stratégiques de la gouverne, soit la direction générale, l'équipe de gestion et le conseil d'administration, qui semblent se jeter mutuellement le blâme pour les problèmes vécus par l'établissement. À cela s'ajoutent des relations tumultueuses avec l'Agence qui cible l'établissement en raison de ses difficultés financières, des querelles qui sont perçues par les dirigeants du CSSS-M comme une ingérence induite du palier régional dans les affaires de l'établissement.

5.4.4.4 Des difficultés qui compromettent les projets cliniques et l'intégration des services

Les difficultés vécues par l'organisation sur le plan de la gouvernance se répercutent sur les efforts d'intégration des services. Lancée à l'automne 2004, l'élaboration des projets cliniques, issue d'une démarche inclusive et participative mettant à contribution des partenaires intersectoriels, débouche sur le dépôt d'un plan d'action en décembre 2005. L'approche privilégiée pour la réorganisation du continuum de services est celle du programme-clientèle, mais avec un organigramme structuré en fonction des grandes missions traditionnelles : programmes et services communautaires; programmes et services courants et hospitaliers; programmes et services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005).

Cependant, des délais avant d'obtenir l'approbation de l'Agence, l'insuffisance du financement et un leadership déficient au vu des problématiques d'organisation du travail, finissent par entraîner une perte de *momentum* et une démobilisation qui ralentissent considérablement la mise en œuvre des projets cliniques.

Donc c'est ça qui a été le défi d'un projet clinique, au-delà de les mettre sur papier, de les rendre opérationnels en disant : « Bien écoutez, le physiothérapeute qui est au CH, normalement, il peut aussi aller au foyer, il peut aussi aller au CLSC », donc c'est cet élément-là que je vous dirais qui, même encore aujourd'hui, on travaille encore dessus. (#32)

Y'aurait fallu qu'y ait un *leadership* beaucoup plus fort pour être capable d'arriver à au moins une unification un peu plus marquée, si on veut là. (#30)

De plus, des mesures non matérialisées remontant à l'époque du virage ambulatoire – notamment dans le secteur de l'hébergement de longue durée – semblent avoir également amputé la capacité de l'organisation à se transformer. En effet, dans les années 1990, les établissements avaient choisi d'investir pour développer les services d'hébergement en institution et en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) plutôt qu'en soutien à domicile, tel que le spécifiaient les orientations gouvernementales de l'époque.

Et on était avec un taux de lits par 1000 de population trop élevé. On était à presque 4 lits par 1000 de population, alors que le taux est à 3,1. Donc, ils sont actuellement dans ce *movage* de structure là, encore. (#20)

Ces retards, difficiles à rattraper, ont non seulement creusé le déficit financier, mais ont aussi érodé la relation avec l'Agence déjà malmenée par la problématique budgétaire

persistante et la lenteur de l'organisation à mettre en œuvre certaines orientations régionales.

Sauf que c'est un mal nécessaire, ça faisait des années que c'était promis à l'Agence et qu'y avait rien qui se faisait non plus là. Fait que c'est ça. Fait que non. À promettre des choses puis jamais actualiser, c'est sûr qu'on perd de la crédibilité aussi. (#30)

Dans ce contexte, le premier projet clinique implanté est celui sur les personnes âgées, ce qui requiert un changement de philosophie majeur en faveur du maintien dans le milieu (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, 2007). À la suite de fermetures progressives de lits, l'exercice se solde par la fermeture définitive de l'unité de soins prolongés au site de l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, 2010; Pelletier, 7 octobre 2009; SRC Est du Québec, 2 octobre 2007).

Mais y avait pas cette mentalité-là, tu sais, c'était d'essayer de les garder en milieu d'hébergement tout le temps-là, jusqu'à la mort. Alors ça il a fallu changer ça puis ç'a été une longue lutte. (#21)

En somme, les actions entreprises dans le programme pour personnes âgées visent davantage à procéder aux virages qui auraient dû être entrepris dans les années 1990, qu'à intégrer les services offerts aux aînés dans un continuum, même si on constate, au bout du compte, une baisse du recours à l'hospitalisation (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008).

Cela dit, de l'aveu même des informateurs, l'intégration des services demeure toujours au stade embryonnaire dans plusieurs programmes clientèles.

Matane a peu évolué, à mon point de vue. Matane était une structure où... une organisation qui ne s'est pas fusionnée, en réalité, une organisation qui a joué beaucoup sur le volet de la structure, sur le volet de l'organisation dans une perspective où... Puis on a eu tellement de feux à éteindre qu'on n'a pas changé la structure. On avait une structure très traditionnelle, on est encore dans une structure très traditionnelle. (#20)

Les concepts de continuum de services et de responsabilité populationnelle ont eu peine à s'ancrer dans le discours et les pratiques, et les acteurs en place n'ont pas totalement baissé la garde concernant la protection des missions.

Parce que des changements comme ce qui y avait derrière les projets cliniques, tu sais avec une perspective populationnelle, c'est pas réalisé là. En tout cas, pas à Matane là. Et il faut

continuer. Ça veut pas dire qu'y a pas d'actions qui ont été prises pour y arriver, mais c'est pas assez nourri, c'est pas assez suivi pour dire qu'on va y arriver un jour, parce que... (#21)

Il y a encore des réserves. Non : ça va pas s'éteindre de même, ça j'ai l'impression qu'y a une résignation, mais non, c'est pas une acceptation. (#30)

L'accumulation de crises de la gouvernance et financières, mais aussi au chapitre du climat organisationnel, des ressources humaines et des effectifs médicaux, et ce, avant la naissance du CSSS-M et durant ses premières années de vie, ont amené une certaine inertie qui a retardé l'atteinte des objectifs d'année en année.

5.4.5 Analyse sommaire du cas

Dans cette étude de cas, l'année 2003 constitue un moment charnière puisque la mise en place du CSSS-M commence à se jouer à cette époque, avant même que le projet de loi 25 ne soit déposé. À ce moment précis, le départ d'acteurs-clés ouvre une fenêtre d'opportunité à la RRSSS-BSL pour remettre à l'agenda la question de l'unification des établissements, un enjeu qui, historiquement, a ponctuellement refait surface, le plus souvent à l'instigation du palier régional. En effet, les difficultés financières vécues par les établissements locaux, l'énonciation d'orientations régionales, et des départs à la retraite ont offert autant de prétextes à la RRSSS-BSL pour forcer des rapprochements. En n'autorisant pas le remplacement des directeurs généraux sortants, le palier régional peut contraindre les établissements à envisager des échanges plus serrés, un levier dont il fera largement usage au fil des ans.

Malgré ces efforts, les institutions de santé du territoire de Matane ont, à travers le temps, démontré une grande résistance au changement, tel qu'en témoigne notamment le peu d'évolution de leurs pratiques cliniques et de leurs structures de soins. Elles ont vécu une succession de fusions forcées auxquelles elles ont résisté ou qu'elles ont réalisées sans conviction, des projets qui n'ont que rarement été lancés à l'initiative des établissements eux-mêmes. Dans les autres cas analysés jusqu'à présent, la dynamique d'opposition entre les établissements locaux se cristallise souvent, au premier chef, entre le CLSC et le CH. Or sur cette dimension Matane se singularise, puisque la compétition ne se limite pas au seul duel CLSC-CH; l'opposition au CH « unificateur » rallie tous les autres établissements et

toutes les autres missions. Rappelons que le CLSC, un établissement de 1^{re} génération, est fort d'une longue tradition de stratégies d'évitement, ce qui lui a permis, pendant près de 10 ans, de préserver son indépendance; il est devenu le « résistant » par excellence. Refusant successivement un rapprochement avec le CHSLD et le CH, il va même jusqu'à préférer un rattachement à une entité administrative, la MRC, pour se soustraire à n'importe quelle union avec un établissement de santé, peu importe sa mission, car il le perçoit automatiquement comme un compétiteur. Cela témoigne de l'hermétisme que les milieux souhaitent conserver entre les missions et du sentiment d'extrême méfiance qui les habite. Ce désir de maintenir l'étanchéité organisationnelle a eu comme résultat des fusions surtout « sur papier »; dans les faits, tant au plan administratif que clinique, les intégrations ne se sont pas souvent concrétisées. Dans certains cas, les établissements ont même pris des mesures, actives ou passives, pour les contrecarrer.

La préservation de la mission transcendant souvent tous les autres intérêts, ce cas met donc en lumière la ténacité des croyances internalisées par les institutions et la difficulté à articuler des schèmes différents, et ce, malgré l'arrivée d'une législation imposant la mise en place de l'instance locale et l'instauration de nouveaux modèles d'organisation des services. Au-delà des pratiques cliniques figées dans un modèle ayant peu évolué, cette difficulté explique également les retards accumulés dans l'actualisation de certains virages annoncés dans les années 1990. En somme, la large place faite à une conception de l'offre de services pensée en termes de mission, un discours et des pratiques méprisantes envers les services communautaires, l'absence d'échanges cliniques avant la fusion de 2003, ont créé un environnement peu préparé et peu réceptif à un virage clinique fondé sur de nouveaux concepts comme les projets cliniques et la responsabilité populationnelle. Ces nouveaux schèmes se sont vite confrontés aux pratiques établies, si bien que l'accent a davantage été mis sur la structure de l'organisation que sur l'utilisation des projets cliniques comme outil de changement.

Les acteurs en place ont également joué un rôle central. Les années 2003 et 2009 sont des moments-clés où l'on note deux vagues de départs massifs d'acteurs qui démissionnent en bloc. Le départ et l'arrivée d'acteurs conditionnent donc le devenir de l'organisation en offrant des opportunités d'aller de l'avant ou, à l'inverse, constituent des obstacles à

l'émergence de nouveaux schèmes. En effet, le cas de Matane se distingue par le rôle crucial qu'y jouent les intérêts des acteurs, les alliances politiques et les allégeances, ces guerres de pouvoir étant déterminantes dans l'évolution de l'organisation et la capacité à mettre en place les changements imposés par la réforme. Des conflits minent cette capacité à deux niveaux. Dans un premier temps, le rapport entretenu entre le local et le palier régional est tendu, autant dans sa dimension historique que contemporaine, la RRSSS-BSL ayant, de tout temps, été très intimement impliqué dans les affaires internes de l'établissement. En effet, au moment de la transformation du réseau de 1995, le CLSC avait ouvertement désavoué le plan d'action de la RRSSS-BSL en demandant un rattachement à la MRC. Ces conflits ont persisté sous le CSSS-M, où des querelles et des visions divergentes entre les dirigeants locaux et régionaux ont eu des répercussions sur l'ensemble de l'organisation. Dans un deuxième temps, à l'interne, la gouverne du CSSS-M a, dès sa création, été très instable, en raison des crises de leadership, de démissions et d'un haut taux de roulement dans l'équipe de gestion et chez les cadres. Le conflit est particulièrement notable entre la direction générale et l'équipe de gestion, où l'allégeance envers le dirigeant est faible et des conflits personnels perturbent la gestion quotidienne. Ultimement, c'est l'appui d'une partie des membres du conseil d'administration qui a joué un rôle crucial pour permettre à la direction générale de demeurer en place, une alliance-clé qui a permis à la gouvernance de survivre, malgré les critiques provenant à la fois de l'interne et de l'externe. Ce cas est aussi marqué par l'omniprésence historique de conseils d'administration forts et très impliqués au sein de certains établissements.

En somme, face à un état de crise quasi institutionnalisé depuis plusieurs années, le CSSS-M a eu peine à articuler une nouvelle identité et à effectuer un virage clinique en lien avec les objectifs de la réforme. L'accumulation de barrières a créé une forme d'inertie que les acteurs ont eu de la difficulté à transcender, avec des conséquences aux plans de la stabilité, de la légitimité de l'organisation et de l'intégration clinique des services.

5.5 Conclusion sur les cas de la région du Bas-Saint-Laurent

Au Bas-Saint-Laurent, les orientations régionales édictées depuis les années 1990 (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, 1999) ont continuellement fait la promotion d'une plus grande intégration de la gouvernance, avec notamment une proposition d'instauration d'une seule unité administrative par territoire local dès 1995, soit près de 10 ans avant l'implantation des CSSS.

Pour les trois territoires étudiés, on remarque que, sans qu'il y ait eu formellement une orientation en ce sens, c'est le modèle d'intégration CH-CHSLD qui a été privilégié, ce qui a souvent eu comme conséquence de figer le modèle d'hébergement dans un canevas hospitalier. Si ces orientations régionales ont, par les regroupements qu'elles ont suscités, conduit tranquillement vers la mise en place des CSSS, d'un point de vue clinique, certains principes directeurs de la réforme, comme celui de la hiérarchisation des services, avaient aussi déjà été mis en route. En effet, dès 1999, le plan d'action de la RRSSS-BSL édicte, pour la région, un modèle d'organisation des services qui prévoit des services de base dans les six CH, des services de 2^e ligne offerts en complémentarité à Rivière-du-Loup et Rimouski et la désignation exclusive de Rimouski, comme site de prestation de 3^e ligne (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999).

En somme, à la suite des orientations de 1995, cinq des huit territoires avaient déjà procédé, avant 1999, à une forme de regroupement organisationnel. La tendance, déjà bien inscrite, a certainement incité les trois autres à faire de même, sur une base volontaire, rapidement après l'adoption du projet de loi 25. Celui-ci est venu ni plus ni moins entériner un modèle d'organisation administrative intégré qui était en émergence depuis plusieurs années.

Mise à part l'opposition entre Rivière-du-Loup et Rimouski, on remarque peu de conflits intra ou interterritoriaux, malgré l'existence d'un sentiment d'appartenance dans chacun des territoires locaux étudiés qui ne s'exprime cependant que relativement faiblement. L'équilibre des forces entre les deux pôles urbains s'est stabilisé depuis que leurs aires d'influence en matière de santé sont mieux délimitées, ce qui a donné lieu à l'émergence d'un palier sous-régional informel qui divise la région en deux zones : l'est et l'ouest. Du reste, le schéma territorial du Bas-Saint-Laurent demeure figé, au fil des réformes, les huit

MRC constituant un référent important aux yeux des acteurs locaux. À la veille de l'instauration du projet de loi 25, la préservation des contours territoriaux apparaît plus importante que la survie même des établissements, un compromis politique imposé aux acteurs locaux par l'ASSS-BSL.

Globalement, la région du Bas-Saint-Laurent semble avoir toujours eu un palier régional fort qui a mené de manière résolue les grands changements entraînés par les réformes successives. Cela dit, on remarque que la RRSSS-BSL, et ensuite l'ASSS-BSL, sont intervenues à des degrés divers dans les affaires des établissements locaux, et notamment, avec un peu plus d'insistance à Matane que dans les deux autres cas étudiés.

5.6 La région de Chaudière-Appalaches

5.6.1 Mise en contexte

Couvrant 15 071 km², la région administrative de Chaudière-Appalaches compte 406 000 habitants, dont 60 % vivent en milieu urbain et 40 % en milieu rural (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c; Institut de la statistique du Québec, 2012a). La région s'insère, dans son axe est-ouest, entre les régions administratives du Bas-Saint-Laurent et du Centre-du-Québec, et, dans son axe nord-sud, entre le fleuve Saint-Laurent et la frontière des États-Unis. Elle est constituée de 136 municipalités, 9 MRC et une ville fusionnée (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005b). Outre la ville de Lévis, où est installé un centre hospitalier universitaire affilié, ses principaux pôles urbains sont : Saint-Georges, Thetford Mines, Sainte-Marie et Montmagny. L'agriculture, l'agroalimentaire, l'industrie forestière, pétrochimique et le textile sont ses secteurs économiques prédominants (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2011b).

Autrefois intégrée à la région de Québec vu la proximité de la capitale nationale, la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches a été créée en octobre 1992 (Côté, 19 juin 1993), à

la suite d'une « concertation d'acteurs locaux qui souhaitaient avoir une région à leur couleur » (#10). Elle est perçue, par les acteurs locaux, comme une région dynamique, réseautée et politisée, où le sentiment d'appartenance de la population est fort.

Naturellement, on a une région, en Chaudière-Appalaches, où les gens sont très attachés à leur territoire, à leurs établissements, à leurs institutions. Comme je disais tantôt, c'est très ancré dans les milieux. Les milieux se gèrent beaucoup avec les alliances politiques. (#25)

Le vieillissement de la population et l'exode posent des défis particuliers d'organisation de services en milieu rural, tandis que la densification de la population dans les zones urbaines près du littoral, à proximité de la ville de Québec, elle, appelle à une consolidation des services de santé pour assurer la rétention de la clientèle régionale et une offre de services adéquate.

5.6.1.1 Vers les assises d'une organisation par territoire de MRC : des regroupements volontaires CLSC-CHSLD (1994-2002)

Après la naissance de la région de Chaudière-Appalaches et l'instauration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS-CA), un document d'orientation stratégique, intitulé *Bâtir ensemble une région en santé*, est présenté en octobre 1994 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994). Le *Défi Qualité-Performance* qu'il propose table sur la révision des services de soutien et administratifs, un secteur où la RRSSS-CA entend avoir une action décisive, et la complémentarité des structures organisationnelles. Bien qu'elle reconnaisse que les conversions, intégrations et fusions d'établissements aient, par le passé, été « plus ou moins heureuses et bien acceptées », la RRSSS-CA entend malgré tout accueillir favorablement les projets volontaires de rapprochement entre « institutions d'une même mission ou sur un même territoire naturel », tout en questionnant la pertinence des structures (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 15). Peu de temps après la diffusion de ce document, le *plan d'action 1995-1996* réaffirme, d'une part, la nécessité de redéployer les ressources d'hébergement, étant donné le surplus de lits et leur mauvaise distribution géographique et, d'autre part, prévoit des changements majeurs dans le secteur de la buanderie, des abolitions de postes dans le secteur de la santé physique et la reconfiguration de certains établissements, notamment dans le réseau des CHSLD (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c).

Prélude à l'opération majeure de transformation du réseau, le document *À l'heure des choix* est déposé en août 1995 pour discussion et consultation auprès des acteurs de la région (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a). D'entrée de jeu, la RRSSS-CA affirme que des discussions en vue de rapprochements ont été amorcées, notamment entre les CHSLD et CLSC d'un même territoire, à l'instigation d'acteurs locaux, tel que le prévoyait le document d'orientation stratégique de 1994. Cependant, elle indique « que certaines démarches de réflexion perdurent et sont assujetties à toutes sortes de résistances provenant souvent de différents groupes d'intérêt. Les vieux paradigmes des 20 dernières années résistent ou persistent et filtrent les nouvelles façons de concevoir l'avenir » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56). Alors que la région compte 56 établissements publics regroupés sous 29 conseils d'administration, la RRSSS-CA propose plutôt qu'il n'y ait qu'un seul siège administratif par territoire, pour ensuite évoluer vers un pour deux territoires, ainsi que recommandé par un comité-conseil en santé physique (Pelchat, 1^{er} septembre 1995; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a). Elle propose également de regrouper en un seul site les services hospitaliers de courte durée d'un même territoire, d'instaurer des mécanismes de liaison CH-CH et CH-CLSC-cabinets privés et de réduire le nombre de lits en hébergement.

À la suite de la tenue d'audiences publiques sur ses propositions d'orientations, le document *À l'heure des choix – décisions* est entériné en septembre 1995. La RRSSS-CA opte pour un modèle de rapprochement CLSC-CHSLD organisé autour de l'entité MRC, tandis que pour les CH, elle privilégie une base sous-régionale, soit le territoire de concertation²². Bien que les établissements concernés auraient préféré une unification par mission, la RRSSS-CA estime que des points communs unissent les CLSC et CHSLD : la MRC comme base territoriale de référence, la prédominance de l'approche communautaire et les personnes âgées comme clientèle principale (Régie régionale de la santé et des

²² Les territoires dits de concertation servent de référent géographique sous-régional en matière d'organisation des services depuis plus de vingt ans lorsqu'un bassin de population plus grand que le territoire de CLSC est requis. Leur découpage repose sur les bassins de desserte des quatre centres hospitaliers de la région, de même que sur les habitudes de consommation de services des populations. La région de Chaudière-Appalaches compte quatre territoires de concertation qui, la plupart du temps, regroupent plusieurs MRC : Littoral (3 MRC et une ville fusionnée), Beauce-Etchemins (3 MRC), Montmagny-L'Islet (2 MRC) et l'Amiante (1 MRC) (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b).

services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b). Optant à nouveau pour une stratégie axée sur le volontariat, la RRSSS-CA indique qu'elle « respectera les rythmes de cheminement des territoires, mais balisera le temps de discussion pour connaître un dénouement » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80).

En février 1999, la RRSSS-CA dépose son *plan de consolidation 1999-2002* qui est l'occasion de dresser un bilan de l'opération de transformation qui s'est notamment soldée par des réductions budgétaires de 36 M\$, 900 mises à pied et 1000 départs volontaires (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, 1999). Le rapport note aussi une diminution de la dépendance face à la région de Québec et indique que les « assises d'une organisation de services par territoire de MRC sont en place » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 3).

5.6.2 Ébauche du modèle d'organisation régional (2004)

5.6.2.1 *Un consensus tacite autour d'un modèle à quatre RLS*

La mise en œuvre de la réforme en Chaudière-Appalaches étant calquée sur l'échéancier ministériel d'implantation de la législation, c'est le dépôt du projet de loi 25, à l'automne 2003, qui lance officiellement la démarche d'élaboration du modèle d'organisation régional. En janvier 2004, au moment de la transformation de la RRSSS en ASSS, cette dernière annonce que quatre RLS verront le jour dans la région et qu'ils seront organisés autour des quatre territoires de concertation, sur la base des bassins de desserte hospitalière (Ricard-Châtelain, 17 janvier 2004).

Alors, la logique était de dire : « On s'inscrit autour d'une logique qui est notre CH, puis on fusionne les établissements autour ». (#25)

L'instance régionale s'est rendue à cette proposition après avoir brièvement étudié d'autres scénarios dont celui de créer un seul RLS pour la région, ou encore deux RLS, un pour le nord, l'autre pour le sud, hypothèse à laquelle se sont opposés les territoires de concertation

de la Beauce et de l'Amiante, craignant de devenir le parent pauvre d'un développement réalisé prioritairement sur le littoral.

Bien, il y a eu un petit jeu, je te dirais, parce qu'à un moment donné, il y a eu une hypothèse, sur la table, d'en faire deux pour la région, mais ça n'a pas tenu la route très longtemps. Tout de suite, ça a été sur ce qu'on a depuis 20 ans, dans le fond... c'est quatre. La clientèle hospitalière, c'est vraiment le chemin habituel. Ça fait que c'est venu très rapidement. Le modèle à deux n'a pas vraiment... il a été mis sur la table, mais il n'a pas vraiment tenu la route là-dessus. (#3)

En février 2004, le conseil d'administration de l'ASSS-CA adopte le *cadre de référence sur le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* qui vient expliciter les balises ayant guidé l'élaboration de la proposition et les étapes subséquentes de la démarche (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004). D'entrée de jeu, l'ASSS-CA affirme qu'elle « entend s'engager et exercer le leadership qui lui est dévolu dans la mise en place de tels réseaux » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 39). Du même coup, elle justifie le découpage proposé en affirmant que les territoires de concertation, généralement organisés autour d'une masse critique plus large que la MRC, sont des territoires naturels d'appartenance, des lieux d'échanges intersectoriels et d'accès à des services de proximité qui s'harmonisent avec ceux d'autres territoires administratifs d'organisations partenaires, comme, par exemple, les commissions scolaires. Elle ajoute que :

Ces territoires, tous desservis par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un centre hospitalier affilié universitaire, des CLSC et CHSLD, constituent une référence sociosanitaire pour les populations qui y ont leurs habitudes de consommation de services. En effet, ces territoires de concertation ont servi de point d'ancrage pour l'organisation des services avant même que ne soit mise en place la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, pp. 15-16).

L'ASSS-CA suggère également que les mandats régionaux des établissements locaux ne soient pas remis en question dans le cadre de la démarche et que l'Hôtel-Dieu-de-Lévis ne soit pas inclus dans une instance locale en raison de sa vocation régionale et universitaire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004).

Ça allait de soi qu'on allait créer un CSSS à Montmagny-L'Islet; ça allait de soi qu'on allait créer un CSSS Beauce; ça allait de soi qu'on allait créer un CSSS à Thetford. C'était plus nébuleux, je pense, à l'époque – on a ressorti ça il n'y a pas longtemps – au niveau du Grand Littoral, parce que c'est comme ça que le CSSS s'est appelé, à savoir est-ce qu'on le fusionne avec l'Hôtel-Dieu de Lévis ou pas. (#24)

En plus de deux comités internes de suivi et un comité conseil externe, des équipes de travail, constituées de cadres et de professionnels de l'Agence, de même que des directeurs généraux et présidents de conseils d'administration des établissements locaux, sont instaurées dans chacun des quatre territoires. Leur mandat est de produire des portraits socioéconomiques et de santé publique des territoires, de convenir des modalités entourant la constitution de l'instance locale, et d'identifier les membres appelés à siéger aux conseils d'administration transitoires des nouveaux établissements (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004).

5.6.2.2 Des consultations élargies sur l'hypothèse de l'Agence

Les démarches de consultations sur la proposition s'échelonnent de la mi-février à la mi-avril, période où l'ASSS-CA multiplie les rencontres avec les acteurs du milieu et la population des territoires pour recueillir leurs commentaires sur le modèle (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004). De manière générale, les acteurs locaux ne semblent pas surpris de l'avènement de la réforme ni de la teneur de la proposition de l'ASSS-CA. Après avoir d'abord procédé au regroupement des centres d'hébergement et, ensuite, à des fusions CLSC-CHSLD, la tendance semble bien inscrite.

On sentait venir ça, graduellement, qu'il y avait un effort d'intégration qui serait demandé. Je ne pense pas qu'on a été très... on n'a pas été surpris, c'est un fait. Je ne crois pas qu'il y a beaucoup d'établissements, beaucoup de personnes du réseau qui ont été surprises par ces fusions-là. Tout dépendant de la portée politique dans les différents milieux, ça a ébranlé des endroits plus que d'autres. (#16)

Officiellement, si le comité régional des directeurs généraux et les associations de cadres sont, pour la plupart, d'accord avec le modèle (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c,

2004d), les décideurs locaux ne sentent pas qu'ils ont une grande marge de manœuvre pour amender la proposition de l'ASSS-CA.

Moi, je pense qu'ils ont tenu compte de la réalité qui existait déjà, mais c'était une décision de l'Agence aussi. Dans le sens que... on a été consultés, on en a parlé, c'est certain. Consultés? On en a parlé. Consulter, c'est une autre chose. C'est différent pour moi. (#6)

Les gens n'ont eu à peu près rien à dire là-dessus. Ça a été poli, mais sans plus. Ce n'était pas quelque chose qui émergeait. Puis, politiquement, c'était toujours très dangereux de toucher à ça. Donc, il fallait que ça se fasse vite. (#8)

La commission médicale régionale (CMR), le département régional de médecine générale (DRMG), les conseils infirmiers (CI), multidisciplinaire (CM), et des médecins, dentistes, pharmaciens (CMDP) des différents territoires, tous se disent d'accord avec la proposition et demandent à être impliqués dans les projets cliniques (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, 2004d). Les élus réagissent peu – la plupart des députés provinciaux de la région étant du parti au pouvoir; il en est de même pour la conférence régionale des élus (CRÉ), qui donne son appui à la proposition. Il faut toutefois noter que le maire de Lac Etchemin enregistre son opposition à la création de quatre instances locales (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c).

5.6.2.3 Quand l'administratif rencontre le politique : une proposition rapidement remise en question

À la suite des consultations, un certain consensus apparaît autour de la proposition de l'Agence. Le conseil d'administration adopte de ce fait, le 21 avril 2004, le modèle régional d'organisation basé sur la création de quatre RLS (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004). Le document est ensuite acheminé au ministre le 30 avril 2004, qui dispose alors de trois mois pour l'étudier (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004d).

C'est durant cette période, au printemps 2004, que les acteurs du territoire des Etchemins multiplient les stratégies politiques pour infléchir la décision du ministre, eux qui souhaitent préserver leur autonomie face au territoire de la Beauce avec lequel l'ASSS-CA

propose de les regrouper. Jusqu'au dépôt du modèle au ministre, les acteurs des Etchemins étaient demeurés relativement muets sur leur intention de contestation, mais l'ASSS-CA, qui a eu vent de certaines tractations, s'attend à ce que sa proposition soit amendée. Bien qu'irritée par la croisade des Etchemins, l'ASSS-CA craint particulièrement les effets collatéraux d'une éventuelle reconnaissance d'un RLS propre à la MRC des Etchemins, dans la mesure où le territoire circonvoisin de Bellechasse pourrait être intéressé à y être rattaché, ce qui aurait pour effet de démanteler, par effet de dominos, le schéma territorial du RLS du Littoral.

Le 23 juin 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux va à l'encontre de la recommandation de l'ASSS-CA et annonce la création de cinq RLS pour la région de Chaudière-Appalaches, dont un nouveau RLS distinct pour le seul secteur des Etchemins. Il justifie sa décision en disant vouloir tenir compte des « préoccupations de chaque milieu » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004). Plutôt qu'y voir un désaveu à l'égard de son travail, l'Agence encaisse la décision comme une demi-victoire, puisque les délimitations territoriales des autres RLS, elles, demeurent intactes.

Tableau 4: Les RLS créés en Chaudière-Appalaches

RLS	Territoires de MRC	Établissements fusionnés	Population desservie
Réseau local de services du Littoral	<ul style="list-style-type: none"> - Lotbinière - Lévis-Les Chutes-de-la-Chaudière - Lévis-Desjardins - Bellechasse - La Nouvelle-Beauce 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé Paul-Gilbert - Centre de santé Arthur-Caux - CLSC-CHSLD de la MRC Desjardins - Centre de santé de Bellechasse - CLSC-CHSLD de la MRC de La Nouvelle-Beauce 	218 000
Réseau local de services de Beauce	<ul style="list-style-type: none"> - Beauce-Sartigan - Robert-Cliche 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier Beauce-Etchemin - CLSC Beauce-Centre - CLSC Beauce-Sartigan - Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Chaudière-Appalaches (CRATCA) et CHSLD 	70 000

		de Beauce	
Réseau local de services des Etchemins	- Les Etchemins	- Centre de santé des Etchemins	18 000
Réseau local de services de Montmagny-L'Islet	- Montmagny - L'Islet	- Centre de santé de la MRC de L'Islet - Hôtel-Dieu de Montmagny - CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny	43 000
Réseau local de services de L'Amiante	- L'Amiante	- Centre hospitalier de la région de l'Amiante - CLSC Frontenac - CHSLD de l'Amiante	44 000

Sources : (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004)

5.6.3 Instauration de la gouvernance : une agence qui remplit ses obligations (2004-2005)

Dès l'annonce ministérielle, la mise en œuvre des instances locales débute avec la constitution d'un comité directeur à l'implantation dans chacun des territoires. Au même moment, l'ASSS-CA, responsable, conformément à la loi, de faire des propositions au ministre concernant la composition des conseils d'administration, élabore une liste de membres potentiels pour chaque instance locale. Ce processus de désignation ne semble pas poser de problèmes particuliers.

Mais je te dirais que, contrairement à d'autres régions, il n'y a pas eu d'implication politique dans Chaudière-Appalaches. Nos propositions ont été respectées presque à la lettre, finalement, où là, c'était vraiment un processus administratif de respect des critères qu'on a fait. (#5)

Au début juillet, à la suite de l'émission des lettres patentes et la nomination des conseils d'administration provisoires, des rencontres sont tenues entre l'ASSS-CA et les nouveaux administrateurs (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 11 juin 2004). Au début de l'automne, le processus de nomination des directeurs généraux intérimaires est également bouclé, l'ASSS-CA ayant émis une recommandation claire quant aux personnes à nommer,

décision que les conseils d'administration avaliseront. Pour l'intérim, la formule retenue est de nommer des dirigeants qui, qu'ils soient issus des anciens établissements ou de l'externe, n'ont aucune intention de briguer une direction générale permanente.

Quant aux concours formels pour nommer les directeurs généraux, ils sont tenus à l'automne 2004 sous la supervision de l'ASSS-CA. L'exercice est facilité par la présence, à l'aube de la fusion, de dirigeants par intérim dans plusieurs anciens établissements et par le départ à la retraite, à court terme, d'un bon nombre de directeurs généraux, ce qui laisse, somme toute, peu de prétendants sur les rangs. Une fois la gouvernance stabilisée, l'ASSS-CA met en place, à l'été 2005, un chantier pour développer les balises pour les projets cliniques (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005b). Une fois cela fait, elle se retire considérablement de l'implantation et passe le flambeau de mise en œuvre de la réforme aux territoires locaux.

5.7 Beauce

5.7.1 Présentation du territoire

Le territoire de référence du CSSS de Beauce (CSSS-B) englobe deux MRC. Il est constitué de la MRC Beauce-Sartigan (51 000 hab.), qui regroupe 16 municipalités – dont l'agglomération urbaine de Saint-Georges (31 000 hab.) – et de la MRC Robert-Cliche (19 000 hab.), constituée de 10 municipalités et deux villes principales : Beauceville (6200 hab.) et Saint-Joseph-de-Beauce (4500 hab.) (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007b; Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2012b). Regroupées, ces deux MRC forment un territoire de 2843 km² avec une population à desservir, pour le CSSS-B, d'environ 70 000 personnes (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a). Ce territoire de référence est donc délimité, au sud, par la frontière américaine, à l'ouest par la région administrative de l'Estrie et la MRC des Appalaches, au nord, par la MRC Nouvelle-Beauce et à l'est par la MRC des Etchemins. Ses principaux secteurs économiques sont le secteur secondaire de la fabrication,

notamment la construction et le transport, le commerce de détail et les services publics (Emploi Québec & Institut national de la recherche scientifique, 2011a, 2011b).

5.7.2 Le Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSS-B)

Créé officiellement le 5 juillet 2004, le CSSS-B est né de la fusion de quatre établissements, soit : le **Centre hospitalier Beauce-Etchemins** (mission CH) et le **CRATCA et CHSLD de Beauce** (mission CR et CHSLD), qui desservent les deux MRC, le **CLSC Beauce-Centre** (mission CLSC), sis dans la MRC Robert-Cliche, et le **CLSC Beauce-Sartigan** (mission CLSC), basé dans la MRC du même nom (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b).

Le CSSS-B comporte neuf installations, dont cinq points de services de CLSC, 142 lits de soins généraux et spécialisés, ainsi que 200 places en hébergement et soins de longue durée (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007b). En 2004-2005, le budget de l'établissement se chiffre à environ 92 M\$, avec un déficit de 1,3 M\$ (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a), un manque à gagner qui passe, dans les années suivantes, sous la barre des 875 000 \$, pour respecter la limite du déficit autorisé annuellement. Pour sa part, le déficit accumulé atteint 11.5 M\$ en 2009-2010 (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010).

En 2005, le CSSS-B est opéré par environ 1 800 employés et 125 médecins, dentistes et pharmaciens (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006). Il s'agit d'un établissement multivocationnel comportant plusieurs spécialités médicales, une urgence traumatologique et une unité de médecine familiale (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006). En plus de desservir la population de la MRC voisine des Etchemins pour les services médicaux spécialisés, le CSSS-B est mandataire de plusieurs services régionaux dont Info-Santé, la réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et la buanderie (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007b, 2008).

N'échappant pas à la rivalité qui divise souvent les petits pôles régionaux, une vive opposition s'exprime entre Beauceville et Saint-Georges (Poulin, 1984), les pôles urbains respectifs les plus importants de chacune des MRC englobées dans le territoire du CSSS-B. De plus, la population de la Beauce doit composer avec des problèmes psychosociaux et de mésadaptation plus importants qu'ailleurs au Québec, un taux de chômage faible, mais des salaires peu élevés en raison, notamment, de la sous-scolarisation de la population (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a).

5.7.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

Le développement des établissements de santé dans la Beauce est marqué par l'ouverture d'un bon nombre de foyers et de pavillons d'hébergement entre les années 1960 et 1974, de même que par la mise sur pied des deux CLSC : le CLSC Beauce-Sartigan, établi à La Guadeloupe en octobre 1977 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004i), et le CLSC Beauce-Centre, implanté à Saint-Joseph-de-Beauce en 1985 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004h). Toutefois, c'est le développement de la mission hospitalière qui a le plus marqué l'histoire du territoire avec l'installation de deux centres hospitaliers, à une quinzaine de kilomètres l'un de l'autre : l'Hôpital Saint-Joseph de Beauceville, fondé par les Sœurs de la Charité en 1930 et l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce, construit à Saint-Georges par les Augustines en 1949 (Bégin, Bérher, Joubert, & Poulin, 1984; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004n).

5.7.3.1 *Deux hôpitaux déjà en guerre ouverte : d'une fusion à une défusion (1965-1989)*

En 1965, à la suite de tractations politiques entre les députés locaux et le ministre de la Santé de l'époque, le site de l'Hôpital Saint-Joseph de Beauceville, est choisi, malgré une population moins nombreuse, pour être modernisé et agrandi, ce qui suscite la colère des médecins de Saint-Georges (Bégin, et al., 1984). Dès les années 1970, les deux CH négocient pour enrayer les duplications de services entre les deux sites. Les discussions se tiennent « dans un cadre rigide afin d'éviter des malentendus compte tenu des luttes et de l'agressivité qui existent entre les deux villes » (Poulin, 1984, p. 3). Après des années de

pour parler, un protocole d'entente sur le départage des services est obtenu à l'arraché et signé en 1977. Cependant, en 1979, le ministère des Affaires sociales, insatisfait des progrès, émet l'hypothèse d'une fusion. Malgré les oppositions et protestations locales, un décret ministériel ordonnant la fusion des deux hôpitaux est déposé en 1982. Sept ans plus tard, en 1989, les deux centres hospitaliers sont intégralement reconstitués après l'échec de la fusion (Dallaire, 30 juin 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004f).

5.7.3.2 La survie de l'hôpital de Beauceville menacée : fusion ou fermeture? (1995-2003)

Quelques années après la défusion, alors que les médias rapportent que « la rivalité entre les deux centres [hospitaliers] semble d'estomper » (Dallaire, 12 septembre 1992, p. G6), les compressions budgétaires décrétées en 1995 remettent le projet de regroupement à l'ordre du jour. En juin, les deux établissements évoquent une fusion possible (Dallaire, 30 juin 1995), proposition que la RRSSS-CA, dans son document d'orientation stratégique *À l'heure des choix*, affirme soutenir pour mettre fin à la fragmentation des services entre les deux sites (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a). Ayant reçu plusieurs mémoires favorables à la fusion, la RRSSS-CA l'entérine et préconise un regroupement des services de santé physique à Saint-Georges, et le maintien d'un service d'urgence et la centralisation de la psychiatrie de courte durée à Beauceville (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).

Le vent tourne cependant en janvier 1996, alors qu'on évoque non plus une fusion, mais plutôt la fermeture pure et simple du CH de Beauceville. Le monde municipal et politique se mobilise rapidement dans le dossier en organisant une manifestation à laquelle prennent part 5 000 personnes. Cette mobilisation ne permet néanmoins pas de convaincre le ministre de préserver le scénario original souhaité, soit celui d'une fusion (Pelchat, 10 janvier 1996).

Saint-Georges est quand même la plus grosse ville de la Beauce. Donc, la directrice générale, dans le temps, [...] puis le maire de Saint-Georges, aussi, ont vu une occasion-là de grossir et de devenir la capitale, etc. Tout le projet de fusion, d'intégration entre les deux hôpitaux, etc., bien, a tombé à l'eau. (#7)

Au début 1996, le CH de Beauceville est donc fermé et transformé en centre d'accueil pour personnes âgées (Pelchat, 24 janvier 1996), une décision qui engendre pas moins de deux appels à la bombe (Dallaire, 30 janvier 1996).

Finalement, cette transformation entraîne la perte de plus de 200 emplois, l'abolition puis le réaffichage de tous les postes (affiliés à 45 syndicats), la fermeture de plus d'une centaine de lits de courte durée, et l'émergence d'un déficit budgétaire important causé par la réorganisation (Dallaire, 10 juin 1997, 21 juin 1996, 21 septembre 1997). Décrite par un informateur comme « une guerre de tranchées à n'en plus finir » (#8), l'opération est longue et difficile, notamment pour ce qui est du processus de réaffectation des employés, si bien que ce n'est qu'en 2003 que la mise en place de cette transformation s'achève.

Par ailleurs, à l'aube de la réforme de 2004, le Centre hospitalier Beauce-Etchemins (CHBE), déjà éprouvé par cette restructuration, vit d'autres crises dont des débordements périodiques à l'urgence; cette situation est particulièrement difficile à contrôler car l'établissement ne dispose pas de lits d'hébergement de longue durée (Dallaire, 20 février 1999). À cela s'ajoutent le départ de plusieurs médecins (Dallaire, 7 septembre 2000), un déficit financier ainsi que des relations tendues avec la RRSSS-CA, déjà mises à mal par l'opération de 1996 (St-Pierre, 20 novembre 1999). La situation s'aggrave encore en décembre 2002 avec le décès d'une patiente, un incident très médiatisé pour lequel l'hôpital est blâmé par une enquête du coroner (Benjamin, 3 février 2006; Fleury, 1 décembre 2006).

5.7.3.3 Les CLSC et les CHSLD : des univers aux antipodes du milieu hospitalier (1995-2003)

Du côté des CHSLD et des CLSC, la période 1995-2003 est tout aussi mouvementée. En effet, la transformation de 1995 entraîne également des reconfigurations d'établissements dans le réseau des CLSC et CHSLD, deux types d'établissements que l'on souhaite alors unifier à l'intérieur de chacune des MRC (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b). En Beauce, cette proposition suscite des réticences, surtout de la part des directeurs généraux en place à l'époque, si bien que la mesure prévue par la RRSSS-CA ne s'actualise finalement pas.

Je te dirais qu'au niveau de la Beauce, les CHSLD n'étaient pas fusionnés avec les CLSC parce que quand il y a eu la première vague de fusion, il y a eu une espèce de putsch politique au niveau des gens de CHSLD qui ne voulaient pas être associés aux CLSC. Ce qui fait que c'est le seul territoire dans Chaudière-Appalaches, dans la première fusion, où CLSC et CHSLD n'ont pas été intégrés. (#5)

En effet, les deux CLSC demeurent indépendants, mais les CHSLD, déjà regroupés dans chacune des deux MRC, unissent leurs forces et procèdent à une fusion, en octobre 1996, pour créer un plus grand établissement qui chevauche maintenant les deux territoires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004p; Pelchat, 16 mars 1996). En effet, historiquement, vu qu'il y avait un surplus de lits d'hébergement, plusieurs petits centres d'accueil avaient au cours des années fermé leurs portes ou avaient été fusionnés dans les territoires de Beauce-Sartigan et Robert-Cliche. L'union des deux regroupements a donc donné naissance au CRATCA²³ et CHSLD de Beauce, un établissement alambiqué regroupant un amalgame de missions locale, pour son volet d'hébergement, et régionale, pour la réadaptation physique et en alcoolisme et toxicomanie.

L'expérience de cet établissement sera aussi ponctuée de crises. Au tournant des années 2000, le CRATCA et CHSLD de Beauce souffre d'un « laisser-aller » (#8) sur plusieurs plans : modèle de gestion réputé « paternaliste » et de la « vieille époque » (#27), problèmes de qualité et d'intensité des soins, structure budgétaire déficiente et déficit occulte. En février 2003, une plainte alléguant de mauvais traitements est déposée par les parents d'une personne hébergée au Pavillon Notre-Dame de la Guadeloupe (Dallaire, 14 août 2003). La mise en tutelle de l'établissement est alors envisagée puis finalement écartée. L'événement mène toutefois à la suspension de sept employés, ainsi qu'à la démission du directeur général et à son désistement comme candidat d'un parti politique dans la circonscription de Beauce-Sud en vue de l'élection générale (Dallaire, 5 mars 2003, 6 mars 2003). La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse ouvre une enquête, laquelle confirme les situations d'exploitation des aînés (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 31 octobre 2006; Dallaire, 14 août 2003).

Quant aux deux CLSC demeurés indépendants, ils ont des philosophies très différentes : l'un, très novateur et communautaire, possède une offre de services très complète et

²³ CRATCA : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches.

intense; l'autre, plus traditionnel, peu créatif, moins proche de sa population, offre cependant des services professionnels de grande qualité à l'intérieur des normes prescrites. En bout de ligne, ces différentes façons de faire semblent conditionner leurs interrelations.

Et les deux DG de CLSC sont des grands chums, ils travaillent ensemble, mais encore là, ils travaillent ensemble dans le sens où ils vont se défendre ensemble, mais ils ont chacun... c'est des rois dans leur royaume : ils ont chacun leur offre de services. (#5)

En 2003, l'idée de finalement réaliser l'orientation régionale de 1995 d'unification des missions communautaire et d'hébergement est remise à l'ordre du jour par la RRSSS-CA, laquelle mandate le directeur général intérimaire du CRATCA-CHSLD pour tenter une approche informelle auprès des CLSC Beauce-Sartigan et Beauce-Centre. Reçu plutôt froidement par les deux CLSC, le projet est rapidement abandonné, dans le contexte de la préparation du projet de loi 25.

En somme, jusqu'alors, les quatre établissements du territoire de la Beauce fonctionnent en vase clos, indépendamment les uns des autres.

S'il était des solitudes très très très évidentes, c'était bien dans ce coin-là. Et nous n'aurions fait les réseaux locaux que pour la Beauce que ça aurait été un grand plus, à mon avis, compte tenu de... C'étaient des organisations étanches. Donc, en surface, oui, oui : ils collaboraient. En apparence. En concret, c'était plus... c'était moins évident. C'était vraiment moins moins évident. (#3)

Et dans un contexte de crise dans au moins deux des quatre établissements, l'ignorance réciproque demeure la norme.

C'était chacun son établissement, avec chacun ses problèmes. Donc, on ne se sentait pas nécessairement concernés du fait que l'autre, à côté, n'avait pas ce qu'il faut pour, par exemple, reprendre en charge la clientèle, par exemple, mettre en place des programmes. C'était assez individualiste, je dirais. (#25)

Ainsi, les réformes des années 1990 n'ont pas généré beaucoup de rapprochements entre les différents établissements, les rares projets d'unification s'étant cantonnés à des organisations à vocation similaire.

5.7.4 Intermède sur le front régional : le modèle d'organisation des RLS contesté (2004)

5.7.4.1 *La Beauce au cœur d'un affrontement avec Les Etchemins sur les regroupements territoriaux : une contestation largement politique*

Ainsi que nous l'évoquions précédemment, après l'adoption du projet de loi 25 en décembre 2003, l'ASSS-CA entreprend de proposer au ministre un modèle régional de RLS dont la logique d'organisation s'appuie sur les territoires de desserte des quatre centres hospitaliers. Ce faisant, le schéma initial prévoit nécessairement une fusion des établissements des trois MRC qui constituent le territoire de concertation de Beauce-Etchemins. Rappelons effectivement que le CHBE est alors responsable d'offrir des services hospitaliers spécialisés à la MRC voisine des Etchemins²⁴ qui elle, par ailleurs, dispose d'un centre de santé multivocationnel doté d'une urgence 24/7. Or, dans la MRC des Etchemins, un territoire où sont successivement nés le premier CLSC du Québec, la première UMF en milieu rural et le premier GMF de la région de Chaudière-Appalaches (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011), la proposition d'adjoindre le Centre de santé des Etchemins aux quatre autres établissements de Beauce-Sartigan et Robert-Cliche est mal reçue et largement contestée.

Au moment où se mettent en place, dans chacun des quatre territoires de concertation de la région, les équipes de travail chargées de planifier la transition vers l'instance locale, une contestation s'organise rapidement afin de maintenir l'indépendance du territoire et incidemment celle de l'établissement des Etchemins²⁵. Reposant sur l'arrimage de plusieurs niveaux politiques, l'essentiel de la lutte s'articule autour du sentiment de perte et de la survie du milieu rural.

²⁴ La MRC des Etchemins est un petit territoire rural de 18 000 habitants. Malgré sa faible population, il a connu un développement particulièrement important, sous l'impulsion initiale de Joseph Damasse Bégin, député de Dorchester, Ministre de la Colonisation et organisateur en chef de l'Union Nationale (Assemblée nationale du Québec, 2012), qui y fit construire le Sanatorium en 1946 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004o). Avec le déclin de la tuberculose, l'établissement se voit confier des missions régionales de 2^e ligne et accueille, dès les années 1960, d'importantes clientèles psychiatrique et en perte d'autonomie physique (Poulin, 15 février 1994).

²⁵ Pour une analyse complémentaire de la stratégie de résistance des Etchemins, on peut consulter Contandriopoulos, Hudon, Martin et Thompson (2007).

Et la question politique qui a été levée à Lac-Etchemin, c'est devenu très politique très rapidement, parce qu'ils avaient, avec les années, quand même, perdu... ils perdaient des acquis. Eux autres se battaient contre cette perte-là, qui était importante pour un petit centre. Ils avaient énormément de gros mandats, d'où la question de dire... c'était une question de survie pour eux. Ils l'ont traduite comme ça, puis contre la Beauce : « La Beauce va nous avaler. On va tout perdre. » Ça a été ce qui a été retenu. (#1)

Si les relations entre le CHBE et le Centre de santé des Etchemins ont toujours été cordiales et respectueuses pour ce qui est de la desserte de services, sur le terrain, la population des Etchemins entretient une crainte nourrie à l'égard de la Beauce.

Ce n'est pas ça qui se vivait sur le terrain, mais au niveau... dans le discours politique, c'était très négatif. (#1)

Au fil des ans, l'offre de services de la MRC des Etchemins, un milieu en décroissance où l'appartenance au territoire est un élément central de l'identité de la population, s'est axée sur la ruralité et le développement des communautés, mais la perte successive de plusieurs services²⁶, tous rapatriés vers la Beauce, a tôt fait d'alimenter la méfiance.

Parce que la tendance, dans Beauce-Etchemins – et vous allez vite le sentir tout à l'heure – c'est qu'on disait souvent : « Nous autres, Les Etchemins, ici, la Beauce veut toujours nous avoir. Ce n'est pas toujours pour nous aider. » L'effet beauceron était fort. Et Les Etchemins, ils y tenaient, à cause de toute une historique. Parce que Les Etchemins, au cours de l'histoire... à un moment donné, il s'est développé beaucoup de services dans ce secteur-là. Et ça a fait un peu... pas des jaloux, mais ça a fait... vous savez, c'est l'histoire de Joe D.-Bégin et compagnie. (#10)

5.7.4.2 La stratégie des Etchemins en action

Ayant, dans un premier temps, pour but d'amener l'ASSS-CA à modifier sa proposition de quatre RLS, le conseil d'administration du Centre de santé des Etchemins adopte, en décembre 2003, une résolution rejetant les fusions forcées avec un centre hospitalier, préférant la mise sur pied d'organisations à « dimension humaine » où les citoyens pourront prendre part aux décisions (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, pp. 57-58). La démarche du conseil d'administration est appuyée et même, dans une certaine mesure,

²⁶ Dès 1995, le territoire des Etchemins a commencé à graduellement perdre des services: fermetures de lits de santé physique et de CHSLD en 1996 (Dallaire, 20 mai 1997; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c); transfert de la buanderie en 1997 (Pelchat, 11 décembre 1997); transfert du court séjour de psychiatrie vers le CHBE en 2000 qui l'ampute de sa mission hospitalière; fermeture de l'urgence 24/7 en 2005 (Ricard-Châtelain, 29 octobre 2003); transfert du moyen et long séjour en psychiatrie entre 2008 et 2010 (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009b) et perte de sa mission régionale de gestion des RTF en 2009 (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 11 mars 2009).

manœuvrée par la direction générale, qui, par ailleurs, retarde un départ prévu à la retraite pour ne pas fragiliser l'établissement avec un intérim.

À l'interne, une directrice et un organisateur communautaire rédigent un argumentaire pour la préservation de l'indépendance, lequel mise sur l'historique de l'établissement et les particularités du territoire (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004). Vu leur connaissance de la dynamique politique des municipalités et de la population des Etchemins, ils organisent la mobilisation de forces en latence sur le territoire qui avaient été fort actives par le passé²⁷.

Nous, on a toujours misé sur l'organisation communautaire depuis 25 ans, ce qui fait que la liaison est déjà faite avec les communautés, pour nous. Donc, l'action politique était un déclencheur. Ça, c'était un dossier comme tant d'autres. (#2)

Cette mobilisation mène à la mise sur pied formelle d'un comité d'autonomie composé d'organismes communautaires et du monde politique municipal, un groupe animé par le maire de la municipalité de Lac Etchemin, qui, à titre d'ancien directeur général du CLSC, est un allié naturel dans les circonstances. À la suite d'échanges musclés au conseil de la MRC, 9 des 12 maires expriment leur opposition au regroupement avec la Beauce (La Voix du Sud, 17 avril 2004).

Puis ça en était un petit, qui était très communautaire. Eux autres, ils avaient des idées originales, puis des approches très « dans la communauté », avec les maires. D'ailleurs, c'est pour ça qu'ils ont pu résister, je dirais, à la fusion. Parce que, dans leur population... ils étaient proches de leurs représentants. (#27)

C'était une logique politique. Non. C'était une logique politique. Si je regarde Les Etchemins, c'était vraiment la logique de : « On est un territoire. On est... On va perdre si on se fusionne à d'autres. » Politique et économique. Les gens, par exemple, de la Caisse des Etchemins ont fait des représentations au niveau du monde politique en disant : « Si c'est fusionné avec la Beauce, on va perdre le compte du CSSS des Etchemins. C'est beaucoup d'argent. C'est l'employeur. » C'était ça. (#5)

²⁷ Le territoire des Etchemins est reconnu pour sa proximité avec ses représentants politiques locaux et sa propension à défendre avec vigueur ses intérêts. En 1995, une orientation de la RRSSS-CA prévoyant la diminution des services de psychiatrie de courte durée des Etchemins déclenche une manifestation de 2500 personnes au Sanatorium (Poulin, 9 août 1995). La confirmation subséquente de faire de la Beauce le site unique de psychiatrie suscite la colère de la population qui bloque alors la route 277 (Pelchat, 30 septembre 1995) et crée une coalition pour le maintien des services au Sanatorium (Pelchat, 3 octobre 1995), ce qui amène le ministre Rochon à revoir la décision et à accorder un délai de cinq ans pour réaliser le transfert (Pelchat, 24 janvier 1996).

En mars 2004, la communauté etcheminoise est également mise à contribution par le biais d'une campagne d'envoi programmé et massif de lettres d'opposition au ministre de la Santé et des Services sociaux, qui en reçoit environ 200 par jour (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004). L'équipe médicale du Centre de santé des Etchemins publie également un avis qui dénonce les regroupement d'établissements jugés superflus (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).

En avril, les mesures se transportent sur le front provincial et la députée du comté se trouve interpellée pour défendre l'autonomie des Etchemins. Mettant son siège en jeu pour cette cause, elle obtient une rencontre avec le ministre de la Santé et des Services sociaux le 4 avril 2004, réunion à laquelle participent des représentants du Centre de santé et le préfet de la MRC.

Puis politiquement, ils ont fait... ils se sont servi de la politique, puis c'était une députée libérale, puis elle savait que si elle perdait ça, elle perdait ses élections. (#7)

L'argumentaire utilisé pour convaincre le ministre s'articule autour de la ruralité²⁸, c'est-à-dire de la nécessité de préserver les particularités, la culture et les besoins spécifiques des populations rurales. De plus, les représentants des Etchemins font valoir que l'approche communautaire qui caractérise l'offre de services du Centre de santé répond déjà à la définition même d'un RLS. L'article 26 de la loi (Québec, 2003), prévoyant certains cas d'exception²⁹, est aussi invoqué pour offrir une porte en sortie au ministre, advenant qu'il autorise le maintien de l'autonomie.

L'ampleur de la démarche d'opposition prend autant les acteurs de Beauce-Sartigan et de Robert-Cliche, que ceux de l'ASSS-CA par surprise. L'étonnement est d'autant plus grand que le Centre de santé des Etchemins est, tout au long de l'hiver 2004, partie prenante aux discussions préparatoires sur la mise en place de l'instance Beauce-Etchemins, où il exprime ses réserves quant à la fusion, mais ne semble pas souffler mot du mouvement de contestation qui s'organise sur son territoire.

²⁸ L'argumentaire mis de l'avant par le Centre de santé des Etchemins établissait que la création des CSSS allait à l'encontre de la Politique nationale de la ruralité qui instaurait un pacte entre le gouvernement provincial et les MRC pour soutenir la prospérité des communautés (Ministère des Régions, 2001).

²⁹ L'article 26 prévoit que, dans certains cas, l'instance locale peut ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'un tel établissement sur son territoire ou encore de la complexité à l'intégrer en raison de motifs ethno-culturels, socio-culturels ou linguistiques de la population qu'il dessert (Québec, 2003).

Mais du côté des Etchemins, ça a fait comme du lait qui monte sur le feu. Très rapidement. Probablement que c'était là, en dessous, mais on n'avait pas eu de signaux, d'écho ou rien de rien. Parce que ça s'est fait via une filière politique. (#5)

Les Etchemins, c'est vraiment tombé du ciel. C'était comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu. [...] Alors, c'est arrivé comme un coup de tonnerre, à la fin du processus, carrément politique, ça n'avait jamais été évoqué dans les discussions antérieures. (#8)

À l'adoption du modèle d'organisation régional par le conseil d'administration de l'ASSS-CA, 175 citoyens des Etchemins manifestent lors de la rencontre du conseil d'administration de l'Agence (Ricard-Châtelain, 23 avril 2004), mécontents que l'organisation n'ait pas amendé la proposition qu'elle s'apprête à déposer au ministre. En mai 2004, dans une ultime tentative d'infléchir la décision du ministre, la MRC des Etchemins, le conseil d'administration du Centre de santé des Etchemins et le Centre local de développement (CLD) des Etchemins adoptent des résolutions demandant la reconnaissance d'un cinquième RLS pour la région (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004). Dans sa *Proposition pour une composante rurale aux RLS de Chaudière-Appalaches*, le Centre de santé demande expressément :

qu'on nous confie le défi d'un projet pilote d'un RLS rural avec une vision pouvant aller jusqu'à l'intégration intersectorielle (MRC, éducation, santé) à titre de projet innovateur. Cette intégration des structures intersectorielles pourrait nous aider à garantir la pérennité et l'évolution du modèle retenu (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 29).

Le 23 juin, le ministre donne raison aux Etchemins et confirme la création d'un cinquième RLS en Chaudière-Appalaches. En point de presse, la députée mentionne que « les lendemains de cette décision devront être gérés avec délicatesse et doigté afin de permettre à la région de poursuivre et développer de nouveaux partenariats avec les autres régions locales, notamment les Beaucerons » (Lamontagne, 3 juillet 2004).

La décision est reçue de manière mitigée en Beauce, les établissements n'ayant rien à gagner ni à perdre à se fusionner avec celui des Etchemins, si ce n'est que les CLSC et les CHSLD auraient pu s'allier avec le Centre de santé pour exercer un meilleur contre-poids à la mission hospitalière. Toutefois, comme le CHBE est, malgré tout, appelé à demeurer le centre hospitalier de référence pour Les Etchemins, les acteurs anticipent des frictions étant donné la nature de la stratégie de contestation utilisée. Mais, vu la complexité de sa propre

fusion, le CSSS-B, une organisation naissante, n'est pas en position de contester cette décision, d'autant plus qu'elle relève d'une intervention directe du ministre.

Alors, on n'a pas pu combattre ça. Et on s'est peu impliqués, parce qu'en même temps, il faut penser que nous, on naissait. On n'était pas forts non plus. [...] Politiquement, les batailles n'étaient pas faisables du côté du CSSS de Beauce non plus. (#1)

Donc, ils [la Beauce] avaient un coefficient de difficulté tellement grand que nous étions comme une virgule dans la phrase, nous autres [Les Etchemins]. (#2)

5.7.5 La mise en place du CSSS-B

5.7.5.1 *Des établissements réfractaires, mais un contexte favorable*

Ainsi, en juin 2004, après l'exclusion du territoire de la MRC des Etchemins du modèle de RLS de la Beauce, le processus de fusion s'amorce entre les quatre établissements des deux territoires restants : les MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche. La conjoncture locale est à ce moment favorable à une fusion sans trop de contestation.

Le CHBE, conscient que la solution à ses problèmes d'engorgement se trouve dans la communauté, sent qu'il a tout à gagner d'un rapprochement avec les missions communautaire et d'hébergement, et ce, même si le spectre d'une fusion ressasse des craintes liées à l'expérience vécue en 1996. La position des deux CLSC, qui depuis la réforme précédente avaient réussi à éviter les regroupements, est cependant à l'opposé. Malgré le peu de cohésion et de collaboration entre les deux CLSC, les directions générales partagent toutefois un point de vue commun sur la fusion, qui est la crainte d'être engloutis par la mission hospitalière. Mais, plutôt que de faire front commun pour s'opposer aux fusions imminentes, les deux directeurs généraux décident de prendre leur retraite. Ils cèdent alors leur place à des dirigeants intérimaires, mettant ainsi les établissements dans une position plus favorable à un regroupement.

Le CRATCA-CHSLD, également dirigé par un directeur général par intérim appelé en renfort d'une autre région, est aussi défavorable à la fusion, mais, l'établissement,

discrédité et très affaibli par la crise liée aux allégations de maltraitance, n'est pas en posture pour remettre en cause un regroupement.

Déjà, les CLSC ne voulaient pas la fusion. Ils étaient à contre-courant. Le CHSLD se demandait ce qu'il faisait là, puis le CH disait : « Enfin, on va peut-être réussir à gérer nos affaires. » Alors, tu avais trois positions tout à fait différentes de la fusion. (#1)

Les acteurs politiques municipaux et les députés, pourtant réputés actifs dans le territoire, et les médecins sont, pour leur part, peu réactifs, ayant obtenu l'assurance que l'exercice ne se solderait pas par des coupures. Dans ces circonstances, les obstacles potentiels à la fusion se sont trouvés nivelés et la mise en marche de l'instance locale est amorcée.

Par contre, une fois que la décision est prise, les Beaucerons, ça opère. En même temps, chacun s'assure qu'il ne sera pas perdant. Moi, je veux être là parce que je veux être sûr de ne rien perdre. Donc, la dynamique, je pense qu'elle a été... du monde qui ont voulu s'impliquer rapidement parce qu'ils voulaient effectivement s'assurer que c'était un réseau solide, qu'il n'y aurait pas de perte pour le territoire, pour la Beauce. (#25)

5.7.5.2 Une période transitoire (été 2004)

En juillet 2004, le ministre effectue la nomination officielle des membres du conseil d'administration provisoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004a). Muni d'une liste de candidats préalablement suggérés par l'ASSS-CA, le ministre interpelle la députation locale pour éclairer son choix final. Mis à part le défi, pour le conseil d'administration de comprendre son nouveau mandat à la lumière de la vision sous-jacente à la réforme, l'intégration des différentes visions des membres des défunts établissements, liées aux missions qu'ils représentaient anciennement, s'est bien réalisée. Dans les années qui suivent, le conseil d'administration est toutefois secoué par la destitution d'un membre pour non-respect du code d'éthique et des allégations de conflit d'intérêts (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 10 septembre 2007; Fecteau, 28 septembre 2009).

Une fois le conseil nommé, l'ASSS-CA fait entériner par le conseil d'administration transitoire sa décision de nommer le dirigeant du CRATCA-CHSLD au poste de directeur général par intérim de la nouvelle organisation. La période d'intérim, qui s'étend de juin à octobre 2004, constitue, en quelque sorte, une période de flottement où le mandat consiste à

maintenir les opérations courantes jusqu'à la nomination officielle de la direction générale permanente.

Cela dit, une décision importante est prise durant cette période d'intérim quant à l'emplacement du siège social du CSSS-B, une question qui préoccupe alors grandement les élus municipaux. Dans un geste symbolique qui fait écho aux conflits antérieurs, le siège social du CSSS-B est installé à Beauceville, soit hors de la ville de Saint-Georges et du site du centre hospitalier³⁰.

5.7.5.3 Les défis du premier arrimage des établissements (automne 2004)

En octobre 2004 se déroule le processus de sélection pour pourvoir le poste de direction générale, un concours remporté par la seule candidate encore sur les rangs lors du démantèlement des anciens établissements. Issue du CHBE, elle est accueillie relativement froidement de la part du milieu des CLSC, malgré qu'elle ait auparavant œuvré autant dans ce milieu communautaire, qu'en CHSLD.

L'un de ses premiers gestes est cependant d'entreprendre une tournée de la structure, afin de véhiculer l'image et les valeurs de la nouvelle organisation.

La Beauce, ça a été des petits gestes bien anodins... d'une directrice générale nommée, mise en poste, qui a fait le tour de l'ensemble de ses organisations jour-soir-nuit... aller se présenter, juste se montrer la binette... de se faire une idée de l'état des lieux de l'ensemble des installations et d'apporter de petits correctifs élémentaires, comme juste de changer les rideaux dans le CHSLD. (#3)

Il faut que tu aies un leadership qui soit très fort. Il faut que tu aies un leadership fort puis un leadership de sens, aussi. Oui, il va y avoir du sens là-dedans, oui, il va y avoir des gains, oui, il va y avoir des affaires difficiles, mais il faut que le personnel sente qu'on s'en va... Nous autres, on a eu la chance de l'avoir, ça, je trouve. (#27)

Cette première tournée révèle les craintes encore vives des acteurs du CLSC de disparaître au profit de l'hôpital, et celles du CH, du perdre des emplois, comme ce fut le cas en 1996.

À cela s'ajoutent des problèmes budgétaires importants pour l'organisation naissante, un enjeu qui mobilise le CSSS-B durant sa première année d'existence. Déjà avant la fusion, le

³⁰ Cette décision sera reconduite en avril 2008 par le conseil d'administration (Kenty, 17 avril 2008).

pôle hospitalier est en équilibre précaire, mais la découverte d'un important déficit accumulé dans la mission CHSLD rend la consolidation budgétaire difficile.

Ça, je dirais que ça a joué, aussi du côté de la Beauce, ça a été difficile à cause de ça, il y a des établissements qui sont partis plus fragiles au départ, à cause de la situation financière difficile de certains établissements qui, historiquement, n'avaient pas un budget en équilibre. (#25)

Parallèlement à cela, la constitution de l'équipe de direction se déroule, sur une période de huit mois, d'octobre 2004 à juin 2005, le défi étant de recruter des candidats qui partagent l'orientation communautaire de la nouvelle organisation.

5.7.5.4 Un projet clinique et organisationnel qui prend appui sur une vaste démarche de consultation publique (2005-2006)

En janvier 2005, la démarche d'élaboration du projet clinique et organisationnel est lancée, en plein cœur du processus de sélection des membres de l'équipe de gestion et quelques mois après la nomination de la direction générale (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a). Le premier geste consiste à organiser une tournée de six mois dans les 26 municipalités du territoire pour recueillir l'opinion des acteurs du milieu sur les services actuels, leurs attentes et leurs priorités, et ce, en vue de nourrir l'exercice subséquent des projets cliniques.

On invitait tous ceux qui avaient un petit rôle politique. Autant la présidente du Cercle des fermières que le directeur de la Caisse populaire... s'il y avait une école, on demandait le directeur d'école... Alors, on demandait tous ceux qui avaient une responsabilité, puis on les invitait, mais c'était ouvert à la population. (#1)

La population, ainsi mobilisée par l'organisation dans un exercice consultatif, en plus de devenir une alliée dans la construction du CSSS-B, donne de la légitimité à la démarche des projets cliniques. Sa contribution a aussi permis de relativiser les débats et de faire contrepoids à certains intérêts, notamment ceux des médecins, tout en jetant les bases du RLS à construire.

Mais ça, c'est un pouvoir, la population. Et là, on s'est aperçu qu'on avait un pouvoir avec la population et qu'on devrait leur faire de la place. C'est tout un acquis. Alors ça, ça a été une force, pour nous, de partir le CSSS. On est partis avec ça. Et c'est avec cette reddition de comptes là qu'on a bâti notre projet clinique. [...] Alors, ça a été très intéressant comme démarche, parce que c'est toujours la Bible. On revient beaucoup à ce que les gens nous ont dit, en disant : « N'oubliez pas... les gens, ce n'est pas ça qu'ils ont dit. Oubliez pas... ce n'est

pas ça qu'ils ont dit. » Et là, ça nous donne une force auprès des intervenants, notamment au niveau des médecins. (#1)

Au terme de cette démarche et de travaux des équipes de chantier dans chacun des programmes, la structure organisationnelle retenue est celle d'une approche clientèle (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, 2005b). Le projet clinique et organisationnel, lancé officiellement en juillet 2007, prévoit une gestion « démocratique et participative supportée par des mécanismes de consultation formels », de même que la mise sur pied de cinq programmes clientèles (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a, pp. 12-13). Quant à la santé publique, elle ne fait pas l'objet d'un programme particulier, mais est plutôt intégrée transversalement dans chacun des programmes, dans les continuums de services, où 5 % du budget doit être alloué à la prévention et à la promotion de la santé.

Ça, ça a été suivi, pour obliger les gens à avoir une vision promotion-prévention. Et on atterrit avec cette pensée-là. Ça a été long. Premièrement, il y a eu beaucoup de résistance des gens des CLSC qui disaient : « C'est nous autres qui avons ça. » (#1)

Dorénavant, est intégré dans une même direction l'ensemble des services existants pour une clientèle spécifique, de ceux offerts dans la communauté à ceux dispensés en milieu hospitalier, avec des équipes regroupées, sans égard à la mission dont ils proviennent.

Alors, tout le volet communautaire et hospitalier font partie du même programme, sont intégrés. Ça, c'était un vouloir. Je ne te dis pas que ça n'a pas été facile de garder, parce que rapidement, les gens du volet hospitalier voulaient se retrouver ensemble, pour toutes sortes de raisons. Mais la question ne se posera plus. Je pense que les acquis du système sont là. (#1)

L'idée étant de construire un sentiment d'appartenance autour d'une offre de services et non pas d'une mission, le mélange des différentes cultures est ardu, particulièrement avec les médecins, et ce, même si l'hôpital avait déjà commencé à prendre le virage clientèle quelques années auparavant.

Vu l'incidence des problématiques sociales sur le territoire, les acteurs de la gouverne adhèrent à cette approche communautaire axée sur les déterminants de la santé de sorte que le développement des communautés constitue l'orientation de base défendue par le comité de direction.

Ça fait que ça, puis la communauté... beaucoup beaucoup de travail de communauté, puis de collégialité, puis... Ce n'est pas toujours facile. Ça a l'air bien beau. Puis c'est beau, aussi. Mais il reste qu'il y a encore beaucoup de tension, je dirais. (#27)

Pour ce faire, plusieurs services sont transférés dans la communauté.

5.7.5.5 Le projet clinique mis à test : la reconfiguration des services pour les personnes âgées

Étant donné les problèmes souvent décriés de qualité des services, le premier projet clinique opérationnalisé est celui au profit des personnes en perte d'autonomie. Le délicat dossier de la transformation du secteur de l'hébergement a vite mobilisé le nouveau conseil d'administration, lui donnant l'opportunité de tester sa cohésion et son leadership. L'opération se solde par la fermeture de deux CHSLD, dont celui où il y avait eu de la maltraitance envers les aînés (D'Anjou, 8 mars 2006), et par le transfert des places dans la communauté, avec le déploiement d'équipes de soutien à domicile dans cinq municipalités (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 3 mars 2009, 2006). Le deuxième projet clinique, celui en santé mentale, dont le déploiement est aussi jugé prioritaire, se cristallise dès 2008. Dans ce secteur, un partenariat est mis en place avec les municipalités pour développer de l'hébergement alternatif. Des services de réadaptation dans la communauté sont déployés, avec un suivi par le psychiatre à domicile. Les services de pédopsychiatrie sont également transférés de la 2^e à la 1^{re} ligne (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009b; Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006).

5.7.5.6 Des pratiques participatives soutenues

Dans l'esprit de nourrir un mode de gestion participatif, en plus des consultations publiques auprès de la population, le CSSS-B se dote, dès octobre 2006, d'un Forum des partenaires (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 19 octobre 2006). Lancé officiellement en février 2008, il regroupe des représentants des tables de concertation instaurées dans chacun des programmes (Kenty, 16 février 2008). Constituant l'assise du RLS, il se veut, selon le CSSS-B, « un réseau d'influence [pour] nous assurer que des actions allant dans le même sens se posent dans tous les milieux », et ce, en favorisant les rapprochements et la mobilisation des partenaires (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2011), des efforts qui semblent porter fruit.

C'est le milieu, à ma connaissance, qui a fait beaucoup de démarches avec le communautaire... le communautaire au sens très large : docteurs, pharmacies et groupes communautaires... tout ce qui grenouillait dans le monde de la santé ou à peu près. Ça m'apparaît un exemple assez intégré de réussite de ce qu'est un réseau local de services. (#3)

En juin 2010, le CSSS-B réalise le bilan de son premier projet clinique où il conclut qu'un modèle de gestion plus participative a pris forme et que le CSSS-B assume dorénavant mieux son rôle de leader dans la communauté en matière de santé et de bien-être (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010).

Somme toute, compte tenu des silos qui existaient entre les établissements auparavant, des progrès sont notés, particulièrement pour ce qui est de l'ancrage dans le milieu.

Par contre, c'est un établissement qui est très proche de sa communauté, très impliqué dans le milieu, très bien perçu par le milieu, qui a réussi à faire une intégration, quand même, intéressante au niveau clinique de l'ensemble des... le mariage a quand même été bien consommé, je dirais, au niveau des services et de l'arrimage de 1^{re} ligne et 2^e ligne. (#25)

Toutefois, des défis demeurent dont l'articulation de liens entre les programmes clientèles.

La question, c'est de vivre le transversal. L'autre défi, c'est : comment on fait vivre le transversal? La personne âgée qui a des idées suicidaires, qui a un enfant DI... Bon. En tout cas. On fait des tables intersectorielles... c'est notre défi : comment on va faire vivre l'intersectoriel entre nous, et non pas recréer les silos. (#1)

5.7.6 Analyse sommaire du cas

Avant 2003-2004, le vécu des établissements de santé de la Beauce est davantage marqué par des expériences de défusions et de fermetures, que par des fusions ou des rapprochements de nature administrative ou clinique, et ce, malgré les efforts soutenus du palier régional pour structurer les services sur la base de ce territoire de concertation. Expliquant partiellement ce morcellement des établissements, les vives tensions intra et interterritoriales, un trait certes distinctif de ce cas, mettent en lumière l'enracinement profond du référent territorial, ancré solidement dans la mentalité collective, au point de transcender la référence aux établissements eux-mêmes. À preuve, la lutte des Etchemins vise certes le maintien de l'indépendance du Centre de santé, mais, par-delà, révèle le désir de sauvegarder un territoire rural porteur d'une histoire à laquelle la population locale s'identifie.

En plus de démontrer la difficulté à amender un schéma territorial bien institutionnalisé, le cas de la Beauce se démarque aussi par la prédominance de la promotion d'intérêts diversifiés, exprimés par un large spectre d'acteurs durant la période de négociation de la mise en place de l'instance locale. En effet, il se distingue par le fait que tant les acteurs politiques (avec au premier chef les députés et les maires) que la population ont participé aux pourparlers visant à créer le CSSS, témoignant ainsi d'un fort degré de concertation préalable entre le milieu de la santé, ses partenaires intersectoriels et sa population. Les communautés locales y sont mobilisées, et même parfois instrumentées, par les établissements de santé grâce à des modalités de participation qui varient, que ce soit pour défendre l'indépendance d'une organisation ou pour porter un projet clinique pour construire un CSSS. Ces modalités de participation visent non seulement à susciter l'adhésion des populations, mais aussi à faire contrepoids aux intérêts organisés.

Mais les positions défendues par les acteurs, le plus souvent exprimées comme une opposition à la fois aux regroupements territoriaux et à la fusion des établissements, n'ont cependant pas survécu longtemps et partout; elles ont plutôt fait place à une résignation puis, paradoxalement, à une forme d'appui tacite. Il faut comprendre qu'un tel soutien, dans un contexte initialement plutôt défavorable au projet, semble être la conséquence d'une conjoncture locale particulière en place à l'aube de la création de l'instance locale. Malgré l'opposition d'une majorité d'établissements à la fusion, une gouverne affaiblie par la présence de directeurs généraux par intérim dans trois des quatre sites offre peu d'angles de prise pour une contestation. Jumelée au départ d'autres opposants à la réforme en cours d'implantation, cette forme de tolérance a permis de créer un contexte opportun pour la transformation.

Une fois l'implantation lancée, ce sont surtout des facteurs liés aux idées et aux schèmes de pensées, portés et diffusés par les acteurs de la gouverne du CSSS-B, qui permettent l'évolution de la nouvelle organisation. Il faut dire que, de tout temps, cette dimension symbolique est omniprésente dans l'évolution historique du secteur sociosanitaire beauceron. Pensons à l'argumentaire, jouant sur plusieurs registres, et relayé lors du litige avec Les Etchemins : discours sur la perte appréhendée, puis sur la préservation de la

spécificité des milieux ruraux et enfin sur la survie d'institutions emblématiques pour les populations locales.

Dans un premier temps, la direction générale pose une série de gestes comme des tournées des installations et des rencontres avec les employés, un vaste exercice de consultation publique auprès de la population et une prise de position quant à l'emplacement du siège social; elle choisit de jouer, notamment, sur un registre symbolique qui envoie un message clair quant à ses intentions. Ce faisant, elle permet non seulement d'incarner le sens de la transformation, mais aussi de différencier la nouvelle organisation par rapport aux anciens établissements, en véhiculant l'image, soit la mission et les valeurs nouvellement définies du CSSS-B. Connaissant bien les trois missions et ayant déjà mené à bien des fusions, la direction générale jouit, déjà à ce moment, du support du conseil d'administration et de l'équipe de gestion, qui adhèrent aux concepts sous-jacents à la réforme. Par conséquent, le contexte est propice à la diffusion d'une vision de l'intégration axée sur les déterminants de la santé. La vision communautaire étant partagée et portée par les acteurs-clés de la gouvernance, les projets cliniques, mis en branle rapidement, sont utilisés comme instrument principal d'implantation du CSSS, la démarche de consultation y présidant permettant de créer une mobilisation autour du projet. Ainsi, l'approche par programme clientèle, pierre angulaire de la stratégie d'intégration, est utilisée non seulement pour susciter l'intégration des services, mais aussi pour construire le sentiment d'appartenance des employés.

En somme, le CSSS-B s'est construit sur un héritage de crises, tant sur les plans de la gouvernance que clinique ou financier, dans un environnement sans collaboration préalable entre les établissements, et marqué par des tentatives de regroupement antérieures houleuses. Qui plus est, dans un contexte où les acteurs sont loin d'être convaincus du bien-fondé du projet, le nombre d'établissements à regrouper et l'enchevêtrement des missions sont autant de facteurs qui auraient pu créer des difficultés dans l'implantation du CSSS-B. Or – nous l'avons vu – la conjoncture locale marquée par la présence d'intérim et la désorganisation dans la plupart des sites a permis le nivellement de nombreux obstacles. De plus, le leadership démontré par les acteurs de la gouvernance et leur engagement envers l'approche communautaire a permis de réaliser de grandes avancées sur le plan de

l'intégration, dans un contexte où l'isolement et l'hermétisme des missions avaient toujours été la norme.

5.8 Montmagny-L'Islet

5.8.1 Présentation du territoire

Le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet (CSSS-ML) est d'une superficie de 3805 km² et dessert 11 % de la population de Chaudière-Appalaches, soit 43 000 habitants, dont près de 24 000 habitent la MRC de Montmagny et 19 000 celle de L'Islet (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c; Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010b, 2010c). Le territoire du CSSS-ML regroupe donc deux MRC et 29 municipalités, dont Montmagny (11 200 hab.), son unique pôle urbain, et quelques localités plus importantes dont L'Islet (3800 hab.), Saint-Jean-Port-Joli (3400 hab.) et Cap-St-Ignace (3100 hab.) (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2012b). Délimité au nord par le fleuve Saint-Laurent et au sud par la frontière américaine, le territoire s'insère entre les MRC de Bellechasse et des Etchemins, à l'ouest, et de Kamouraska, dans la région du Bas-Saint-Laurent, à l'est. Si le secteur tertiaire et des services, et, dans une moindre mesure, la transformation du bois et des produits métalliques sont les secteurs de pointe de la MRC de Montmagny, l'économie de la MRC de L'Islet, elle, repose surtout sur l'agriculture, l'acériculture, la transformation des produits forestiers et le secteur manufacturier (Centre local de développement de l'Islet, 2009; Emploi Québec, 2008).

5.8.2 Le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet (CSSS-ML)

Mis sur pied le 5 juillet 2004, le CSSS-ML est né de la fusion de trois établissements soit : **l'Hôtel-Dieu-de-Montmagny** (missions CH et CHSLD), le **Centre de santé de la MRC**

de **L'Islet** (missions CLSC et CHSLD) et les **CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny** (missions CLSC et CHSLD). Comptant 14 installations, 71 lits de courte durée et 262 de longue durée, le budget du CSSS-ML se chiffre, en 2004-2005, à 57,4 M\$ auquel s'ajoute un déficit de 2,3 M\$ principalement attribuable à l'activité hospitalière (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c). L'établissement est opéré par 1184 employés, 45 omnipraticiens et 20 spécialistes (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, 2010c).

Vu l'éparpillement de la population dans ce vaste espace, le CSSS-ML dispose de plusieurs petites installations et d'un système de garde médicale aux quatre extrémités du territoire : une urgence majeure à Montmagny, une urgence de 1^{re} ligne à Saint-Jean-Port-Joli, et deux gardes médicales à Saint-Fabien-de-Panet et Saint-Pamphile (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c). La consommation de services de santé y est essentiellement locale (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c; Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007).

Montmagny-L'Islet est l'un des quatre territoires de concertation historique de la région de Chaudière-Appalaches, les deux MRC constituant un regroupement naturel, vu les habitudes de consommation de services, mais aussi les similitudes qu'elles partagent sur plusieurs plans. En effet, la population y est vieillissante (un phénomène plus marqué dans Montmagny), la dévitalisation et la défavorisation sociale et matérielle demeurent importantes, surtout dans les secteurs sud de ces MRC où l'on retrouve une forte proportion de gens sans emploi ou avec des revenus faibles – un phénomène plus marqué du côté de L'Islet (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009a; Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007).

Géographiquement, le territoire est organisé autour de quatre pôles situés à chacune de ses extrémités.

Montmagny... Montmagny, c'est deux régions : Montmagny et L'Islet. C'est vraiment par MRC, puis même, si on regarde à l'intérieur de la MRC, c'était redivisé le long du fleuve et le long des frontières. C'est vraiment quatre régions, Montmagny-L'Islet... quatre zones. (#5)

Malgré des caractéristiques communes, une intense rivalité nord-sud subsiste entre, d'une part, Saint-Jean-Port-Joli, situé sur le littoral et Saint-Pamphile, situé dans l'arrière-pays, et, d'autre part, Montmagny, situé dans la zone côtière et Saint-Fabien-de-Panet, dans le secteur des Appalaches.

Ça, ça se... il y a une compétition qui se... je dirais même, il y a une frontière qui se sent. Alors, il y avait comme déjà un défi d'essayer de faire en sorte que le nord et le sud de chacune des MRC s'arriment et se parlent, et essaient de créer une réelle collaboration. (#25)

Une compétition est également notable entre les deux MRC, dans un axe est-ouest, en raison du sentiment d'effacement vécu par les communautés rurales, notamment de L'Islet, par rapport au pôle urbain situé dans la MRC voisine.

Donc, c'était naturel, le territoire de concertation, comme disons Montmagny-L'Islet, mais il y a une compétition entre Montmagny et L'Islet, alors... (#25)

5.8.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

Ouvert en 1951 par les Augustines, l'Hôtel-Dieu-de-Montmagny (HDM) est transformé en corporation publique en 1974 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004m), tandis que le réseau d'hébergement, lui, se développe, avec l'ouverture de nombreux foyers et centres d'accueil, durant les années 1960. La constitution des CLSC dans le territoire a, pour sa part, débuté en 1973 avec l'ouverture, dans L'Islet, du CLSC des Appalaches à Saint-Pamphile. En 1976, deux autres établissements sont créés soit le CLSC Trois-Saumons à Saint-Jean-Port-Joli et le CLSC Antoine-Rivard à Saint-Fabien-de-Panet.

Rapidement, des fusions sont décrétées dans les extrémités du territoire afin de consolider graduellement les services autour de ces pôles géographiques. Ainsi, en janvier 1988, deux centres d'hébergement, le Centre d'accueil Saint-Ignace et le Foyer d'Youville, sont regroupés sur le littoral du territoire de Montmagny, à la faveur de départs à la retraite. Deux ans plus tard, les missions CLSC et CHSLD du secteur sud de L'Islet sont regroupées pour créer le CLSC-Centre d'accueil des Appalaches (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004g).

5.8.3.1 Regroupement des missions communautaires et d'hébergement sur la base de la MRC : variations sur un même thème (1996-1997)

5.8.3.1.1 Un concept de centre de santé dans L'Islet

Les orientations de la RRSSS-CA pour la matérialisation de la transformation de 1995 prévoient d'abord une rationalisation importante des services de laboratoire et de radiologie dans les CLSC. Ensuite, au chapitre des regroupements administratifs, la RRSSS-CA préconise, pour la MRC de L'Islet, l'implantation d'un concept de centre de santé³¹. Déjà en mai 1994, une hypothèse en ce sens avait été localement évoquée. En effet, une rumeur de fusion entre les deux CLSC de la MRC de L'Islet avait circulé, projet auquel s'opposait alors l'équipe médicale de Saint-Jean-Port-Joli, mais qui ralliait le conseil d'administration du CLSC des Appalaches, situé dans le secteur sud de la MRC (Le Soleil, 8 mai 1995; St-Pierre, 25 mai 1994). En conséquence, comme la fusion semble souhaitée par le milieu, la RRSSS-CA invite l'ensemble des établissements du territoire de L'Islet à déposer un projet pour décembre 1995 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, 1995b).

Réalisée en juillet 1996, la fusion des établissements des secteurs nord et sud concerne donc deux CLSC et cinq CHSLD qui s'unissent pour former le Centre de santé de la MRC de L'Islet. Notons que le CLSC Trois-Saumons de Saint-Jean-Port-Joli n'est pas, au départ, favorable au regroupement, contrairement aux établissements du secteur sud qui y adhèrent, malgré une crainte du CLSC de l'arrière-pays d'être « avalé » par celui du secteur du littoral. Qui plus est, le contexte est tendu puisque deux petits CHSLD doivent être fermés pour des raisons budgétaires en juin 1997. En définitive, l'opération pose deux défis particuliers. D'abord, l'arrimage des cultures CLSC et CHSLD s'avère ardu. Si la collaboration s'établit tranquillement entre les deux CLSC, elle est difficile à créer entre les CHSLD, si bien que les missions demeurent relativement étanches. Ensuite, l'intégration est difficile dans un contexte de vives tensions entre les secteurs nord et sud, qui se perpétuent malgré la fusion.

³¹ Un Centre de santé est « un établissement qui exploite un CLSC et qui en raison de la faible densité de population et de l'étendue du territoire, exploite également un CH ou un CHSLD » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).

5.8.3.1.2 Un CLSC-CHSLD pour Montmagny

Pour la MRC de Montmagny, la RRSSS-CA demande au regroupement des CHSLD et au CLSC d'élaborer un plan de mise en commun de services et de ressources pour février 1996, ce à quoi une majorité d'intervenants donnent leur accord tout en souhaitant que soient respectés leurs rythmes de cheminement (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, 1995b). Dans cette foulée, un nouvel établissement, les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny, est créé en février 1997. Tout comme dans le secteur de L'Islet, la fusion s'avère difficile.

Alors, le CLSC-CHSLD, on sentait très bien qu'il y avait le siège social, Saint-Fabien et les hauts et Montmagny avec Cap-Saint-Ignace, le territoire d'en bas. Donc, même à l'intérieur de l'établissement : deux cultures. (#25)

Ainsi, les zones nord et sud du territoire peinent à collaborer.

5.8.3.2 *Des établissements indépendants, des échanges minimaux... et une guerre ouverte sur le territoire de Montmagny (1996-2003)*

Malgré l'invariable discordance entre les secteurs des Appalaches et du littoral, les services de santé sont, conséquence des réformes des années 1980 et 1990, structurés dans un axe nord-sud par MRC. Ainsi, chacun des deux territoires dispose d'un établissement de missions CLSC et CHSLD, qui sont en lien avec un CH de référence situé à Montmagny.

Avant 2003, l'HDM jouit d'un bon climat de travail et de peu de délais d'attente, ce qui lui permet de se maintenir dans le peloton de tête au Québec pour la performance de son service d'urgence (Gendron, 22 mai 2008). Cependant, dès 1999, sa situation budgétaire commence à se détériorer, son déficit courant et accumulé se chiffrant, en 2003, à près de 2 M\$ (Fournier, 12 juillet 2003).

Au tournant des années 2000, le Centre de santé de L'Islet est, pour sa part, réputé pour son désir de se prendre en main, alors que le milieu doit composer avec une décroissance de sa population. Même si les missions demeurent relativement étanches depuis la fusion de 1996, le Centre de santé parvient à outrepasser les rivalités nord-sud pour intégrer davantage ses services. Dans un contexte d'équilibre budgétaire relatif, le Centre de santé fait face à des problèmes d'effectifs médicaux criants dans le secteur sud de la MRC, pour

lesquels il fait appel à des médecins dépanneurs de l'HDM, et doit aussi composer avec une menace de fermeture de son service d'urgence mineure à Saint-Jean-Port-Joli (Ricard-Châtelain, 29 octobre 2003). Ses relations avec l'HDM sont acceptables, mais sans plus, les communications, souvent à sens unique, étant initiées par le Centre de santé, notamment en raison de ses problèmes de garde médicale.

Ce n'était pas tendu, mais ce n'était pas la main tendue. (#29)

Les CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny sont, pour leur part, perçus comme performants, notamment au plan financier, ayant réussi, à travers différentes réorganisations, à dégager un surplus de 1 M\$. L'établissement est aussi réputé être proche de sa clientèle et avoir une offre de service de haute qualité, étant le seul CHSLD à avoir obtenu une note parfaite à une visite d'appréciation, ce qui lui valut une mention de reconnaissance de la part du ministre en 2004 (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a; Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005; Équipe ministérielle d'appréciation, 2004b). Il est alors dirigé par un directeur général qui fut à l'origine de la mise sur pied du CLSC Antoine-Rivard, un ardent défenseur du secteur sud de la MRC. Reconnu pour sa forte personnalité et parfois décrié pour son style de gestion, il cumule ses fonctions administratives aux CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny avec des fonctions politiques à titre de maire de Saint-Fabien-de-Panet, en plus d'être impliqué à la MRC.

En somme, à l'aube de la réforme, les trois établissements en présence sont solides, bien enracinés dans leurs communautés, ont des rapports de force relativement équivalents et le sentiment d'appartenance envers chacune de ces organisations est très fort.

Mais prenons les trois organisations, et faisons fi de l'argent. On est partis avec trois organisations bien installées dans leurs milieux, respectées dans leurs milieux, critiquées dans leurs milieux, mais des assises solides. (#29)

Cela dit, ils travaillent de manière autonome, sans véritable mise en commun, les échanges n'étant ni souhaités, ni même nécessaires à leur survie respective.

À mon avis, c'étaient trois solitudes. Avec des dynamiques fort différentes. (#3)

On se parlait, mais on avait chacun notre *business*. En bon français... Je n'essaie pas de te dire que c'était l'amour éternel. (#14)

C'est le cas notamment du Centre de santé de L'Islet et des CLSC et CHSLD de Montmagny qui, en somme, n'ont que peu de contacts, même s'ils partagent les mêmes missions et desservent des populations similaires.

Cela dit, dans la MRC de Montmagny, les relations entre l'HDM et les CLSC et CHSLD constituent un cas d'exception de par les interactions particulièrement tumultueuses qu'ils entretiennent. Des tentatives de rapprochement, initiées par le CH, ont tôt fait de susciter un climat de méfiance chez le CLSC-CHSLD, qui, lui, nourrit déjà un certain scepticisme quant à la capacité de l'HDM à gérer des services autres qu'hospitaliers. En 1999, un contentieux budgétaire relatif à la prise en charge des personnes âgées, après la fermeture et le transfert des lits de longue durée de l'HDM dans la communauté et sous la responsabilité du CLSC-CHSLD, envenime les relations entre les deux institutions.

Et tu sentais, effectivement, qu'il n'y avait jamais eu de rapprochements. Tout ce que l'un faisait était contredit par l'autre. C'était vraiment une guerre ouverte. C'était vraiment un climat malsain. (#28)

Couplées à un conflit de personnalités entre les dirigeants, ces crises ont vite propulsé les deux établissements dans un climat d'affrontement, si bien qu'ils ont chacun dû nommer des agents de liaison pour maintenir des communications minimales.

Donc, entre l'Hôtel-Dieu de Montmagny et le CLSC-CHSLD, les relations n'étaient pas simples. [...] Il y avait même des difficultés entre les directions générales. Disons que ça n'a pas été simple. (#25)

Cependant, même dans ce contexte défavorable, comme les deux établissements ne rencontrent pas de difficultés particulières sur le plan de l'offre de services, ils demeurent en bonne position pour opérer de façon autonome et indépendante, malgré les conflits.

On pouvait, je te dirais, vivre d'une relation malsaine ou assez éloignée : ça ne nuisait pas à l'établissement. (#28)

5.8.4 La mise en place du CSSS-ML

5.8.4.1 *L'annonce de la réforme : de l'objection à la résignation sereine (2003)*

De manière générale, l'annonce de la réforme entraîne des réactions négatives, surtout de la part des deux établissements communautaires et d'hébergement des deux MRC. Leurs appréhensions initiales sont dirigées à l'endroit de l'HDM, dont ils craignent que la situation budgétaire déficitaire ébranle l'ensemble des établissements.

Dans Montmagny-L'Islet, il y avait des craintes, il y avait des peurs, il y avait toutes sortes d'angoisses d'être fusionné avec l'hôpital : « Le méchant hôpital qui fait des déficits. Le méchant hôpital qui va tout prendre l'argent. » (#17)

Plus particulièrement, au Centre de santé de L'Islet, la nouvelle est unanimement mal accueillie, mais une certaine forme de résignation surgit rapidement. Conscients qu'ils ne sont pas assez forts pour s'opposer, les acteurs transforment leur attitude réfractaire en une impulsion favorable au changement.

On a décidé d'embarquer dans le train, et de préférence dans le wagon de tête, pour notre région, pour être en mesure d'influencer ou être en mesure de mettre de l'avant les choses qu'on pouvait penser qui étaient importantes pour le Centre de santé de L'Islet... se faire connaître, etc. (#29)

Les CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny sont tout aussi réfractaires à l'idée et déploient de forts réflexes de protection, sans toutefois envisager une contestation formelle. L'opposition la plus affichée vient du directeur de l'établissement qui, au-delà d'un projet purement administratif, ne perçoit pas de réel sens dans l'intégration des missions, compte tenu des créneaux d'expertise que chacun des établissements du territoire avait jusqu'alors développés. Il relaie d'ailleurs, auprès de la population et des acteurs politiques locaux, un discours sur de possibles pertes de services médicaux dans le secteur sud du territoire advenant une fusion.

L'HDM est, pour sa part, favorable à l'intégration, tout comme la députation locale. Quant aux populations locales, elles n'ont pour ainsi dire pas réagi, mis à part pour exprimer des préoccupations quant à des coupures possibles dans les gardes médicales. Le préfet de la MRC a suivi de près le dossier, mais n'y est pas intervenu, du moins formellement.

Ainsi, outre quelques objections soulevées par certaines municipalités, les acteurs externes au réseau de la santé se sont très peu mobilisés autour de cet enjeu.

Parce que, le reste des acteurs, on sentait bien que le député il ne voulait pas se mêler trop trop de ça. Il offrait des bons services. La population était contente. L'hôpital... la population avait des services. Ça fait qu'au-delà de ça, c'était lettre morte. (#28)

C'est dans ce contexte que l'ASSS-CA dépose, en avril 2004, son modèle d'organisation régional qui prévoit donc le regroupement des deux territoires de MRC et de leurs trois établissements. L'ASSS-CA justifie le bien-fondé de sa proposition en expliquant que :

Le territoire de Montmagny-L'Islet tel qu'il est constitué, rappelons-le, fait appel à "l'histoire". Les caractéristiques sociosanitaires sont assez similaires et favorisent le déploiement d'une offre de service uniforme. Les citoyens ont développé des sentiments d'appartenance à leur milieu, des habitudes d'échange, de communication et de consommation propres à favoriser le projet d'entreprise territorial et la rétention. Le respect de ce territoire de référence, de par sa géopolitique et les habitudes de circulation de sa population, est logique (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 11).

L'ASSS-CA prévoit que la fusion amènera une plus grande harmonisation et une meilleure accessibilité aux services dans chaque localité et invite les acteurs à travailler dans une approche « gagnant-gagnant » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 11).

5.8.4.2 Négociations sur la gouvernance : plusieurs points litigieux (avril à juin 2004)

Malgré des réticences initiales, les perspectives des acteurs de la gouvernance évoluent cependant rapidement à partir du dépôt du modèle d'organisation régional par l'ASSS-CA. Confrontés à l'inévitable et soucieux d'assurer leur survie professionnelle, les trois directeurs généraux, dont certains sont en poste depuis très longtemps dans leurs établissements respectifs, se déclarent intéressés à prendre les rênes de la nouvelle organisation.

Moi, je pense que les directeurs généraux – il restait deux CLSC – ne voyaient pas, eux autres, de gain. Pour eux autres, l'hôpital, c'était une grosse machine à déficit qui allait juste pomper les ressources des CLSC. Ils ne voyaient pas ces avantages-là. Mais je te dirais que plus le temps de la fusion avançait, le discours des DG change. Je pense qu'on a senti que les gens voulaient occuper le poste. (#28)

C'est dans ce contexte, marqué par les conflits antérieurs et la nouvelle réalité politique liée à la course à la direction de l'instance locale, que des rencontres ont lieu entre les trois anciens établissements pour préparer la transition, réunions qui se déroulent dans une ambiance tendue.

Tout le monde essayait de tirer sa couverture. C'était tendu. On sentait l'électricité dans l'air. On a fini par des rencontres qui n'ont pas donné grand-chose. [...] Bon! Il faut qu'on regarde comment peut-on se parler? On a de la misère à se parler... » On est allé chercher un modérateur. (#29)

Les négociations achoppent cependant, notamment sur la constitution de la liste des membres recommandés pour former le conseil d'administration transitoire, chacun des établissements souhaitant y nommer ses délégués les plus influents.

Il y avait le souci, aussi, d'avoir une certaine représentativité en termes d'expertise, mais aussi, au plan politique. Il y avait des gens qui étaient déjà impliqués soit comme maires ou qui étaient déjà assis à certaines tables. Donc, eux autres, évidemment, ils ont manifesté leur intérêt d'être présents au sein du conseil. (#24)

La question de la représentativité territoriale du futur conseil est également au cœur des débats, certains établissements, malgré leur petite taille, prônant un partage égal des sièges pour s'assurer que des membres soient issus de chacun des quatre pôles géographiques du territoire. Au terme des négociations, un consensus est obtenu sur ce principe qui confère une forme de légitimité au conseil. Une fois cette formule de représentation avalisée, et qui sera d'ailleurs maintenue lors des renouvellements subséquents du conseil d'administration, l'enjeu de la présidence se règle plus rapidement. Le président de l'HDM se retirant, la représentante du Centre de santé de L'Islet accepte d'assumer la fonction.

La question de la localisation du siège social de l'établissement est aussi l'objet d'intenses discussions étant donné que, historiquement, les différents pôles géographiques du territoire avaient bénéficié d'une grande proximité avec le pouvoir administratif. Établi à Montmagny à l'HDM, ce choix d'emplacement pour le siège social fait naître un sentiment de perte et d'abandon dans les autres points de services.

Comme le sud du territoire ici – ça rend les gens très craintifs par rapport à l'avenir d'un jour à l'autre. Les gens ont peur qu'ils vont perdre des services. Ils ont tout perdu l'administratif, ici. Ça fait qu'ils ont beau dire ce qu'ils voudront, à chaque jour, ça te dit qu'ils ont menti. (#14)

Désormais plus distancés des centres décisionnels, plusieurs points de services se trouvent privés de la présence de dirigeants, notamment dans le secteur sud.

5.8.4.3 Cartographie de la gouvernance : une première métamorphose (juin à novembre 2004)

En juin 2004, à la veille de la création officielle du CSSS et au moment de la formation du conseil d'administration, un événement vient reconfigurer l'environnement politique, soit le départ du directeur général de l'HDM pour une autre région.

Il voyait un petit peu ça aller, puis il avait choisi de quitter, parce que je pense qu'il anticipait le fait qu'en dépit des compétences et des connaissances, qu'il avait entre autres dans la mission hospitalière, la présidente du conseil, elle ne travaillait pas avec lui à ce moment-là, elle travaillait avec un autre DG, parce qu'elle était déjà en fonction. Ça, c'est sûr que ça vient teinter les affaires. Il ne faut pas ignorer ça. (#24)

Alors qu'un intérim est nommé à l'HDM, deux candidats, issus des établissements communautaires du secteur sud, demeurent sur les rangs pour la direction de l'instance locale. Ainsi redessinée, la cartographie de la gouvernance apaise les tensions, la mission CH étant alors quelque peu affaiblie.

La première séance officielle du conseil d'administration a lieu le 12 juillet 2004, rencontre où le directeur général intérimaire du CSSS-ML est nommé, sur recommandation de l'ASSS-CA. En raison du nombre de candidats dans la course, l'ASSS-CA choisit un dirigeant par intérim sans liens avec le territoire de Montmagny-L'Islet, et sans visées pour le poste de direction permanent (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004c).

De juillet à novembre 2004, le directeur général intérimaire constitue un comité de transition où il confie aux trois dirigeants des anciens établissements certaines tâches pour mettre en place le CSSS-ML, une période qui s'avère, en définitive, peu productive.

Les gens attendaient un peu les directives de l'Agence. Mais déjà, ce qui se parlait, c'était : « Comment, effectivement, va-t-on enclencher la fusion? » On faisait la fusion à partir du regroupement... de l'ouverture du poste de DG? Parce qu'il faut comprendre que quand la loi est passée, la fusion ne devenait possible qu'à partir du moment où, vraiment, le directeur général est nommé. Asseoir trois personnes et dire : « On va commencer à faire cette fusion-là », ça n'avait pas de sens. (#28)

En somme, durant l'intérim, le CSSS-ML vit des débuts difficiles, confronté à des acteurs qui défendent, tour à tour, leurs anciens établissements, leur mission, leur MRC et leur municipalité.

5.8.4.4 Un deuxième départ déterminant (automne 2004 à printemps 2005)

À l'automne 2004, le concours pour pourvoir le poste de direction générale est officiellement ouvert, alors que la course à la succession est, quant à elle, informellement lancée depuis le printemps avec maintenant seulement deux directeurs généraux sur les rangs. C'est à ce moment que survient un autre événement décisif dans l'issue du processus. Le dirigeant des CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny, dont les querelles historiques avec la direction de l'HDM avaient considérablement miné ses appuis dans ce milieu, particulièrement chez les médecins, doute de ses chances de remporter et décide alors de se prévaloir d'une retraite anticipée. Cette décision, survenue en plein cœur du processus de sélection, ouvre alors de nouvelles perspectives et permet d'éviter un face-à-face entre d'anciens collègues.

En novembre 2004, au terme d'un concours ouvert avec de multiples postulants, l'ancienne directrice générale du Centre de santé de L'Islet, forte de son expérience dans les milieux communautaires et de longue durée, est choisie comme dirigeante du CSSS-ML.

Le premier geste de la nouvelle direction générale est de se doter d'une structure d'encadrement, une démarche qui cause une grande insécurité et une perte de repères chez le personnel. Une fois les postes de cadres tous abolis, la stratégie est de valoriser l'expertise locale, avec un concours à l'interne, mais de miser sur la mobilité des gestionnaires pour les amener à assumer de nouvelles fonctions. Ainsi, « au terme de l'année 2005-2006, l'équipe de gestion était majoritairement constituée et le travail de clarification des mandats respectifs déjà bien amorcé » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 7).

5.8.4.5 Des tournées de la population et des employés (printemps 2005)

En mai 2005, l'équipe de direction du CSSS-ML entame une tournée pour rencontrer la population dans cinq municipalités afin de connaître la perception des citoyens quant à la

dispensation des services disponibles et ceux à développer (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005).

En termes de stratégie – parce que c'est une stratégie, mais quand même, qui était importante puis à laquelle on croyait – quand on a créé l'entité, quand on a créé le comité de direction, on est allés dans chaque point de service puis dans chaque coin du pays, incluant l'Île-aux-Grues parce qu'il y a un point de service à l'Île-aux-Grues... on est même allés là un soir pour aller rencontrer la population, pour leur expliquer un petit peu : « C'est quoi le projet qui est sur la table, c'est quoi vos attentes, c'est quoi les éléments que vous voulez voir améliorés au niveau des services, de l'accessibilité, de la continuité? » (#24)

Au lendemain d'un appel à 265 groupes sociaux et municipalités, des annonces dans les radios et journaux locaux, 125 personnes participent à la consultation (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005). La démarche est suivie, en novembre 2005, par une deuxième tournée afin de faire un bilan des résultats de la consultation. Cinquante citoyens sont rencontrés, en plus de plusieurs maires et conseillers municipaux (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 28 mars 2006). Au même moment, la direction générale visite aussi toutes les installations pour rencontrer les employés (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005).

5.8.4.6 Une gouvernance synergique

Au cours des premières années d'implantation, une synergie particulière s'est créée entre les différentes instances de gouvernance du CSSS-ML, le conseil d'administration ayant joué un rôle particulièrement actif dans la construction de la nouvelle organisation. En effet, la directrice générale et la présidente du conseil d'administration, toutes deux favorables à l'intégration, connues du milieu et fortes de leurs expériences antérieures d'étroite collaboration de l'époque du Centre de santé de L'Islet, maintiennent leur tradition de concertation. De plus, les membres démontrent une loyauté et une solidarité, fruit du mode de fonctionnement instauré au conseil d'administration.

Mais on a toujours été transparents. Il n'y a jamais eu de...on a peut-être eu deux ou trois comités administratifs. À part de ça, toutes les décisions sont prises en conseil d'administration. Jamais à comité restreint. (#29)

Le conseil d'administration tisse également des liens particuliers avec l'équipe de direction et avec la population en se déplaçant pour tenir des séances publiques en alternance dans

les quatre pôles du territoire (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20 octobre 2009, 2007).

Puis au niveau du conseil, le comité de direction, évidemment, participe aux rencontres du conseil, en tout cas, ils sont présents au niveau des échanges, puis interagissent lorsque c'est requis. Ce ne sont pas des membres du conseil. Mais ça, ça a permis aussi – puis ce n'est pas comme ça partout; je vous le dis parce que ce n'est pas comme ça partout – ça a permis de créer un maillage intéressant entre le nouveau conseil et la nouvelle équipe de direction. (#24)

5.8.4.7 Un projet clinique porté par les médecins (automne 2005)

La tenue des tournées de consultation concorde aussi avec le lancement des projets cliniques en septembre 2005, démarche d'abord consacrée à 6 des 9 programmes clientèles afin de « définir l'offre de service actuelle, définir la clientèle ciblée, identifier les écarts, [et] identifier un plan d'action » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005, p. 9).

Les médecins sont intimement impliqués dans la construction du projet clinique, notamment les omnipraticiens. Il faut dire que le territoire de Montmagny-L'Islet compte déjà sur une équipe médicale proactive, organisée, axée sur la collaboration et présente dans l'ensemble du territoire.

Quand on a fait notre projet clinique du réseau local, pour eux autres, c'était à des années-lumière de leurs préoccupations ou de leur quotidien. Ça fait que, pour eux autres, on pelletait des nuages, pour les médecins spécialistes. Comme je te disais, pour les médecins omnipraticiens, ça passait parce qu'ils étaient impliqués dans la communauté puis ils voyaient bien pourquoi. (#17)

Ainsi, grâce à quelques cliniciens résolument favorables à la transformation, le corps médical gagne en confiance et se laisse entraîner dans le changement.

Avec l'équipe médicale qui... je ne vous dis pas... ils n'ont pas milité pour ça, mais ils étaient en arrière, puis ils suivaient, puis ils nous regardaient, puis des fois, ils prenaient le devant. (#24)

Le projet clinique, déposé à l'Agence en novembre 2006 et objet de rencontres de suivi régulières (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, 2008), a tôt fait de générer des liens entre les services communautaires et hospitaliers dans certains programmes.

Par exemple, en santé mentale, on a donné le continuum à une cadre gestionnaire qui venait du communautaire. Donc, elle avait la santé mentale dans la communauté, puis elle avait aussi le département de psychiatrie à l'hôpital. Donc, on faisait entrer un cadre du communautaire à l'hôpital. Ça a l'air simple, mais c'était quelque chose. (#17)

En avril 2009, en guise de reconnaissance de ses efforts au chapitre de l'intégration des services, le CSSS-ML remporte un prix régional en plus d'être finaliste aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS édition 2008-2009 (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010a). En effet, le CSSS-ML met en place plusieurs projets novateurs, notamment avec un nouveau concept de maison d'hébergement pour les personnes âgées à Sainte-Perpétue et Saint-Eugène, pour lequel il a gagné un prix du ministre de la Santé et des Services sociaux. Des efforts sont aussi faits pour doter les clientèles vulnérables et orphelines d'un guichet unique d'accès santé et psychosocial et identifier les grands consommateurs de services d'urgence afin de leur offrir des services mieux adaptés et une meilleure prise en charge (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009).

5.8.4.8 Une relation soutenue avec les communautés

À l'instar de la démarche qui avait présidé à sa mise en place, le CSSS-ML cultive un lien étroit avec la communauté, un principe qui fait partie intégrante de la culture de l'établissement et qui contribue à bâtir le lien de confiance avec les populations locales.

Vraiment... ils sont très proches de leur communauté aussi. Je ne dis pas que tout est parfait, mais c'est une organisation qui s'est centrée sur les besoins de la population. Quand il y a des problématiques, on regarde comment on peut améliorer les choses pour la population. C'est vraiment de cette manière-là. C'est l'esprit dans lequel ils se sont inscrits. (#25)

À ce chapitre, en avril 2007, un forum de la population, composé d'un représentant de chacune des 28 localités de Montmagny-L'Islet, est lancé, avec pour mandat de conseiller la direction générale (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007). De plus, des efforts particuliers sont faits pour actualiser les mécanismes de communication et l'éducation grand public sur l'offre de services, avec la tenue d'assemblées publiques d'information auxquelles sont conviés les partenaires du RLS et la population (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20 octobre 2009, 22 octobre 2008).

En somme, malgré une première année plus mouvementée et une fois les premières résistances passées, le CSSS-ML s'est rapidement mis en mode de mise en œuvre, si bien que l'organisation s'est créée dans l'harmonie. Chacune des missions sait tirer profit de l'intégration, en travaillant en synergie et en interdépendance. Par exemple, la mission hospitalière a pu augmenter sa performance, tant financière que dans ses services d'urgence, parce qu'elle dispose d'un bon circuit de soutien par le biais des services communautaires qui ont intensifié leur offre (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 29 mai 2009, 2005). Le tout est réalisé, en respectant la situation budgétaire des anciens établissements, c'est-à-dire en dépensant les surplus à l'intérieur même des missions et des territoires qui les avaient accumulés. Par conséquent, un certain équilibre a été atteint entre les différentes missions, même si le pôle hospitalier demeure encore relativement fort.

J'ai envie de vous dire que ça a été un mariage arrangé. On est comme des Amish. On a été comme prédestinés. On a appris à devoir se courtiser, à se regarder, tout en sachant qu'à l'échéance, on va être poignés pour être ensemble. On s'est courtisés longtemps. Je vous dirais que là, on vient de consommer nos fiançailles. Je ne sens pas que l'un a prédominance sur l'autre. Ça aurait pu. Il a fallu être vigilant. (#29)

L'année 2009 marque aussi la fin d'un chapitre de l'histoire de la gouvernance du CSSS-ML. Elle se conclut avec le départ de la directrice générale et l'arrivée d'un intérim pour une période de dix mois, un nouveau dirigeant, venu de l'externe, étant entré en fonction en novembre 2009 (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009).

5.8.5 Analyse sommaire du cas

Comme dans plusieurs des cas analysés précédemment, les tensions territoriales sont vives entre les deux MRC constituant le territoire de référence du CSSS-ML, et ce, même si elles font partie d'un seul et unique territoire de concertation depuis nombre d'années. Les oppositions s'y expriment sous diverses formes : entre municipalités, entre MRC et entre pôles géographiques, notamment entre la portion littorale et le secteur sud. Ces antagonismes témoignent des appartenances composites qu'expriment les populations locales envers le territoire, affiliations qui, une fois la fusion réalisée, continuent d'évoluer,

alors que les acteurs locaux se construisent tranquillement une nouvelle identité correspondant à la nouvelle entité géographique unifiée.

Les institutions de santé du territoire sont remarquablement bien ancrées dans leur milieu, et ce, malgré des expériences antérieures de fusion difficiles. Ainsi, à l'aube de la création du CSSS-ML, les trois établissements sont solides, en relative bonne santé financière, performants, respectés, et fonctionnent de manière autonome. Ces institutions bien établies disposent donc de rapports de force relativement équivalents et jouissent de l'appui de leurs communautés qui y sont très attachées et défendent la présence de sièges sociaux dans les différents pôles géographiques du territoire. Dans ce contexte, toute mesure visant à perturber ce fragile équilibre institutionnel apparaît préjudiciable.

Or, dans le cas du CSSS-ML, c'est le jeu des intérêts des acteurs qui constitue le facteur-clé influençant le déroulement de la création de l'instance locale, contrecarrant ainsi un contexte institutionnel plutôt favorable au maintien du statu quo. En effet, malgré un climat d'équilibre relatif, le contexte préfusion est marqué par des conflits entre deux établissements, tensions largement tributaires des personnalités des dirigeants en place dont les visions et les styles de gestion sont aux antipodes. De plus, par opposition à d'autres cas, à l'aube de la création de l'instance locale, les établissements sont dirigés par des acteurs qui sont relativement loin de leurs perspectives de retraite. Intéressés à assurer leur survie professionnelle, ces acteurs constituent des forces politiques importantes, susceptibles de mener à des affrontements subséquents. À preuve, durant la période d'intérim, où tous trois étaient partie prenante aux travaux préparatoires à l'implantation, le climat est tendu ce qui en fait une période de flottement peu productive.

Cela dit, le départ de deux aspirants directeurs généraux, survenus à quelques semaines d'intervalle, permet de renverser la vapeur et de créer un contexte plus supportant pour l'émergence du CSSS-ML. Ayant profité du contexte pour saisir d'autres options, ces acteurs-clés ont su s'orchestrer une sortie professionnelle digne, et ce, sans saboter la fusion. Par conséquent, l'HDM se retrouve avec un intérim, ce qui le fragilise temporairement, apaisant ainsi quelques-unes des craintes des milieux communautaires et de l'hébergement envers le secteur hospitalier.

Une fois survenue cette reconfiguration de la cartographie des acteurs, les tensions de la période préparatoire sont rapidement tombées et c'est le leadership démontré par les acteurs restants qui fut déterminant de la trajectoire empruntée par le nouvel établissement. Trois instances-clés de la gouvernance du CSSS-ML, soit la direction générale, le conseil d'administration et l'équipe de gestion, ont travaillé en synergie afin de donner une impulsion au changement, qui s'est fait dans une certaine continuité, étant l'œuvre d'acteurs souvent en place depuis longtemps dans le territoire.

Le conseil d'administration a été une force vive importante, d'une grande loyauté envers l'établissement, et dirigé par une présidente expérimentée qui croit à la réforme. Son mode de fonctionnement démocratique, de même que sa forte légitimité, acquise au prix d'une négociation préalable sur sa représentativité, lui ont conféré une grande crédibilité. Le conseil d'administration a donc travaillé en étroite concertation avec une direction générale qui connaît le milieu communautaire et celui de l'hébergement, dans un climat positif, et avec un maillage efficace instauré avec l'équipe de gestion.

Montmagny-L'Islet se distingue aussi nettement des autres cas de par le degré d'implication du corps médical qui a été très proactif dans l'implantation du CSSS-ML. Les acteurs politiques, notamment les maires et les préfets, ont également suivi de près l'évolution du projet, mais n'y sont pas intervenus directement. Les populations locales, mobilisées par le CSSS-ML, ont aussi été mises à contribution, par le biais de consultations publiques sur le projet clinique et l'instauration subséquente d'un forum de la population permanent, afin de maintenir le lien de proximité qui existait autrefois avec les anciens établissements.

En somme, une fois les résistances des institutions passées et le schéma des acteurs en place redessiné, ces derniers se sont rapidement mis en mode implantation, la nouvelle organisation s'étant construite dans une relative harmonie. Dans ce contexte, le CSSS-ML démontre un bon degré d'intégration des services, ayant réussi à instaurer une synergie entre les missions qui tirent avantageusement profit l'une de l'autre et où le pôle hospitalier, sans être dominant, contribue, par sa performance, à la santé globale de l'établissement.

5.9 Thetford

5.9.1 Présentation du territoire

Le territoire de la MRC des Appalaches³², desservi par le Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford (CSSS-RT), est d'une superficie de 1905 km² et abrite 11 % de la population de la région de Chaudière-Appalaches, soit 44 000 habitants, dont 60 % vivent en milieu urbain (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c; Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010c, 2010d). La MRC regroupe 19 municipalités, dont la ville de Thetford Mines avec ses 25 000 habitants, et quelques autres municipalités d'importance dont Adstock (2800 hab.), Disraeli (2400 hab.) et East Broughton (2200 hab.), où vit une communauté anglophone importante (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2012b).

La MRC des Appalaches est bordée au nord et à l'est, par des MRC de la région de Chaudière-Appalaches (Lotbinière; Robert-Cliche et Beauce-Sartigan, respectivement), et à l'ouest et au sud, par des MRC des régions du Centre-du-Québec (L'Érable et Arthabaska) et de l'Estrie (Les Sources, Haut-Saint-François et Granit). Son économie est dominée par le secteur industriel, avec l'exploitation de l'amiante, et par les secteurs agricole et forestier (MRC des Appalaches, 2012).

5.9.2 Le Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford (CSSS-RT)

Mis sur pied le 5 juillet 2004, le CSSS-RT est né de la fusion de trois établissements soit : le **Centre hospitalier de la région de l'Amiante** (CHRA) (missions CH et CHSLD), le **CLSC Frontenac** (mission CLSC) et le **CHSLD de l'Amiante** (mission CHSLD).

³² Jusqu'en novembre 2008, la MRC portait le nom de MRC de l'Amiante. Elle s'appelle dorénavant MRC des Appalaches (Institut de la statistique du Québec, 2008).

Comptant 11 installations, 96 lits en courte durée et 330 de longue durée, le CSSS-RT dispose, en 2004-2005, d'un budget équilibré de 64 M\$ et emploie 1400 employés dont 54 médecins (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005). Si la majorité de la population locale consomme ses services de santé au CHRA, certains consultent aussi à Sherbrooke ou à Québec (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004d). Aucun établissement du territoire n'est doté d'un mandat à caractère régional ou suprarégional (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c).

La population locale est très attachée à ce territoire naturel et homogène, mais aussi relativement indépendant et autonome, puisqu'il a peu d'échanges avec les autres territoires locaux de Chaudière-Appalaches, et qu'il a plus d'affinités avec l'Estrie.

On est vraiment un petit enclos par rapport à Chaudière-Appalaches. On est vraiment un milieu différent : on n'est pas la Beauce, on n'est pas Québec, on n'est pas l'Estrie. Nous autres même, on se pose des questions sur ce qu'on est. Mais on est différents des autres, puis on a une façon de penser, puis on est un milieu un petit peu indépendant par rapport aux autres. (#6)

Si la population locale s'identifie beaucoup à son territoire, elle se définit aussi en se comparant aux territoires voisins et craint particulièrement l'influence de la Beauce.

La Beauce était un pôle d'attraction très fort pour l'Amiante, mais l'Amiante, ce sont d'irréductibles Gaulois aussi. (#6)

Le territoire comporte une proportion élevée de personnes âgées, mais aussi un excédent de places d'hébergement, ce qui constitue un enjeu sensible de l'organisation des services locaux.

5.9.3 Historique des rapprochements entre les établissements de santé et de services sociaux

Entre 1954 et 1971, le territoire de l'Amiante connaît un développement important de son réseau d'hébergement avec la fondation de foyers et de centres d'accueil dans cinq de ses municipalités : Saint-Méthode, Thetford Mines, East Broughton, Black Lake et Disraeli.

Pour sa part, fondé en 1910 par les Sœurs de la Charité, l'Hôpital Saint-Joseph de Thetford Mines est transformé en corporation publique en 1968, au moment de la construction d'un nouvel édifice, l'ancien étant reconverti en pavillon pour malades chroniques. Il prend alors le nom d'Hôpital général de la région de l'Amiante, dénomination qui change à nouveau en 1988 pour Centre hospitalier de la région de l'Amiante (CHRA). Il faut toutefois attendre 1980 pour voir naître le premier CLSC, le CLSC Frontenac, dont le siège social est d'abord installé à Disraeli avant d'être transféré à Thetford Mines en 1988 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).

5.9.3.1 Un hôpital sauvé par la mobilisation de la population (1986-1995)

En 1986, la création de la Fondation du centre hospitalier marque un moment important dans l'histoire du secteur sociosanitaire du territoire (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010d). À l'époque, des pressions sont exercées à l'intérieur de l'hôpital pour développer la médecine nucléaire, alors que le MSSS, vu la problématique budgétaire que vit l'établissement, refuse plutôt d'investir dans ce nouveau service. De plus, le palier central envisage la fermeture du service de psychiatrie et même la transformation de l'établissement en milieu d'hébergement de longue durée et le transfert des activités hospitalières en Beauce. Face à la menace, des représentants de la communauté anglophone, de communautés religieuses et de la caisse populaire mobilisent le député, tandis que, parallèlement, les médecins interpellent la direction de l'établissement avec l'objectif de créer une Fondation. L'opération de sauvetage réussit à infléchir la position du MSSS, et la première campagne de financement de la Fondation nouvellement créée permet de récolter plus d'un million de dollars. Cet épisode joue donc un rôle important en enracinant solidement l'hôpital dans son milieu.

À partir de ce moment, l'hôpital a survécu, il a été sauvé. Ça, ça a toujours resté dans le milieu. Si, demain, tu veux mettre le feu aux poudres à Thetford, va dire que tu fermes l'hôpital, puis tu vas voir que tout ce qui est tranquille, ça va se réveiller. (#6)

À la suite de ce sauvetage, le CHRA est rapidement devenu l'institution de santé d'importance pour la communauté thetfordoise, porté par un corps médical très attaché à son établissement. Fort de sa démonstration d'autonomie face au MSSS et de sa nouvelle légitimité, le CHRA consolide, du même souffle, son indépendance face aux autres

établissements du territoire. D'ailleurs, à la suite d'expériences de collaboration difficile avec le CLSC, le CHRA met sur pied en 1995 une clinique externe, le Centre intégré de ressources alternatives (CIRA), qui offre des services de 1^{re} ligne similaires à ceux dispensés dans la communauté, jugeant que les patients du territoire ne sont pas pris en charge assez rapidement par le CLSC (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, 2010b). Pour sa part, le CLSC, peu médicalisé et ancré dans une approche communautaire et de développement social, souhaite plus de collaboration avec le CHRA, mais perçoit une résistance à échanger l'information nécessaire à la prise en charge des patients.

5.9.3.2 Des mises en commun administratives peu concluantes (1995-2000)

Les premières amorces de rapprochement entre les établissements ont lieu en 1993, avec la constitution du regroupement des cinq CHSLD du territoire, qui sont formellement fusionnés en décembre 1996 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). L'opération permet d'améliorer la qualité des services et de diminuer le nombre de lits, sans toutefois fermer d'installations.

La réforme de 1995 constitue un tournant dans l'histoire des regroupements. Dans son document d'orientation *À l'heure des choix*, la RRSSS-CA reconnaît le caractère « naturel » du territoire de l'Amiante et, du même souffle, conclut qu'il va donc de soi que les établissements instaurent des rapprochements. Aussi, elle demande au regroupement des CHSLD et au CLSC Frontenac de déposer un projet de mise en commun des services et des ressources pour février 1996, conformément au modèle d'intégration CLSC-CHSLD alors prôné par la RRSSS-CA (Fecteau, 28 septembre 2000; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, 1995b). Durant les audiences publiques régionales, la population de l'Amiante se mobilise de nouveau pour s'assurer que son hôpital ne fasse pas les frais de la rationalisation. Par conséquent, une pétition de plus de 26 000 noms est déposée à la RRSSS-CA par le comité de survie du CHRA (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).

Dans l'optique de donner suite à l'exigence de la RRSSS-CA, des pourparlers se déroulent de manière intermittente pendant plus de quatre ans, entre 1996 et 2000, en vue de négocier

des mises en commun et des rapprochements. Dans une première étape, des partages administratifs sont instaurés entre le CLSC et les CHSLD, des mises en commun plus ou moins fructueuses, de l'avis du CLSC, qui sort amer de l'expérience ponctuée d'une mauvaise collaboration et d'iniquité financière. Vu les insatisfactions, ces échanges n'évoluent pas, à ce moment, vers une fusion des deux établissements, conformément au modèle souhaité par la RRSSS-CA. Les partages administratifs sont même, quelque temps plus tard, totalement abandonnés.

5.9.3.3 Un projet de rapprochement des trois joueurs : blocage des CHSLD (2000)

Au tournant des années 2000, à l'initiative de la direction générale du CHRA, des représentants, cette fois-ci, des trois établissements entreprennent de nouveaux pourparlers en vue de se rapprocher. À l'issue de négociations d'un an, un projet de fusion, implicitement accepté par l'ensemble des organisations, est toutefois ultimement rejeté lors d'une séance publique conjointe des trois conseils d'administration par des administrateurs du CHSLD qui n'avaient pas participé aux discussions préliminaires et qui ont fait avorter le processus.

Ça faisait au moins un an qu'on travaillait ensemble, puis que tout le monde était d'accord. Les représentants. Mais rendu au conseil d'administration, quand le président est revenu, ça a été « Non ». On était débobinés... avoir travaillé si longtemps que ça en comité. Puis c'est à partir de ça, je pense, qu'est née l'idée... Moi, j'avais suggéré : « Ce n'est pas grave. On va se fusionner l'hôpital et le CLSC. » Parce que je trouvais que c'était plus logique. (#6)

Ça fait qu'à partir du moment où il n'y avait pas fusion ou à partir du moment où la fusion des trois joueurs ne trouvait pas preneur dans les trois missions, le projet est tombé. L'idée, à l'époque, qui avait été avancée, c'est qu'on établit une formule de partenariat à trois, et si les trois joueurs ne sont pas partants, on reste dans la situation qui était celle de l'époque. (#16)

Prenant le CLSC Frontenac et le CHRA par surprise, l'objection de dernière minute de quelques acteurs-clés du CHSLD se fonde sur un désir de conserver intacte leur mission d'hébergement. Ils pourront ainsi mieux la défendre, le conseil d'administration ayant à cœur cette vocation et craignant de se retrouver piégé par la mission hospitalière. Il existe en effet un conflit de vision concernant l'approche de prestation des services d'hébergement préconisée par le CH, jugée déficiente par le CHSLD.

Échaudé par cet épisode, le conseil d'administration des CHSLD de l'Amiante, résolu à éviter une répétition, adopte une résolution formelle signifiant son objection à toute tentative ultérieure de fusion. Pour leur part, le CHRA et le CLSC Frontenac maintiennent une position favorable à un regroupement, mais attendent une autre fenêtre d'opportunité pour reprendre les négociations en ce sens avec le CHSLD, tout en étudiant aussi l'option de se rapprocher entre eux, pour assurer une meilleure prise en charge des patients.

Finalement, cet échec exacerbe les antagonismes et vient redéfinir les alliances entre les établissements.

Il a continué à y avoir coopération, échange, mais on a senti... sans dire qu'il y a eu un froid, c'est comme si le pôle CLSC-hôpital s'est peut-être raffermi, ce qu'on n'avait pas senti avant ces démarches-là. On a senti qu'il y avait comme certains rapprochements de faits entre le CLSC et l'hôpital. Puis sans dire éloignement avec le milieu d'hébergement, c'est resté plus statique, je dirais. (#16)

En effet, l'épisode attise les craintes et l'insécurité des CHSLD, déjà affectés par des fermetures de lits constantes depuis 1995. Les CHSLD se sentant continuellement convoités, la relation houleuse qu'ils entretiennent avec le CHRA est ravivée.

Ce n'était pas le grand amour en dehors de ça parce que tu avais toujours l'impression qu'ils voulaient te manger. (#9)

Cependant, dans les années subséquentes, les CHSLD de l'Amiante, soucieux de se consolider, font aussi preuve de résilience, tel qu'en témoignent divers événements survenus entre 2001 et 2003. D'une part, le sous-financement du secteur des personnes âgées hébergées est dénoncé publiquement, notamment lors d'une conférence de presse (Dallaire, 27 juin 2000). D'autre part, des pétitions sont déposées pour obtenir la construction de nouveaux centres et la réfection des installations existantes (Courrier Frontenac, 30 juin 2006). Les efforts portent fruit en 2008 avec l'ouverture du Centre d'hébergement Saint-Alexandre, en remplacement du Pavillon Saint-Joseph (Bussièrès, 2 avril 2002; Courrier Frontenac, 30 juin 2006), un projet « réclamé depuis 1998 par les instances de santé et de services sociaux de la région et [qui] a fait l'objet d'une grande mobilisation au sein de la communauté » (Fecteau, 21 novembre 2002, p. B2). L'une de ses installations, la Villa Lavoie, sera également agrandie, un dossier pour lequel « le député de

Frontenac n'a pas manqué de rappeler la ténacité et l'acharnement du directeur général » (Leclerc, 12 juillet 2001).

5.9.3.4 Une alliance CH-CLSC (2001-2003)

Janvier 2001 constitue un autre point tournant au chapitre de l'intégration de la gouvernance dans le territoire de l'Amiante. Présageant le départ du directeur général de l'hôpital, le CLSC et le CHRA donnent un deuxième souffle à leur projet d'unification, une « succession de discussions et d'événements dont l'origine remonte au plan de transformation de la RRSSS-CA [...], mais qui n'avait pas connu d'aboutissement concret puisque le CHSLD ne se dit pas encore prêt » (Fecteau, 28 septembre 2000). Ainsi, des discussions sont entamées pour créer une alliance qui prend forme au lendemain du départ à la retraite du directeur du CHRA en décembre 2000 (Bouliane, 22 décembre 2008; Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). Bien que les deux établissements conservent alors leur conseil d'administration respectif, la direction générale, commune aux deux organisations, est assumée par le directeur général du CLSC Frontenac. Cette formule, pense-t-on, générera des économies pour améliorer les services offerts à la population (Fecteau, 28 septembre 2000).

Ayant entamé sa carrière dans le milieu hospitalier avant de faire le saut au CLSC, l'arrivée d'un dirigeant issu du milieu communautaire n'est pas vue comme une menace par les acteurs du CHRA, mis à part par le corps médical qui exprime des réserves. Dans ce contexte, les échanges entre les deux établissements portent d'abord sur des dossiers administratifs, les professionnels de la santé étant plus frileux sur d'éventuels rapprochements cliniques.

On a commencé par les dossiers moins *touchy*, moins énervants pour le monde, pour aller vers quelque chose de plus... au niveau des programmes, par exemple. Mais on est allés sur des éléments plus administratifs, plus simples, qui ne menaçaient personne là-dessus. (#6)

Les rapprochements sont plus difficiles à enclencher sur le terrain, étant donné les aprioris et les réserves chez le personnel, mais le modèle d'alliance permet tout de même une transition progressive vers une plus grande intégration.

5.9.4 La mise en place du CSSS-RT

Ainsi, à l'aube de la fusion de 2004, même s'ils opèrent sur un territoire naturel et homogène et en dépit de leur proximité géographique, les trois établissements de santé collaborent peu, chacun ayant ses chasses gardées, mais sont tous en bonne santé financière (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c).

Donc, à l'époque, il y avait des réflexions sur la continuité des soins et tout ça. C'était là qu'il devait y avoir des rapprochements, mais je ne vous dirais pas qu'on sentait la nécessité de fusionner. Ce n'était pas encore imaginable, nécessairement, dans les réflexions parce que c'était trois mondes. (#26)

En avril 2004, au dépôt du modèle d'organisation régional, l'ASSS-CA affirme que « le territoire [de l'Amiante] constitue un point de référence pour la population locale sous plusieurs angles et depuis plusieurs décennies. La reconnaissance de ce territoire n'est affaire que de consécration et de continuité » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 25). De fait, le document confirme que l'intégrité territoriale est préservée et que les trois établissements de santé fusionneront pour créer l'instance locale.

5.9.4.1 *Un accueil tempéré*

Sur le territoire, cette annonce est accueillie avec résignation par les CHSLD de l'Amiante qui, sans croire à la pertinence de la mesure, mais sans autre choix, consentent finalement à fusionner.

Les enjeux politiques ou les grandes discussions ont été avec les milieux d'hébergement. À l'époque, il faut dire que les deux directions n'étaient pas dans un modèle symbiotique d'emblée. Donc, je pense qu'il y a eu un peu de polarisation, un peu d'éléments de discussion, un peu de... Il y avait des enjeux politiques à ce niveau-là. (#26)

[Le CHSLD] a attendu l'obligation. Et vraiment, c'est allé lorsque l'Agence régionale a décidé qu'ils mettraient en application la loi avant que ça se passe. Et ça s'est passé dans la douleur. Ça s'est vécu dans la douleur. Je suis convaincu que les membres du conseil – puis je pense qu'ils avaient raison – eux autres, c'était vraiment la mission. Ils avaient à cœur la mission. (#9)

L'établissement s'étant, par le passé, vivement opposé à toute fusion, la décision est, cette fois, prise dans un contexte particulier, soit celui du départ prochain à la retraite du directeur général.

Le CLSC et le CHRA, qui s'étaient déjà rapprochés dans un modèle d'alliance, sont quant à eux relativement d'accord avec la proposition, mais surtout soulagés de ne pas être visés par un regroupement territorial, notamment avec la Beauce. L'annonce suscite tout de même des craintes quant à la possibilité que la mission communautaire passe au second plan, que le curatif l'emporte sur le préventif, une préoccupation renforcée par le discours du CHRA.

La mission CHSLD et la mission CLSC, c'est comme s'ils avaient appris qu'il y avait fusion du CHSLD, du CLSC et de l'hôpital. Au niveau de l'hôpital, c'est comme s'il y avait une perception qu'il y avait intégration par l'hôpital du CLSC et du CHSLD. Le discours officiel n'était pas là, mais moi, je l'ai entendu souvent : « Vous allez venir travailler pour nous autres. » Ça, je l'ai entendu très souvent. Donc, ça n'a pas nécessairement facilité les choses. Mais ce n'est pas un discours qui a perduré très longtemps. (#16)

Les médecins accueillent la nouvelle avec un scepticisme initial sans toutefois s'y opposer formellement. Pour ce qui est des acteurs externes, soit de la population, des partenaires intersectoriels ou encore du milieu politique, ils réagissent peu, dans la mesure où la souveraineté territoriale est préservée.

C'était les mêmes acteurs qui continuaient à travailler ensemble. Donc, ça n'a créé aucune vague, et je dirais même aucune préoccupation. Les gens, de façon générale, je pense que les principaux acteurs du milieu, les gens qui occupent certaines fonctions plus de gouvernance étaient conscients du phénomène. Puis pour la majorité, c'est comme s'il ne s'était rien produit. Il n'y avait pas d'impact politique, finalement, dans le milieu. (#16)

5.9.4.2 De la gouverne transitoire à la gouverne permanente : continuité et cohérence (2004)

Une fois le modèle régional de l'ASSS-CA déposé au ministre, mais avant la fusion officielle, des rencontres sont organisées, entre avril et juin 2004, entre les deux directeurs généraux et les trois présidents des conseils d'administration des établissements pour discuter des modalités de transition, une démarche qui contribue à apaiser quelques frictions.

Je dois admettre que ces rencontres-là entre direction et personnel cadre, ça s'est toujours bien déroulé. On était bien conscients que ce n'était pas la faute du directeur du centre hospitalier s'il y avait fusion. Les gens voulaient travailler en collaboration. Ce bout-là, ça s'est bien déroulé, franchement... Ça a été plus bas que ça a été plus difficile. Ceux qui n'étaient pas cadres... (#9)

Ces négociations préalables permettent notamment de convenir de la constitution d'un conseil d'administration transitoire, où est d'emblée accepté le critère de représentation égale de chaque ancien établissement proposé par l'ASSS-CA.

La fusion est officiellement décrétée le 5 juillet 2004 par l'émission des lettres patentes (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004b; Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). Le 15 juillet, lors de la première rencontre du conseil d'administration provisoire, le directeur général de l'alliance CLSC-CHRA, et non un candidat externe comme dans le cas d'autres instances locales de Chaudière-Appalaches, obtient l'intérim. La direction du conseil d'administration est confiée à la présidente de l'hôpital, un poste qu'elle occupe au CHRA depuis 1992 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010e).

À l'été et l'automne 2004, la gouvernance permanente de l'instance locale se met tranquillement en place. Bien que le directeur général du CHSLD soit encore officiellement sur les rangs, mais plus proche de ses perspectives de retraite, la direction générale permanente est confiée, en octobre 2004, au dirigeant intérimaire (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). Son expérience professionnelle, acquise à la fois dans les missions CLSC, qu'il dirige depuis 1988 (Duplessis, 24 février 2006), et CH, de par, depuis 2001, la direction de l'alliance, contribue à atténuer le sentiment de menace qui accompagne la transformation. Cependant, cette nomination précipite quelque peu le départ du dirigeant du CHSLD qui n'entrevoit pas des perspectives de carrière satisfaisantes dans le nouveau schéma de gouvernance.

5.9.4.3 Le projet clinique et le plan d'organisation : la naissance d'un contentieux avec les médecins (2005-2006)

Comme la transition porte surtout d'abord sur l'intégration des dimensions administratives, il faut attendre le printemps 2005 pour que soit lancée l'opération d'élaboration des projets

cliniques qui, reprenant une structure de programme services, trouvent leur dénouement en juin 2006 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). L'ASSS-CA joue un rôle structurant et positif dans la démarche qui s'effectue en concertation avec les autres CSSS de la région avec qui sont mis en commun divers outils. La démarche repose aussi sur la participation d'acteurs de divers horizons – gestionnaires, membres du personnel, cliniciens — pour qui le concept de projet clinique paraît parfois abstrait.

On a rencontré à peu près toutes les personnes, tous les employés, puis d'expliquer ça, les services continus, le projet clinique, nos partenaires. Les médecins, la même affaire : ils te regardent, ils t'écoutent. Mais la compréhension de ça, ou l'intégration, c'est une autre paire de manches. (#6)

Pour sa part, le conseil d'administration assume la gouvernance stratégique de l'opération.

Dans la structure, il y avait ce comité-là, le comité directeur, il y avait un comité qu'on appelait un comité de pilotage, il y avait différents groupes consultatifs en fonction des programmes services, comme je l'exprimais tantôt. Mais c'est sûr que, dans le haut de la pyramide, c'était le conseil d'administration qui assurait la gouvernance générale de ce projet-là. Il a pris en charge sa responsabilité. (#16)

Comme le conseil d'administration souhaite que la structure organisationnelle soit adaptée à la réalité de l'offre de services (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006), le plan d'organisation du CSSS-RT découle directement de la consultation des partenaires réalisée dans le cadre des projets cliniques. Par conséquent, la nouvelle organisation amorce son existence en maintenant la structure organisationnelle des anciens établissements, un choix gagnant, de l'avis de certains, pour assurer une transition en douceur.

Contrairement à d'autres établissements, d'autres CSSS qui, au moment de la fusion, se sont donné tout de suite un plan d'organisation, nous autres, on a pris comme option de vivre un peu avec les anciens paramètres jusqu'au moment où on adopterait un nouveau plan d'organisation. Je pense que le fait d'avoir utilisé cette approche-là, d'une certaine manière, ça a calmé un peu la donne. Les gens ont senti qu'il y avait un peu d'eux dans ce qui émergeait en 2006. (#16)

Au terme de la réflexion, le conseil d'administration adopte le plan d'organisation définitif en juin 2006. Malgré des projets cliniques réalisés avec une approche de programmes clientèles, l'organigramme repose, pour sa part, sur une logique propre aux missions.

Alors, il y a le programme santé physique, qui est l'hôpital; il y a le programme santé communautaire, qui est le CLSC; et il y a le programme perte d'autonomie, qui est l'hébergement. Alors, on a remis trois directeurs, qui s'occupent de trois programmes, qui sont devenus trois nouveaux silos. (#26)

La mise en place de la structure administrative s'accompagne aussi d'une révision de la gouvernance clinique, avec notamment la fusion des CMDP des trois anciens établissements (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005), ce qui n'est pas sans causer des heurts vu les réticences exprimées à l'endroit des médecins de CLSC par ceux du milieu hospitalier. L'appriovoisement mutuel est lent à s'installer dans le contexte d'une pratique médicale caractérisée par une forte participation des omnipraticiens en pratique privée aux activités de l'hôpital, et où donc seule une très faible minorité évolue en milieu communautaire.

De plus, dès 2005, un contentieux oppose les cliniciens à la direction générale sur le rôle à attribuer aux médecins dans la structure décisionnelle. Sans être réfractaires à la fusion en soi, leur place dans la gestion interne est l'objet de discussions musclées. Certains dirigeants y voient une tentative d'établir une ligne d'autorité découlant du milieu hospitalier, ce qui équivaut, à leur sens, à faire graviter l'offre autour de ce type de services, sans égard à la continuité ou à une approche de santé des populations. À l'inverse, pour les cliniciens, il s'agit d'un moyen de s'assurer que la rationalité clinique puisse s'appliquer transversalement et prédominer sur les considérations administratives dans tous les processus décisionnels.

Dans leur lutte, les cliniciens obtiennent l'appui du conseil d'administration du CSSS-RT qui, dès 2006, retient « l'orientation de favoriser la participation des médecins à la gestion de l'établissement » et propose un modèle à trois niveaux de participation : opérationnel, administratif et stratégique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 3). Encore en 2009-2010, le problème demeure toujours entier. Le rapport annuel du CSSS-RT note d'ailleurs que « le corps médical s'est fortement mobilisé afin de faire valoir l'importance de la participation des médecins aux grandes orientations de l'établissement » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a, p. 7).

Finally, the adoption of the organizational plan and the conclusion of clinical projects come, in June 2006, to close a first cycle of the implementation of the CSSS-RT, a period that coincides with the departure of the general director and the arrival of a new manager in October, from an establishment outside the region (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, 2010b).

5.9.4.4 L'implantation des projets cliniques : des imprévus

It is therefore under a new general direction that the efforts of integration of services begin with the start of the implementation of clinical projects and the holding of the first meeting with the partners of the RLS in September 2007 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009). The first clinical project set in motion is that of the elderly, where the objective at the start is the harmonization of administrative and clinical practices, and the implementation of the life environment approach (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005). However, in response to a request from the MSSS to provide an action plan, the CSSS-RT must change its focus since « the information that we received at the start did not show the extent that this transformation plan would have to take on. It is therefore a major turn that will have to be carried out during the next year in the sector of accommodation » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, pp. 2-3). Thus, the CSSS-RT must first prioritize the reduction of the number of accommodation places rather than the clinical turn and the implementation of the life environment approach initially planned.

Facing these unforeseen events, the transformation begins with a major restructuring of the program's support team, notably, the departures (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006). In May 2008, in order to bring the number of beds back to the ministerial norm, the board of administration closes the Centre d'hébergement Valin, a cut of 46 places out of the 59 that must be abolished in the framework of the turn aimed at raising services in the community (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, 2009; Courrier Frontenac, 14 mai 2008, 20 mai 2008). The decision, widely contested in the environment, leads, in November 2009, to the formation of a coalition against the closure (Centre de santé et de services sociaux de la

région de Thetford, 2010b; Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin, 10 juin 2008; Courrier Frontenac, 16 juillet 2008, 20 juin 2008).

L'ampleur des transformations à effectuer dans ce secteur a, dans une certaine mesure, éclipsé les efforts d'intégration dans d'autres programmes. Des efforts particuliers sont néanmoins mis de l'avant pour établir des liens entre 1^{re} et 2^e lignes, notamment en santé mentale avec un continuum du communautaire à l'hospitalier opéré par un gestionnaire de cas (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007). Cela dit, la continuité reste à construire dans d'autres secteurs et les acteurs souhaitent travailler en ce sens.

Mais en 2010, il y a des gens – puis moi, ça me surprend toujours un peu – il y a des gens qui n'auraient absolument pas considéré une autre forme ou un autre rapprochement de services dans l'organisation que tu croises aujourd'hui, puis qui te disent : « Il me semble que ce serait mieux si on regroupait les activités du Centre mère-enfant à l'hôpital avec les activités en périnatalité au CLSC. » Regrouper le monde sous un même continuum de service. On l'a fait dans différents services : on a fusionné la psychiatrie avec la santé mentale au CLSC, mais je suis à peu près certain que ça, on n'aurait jamais entendu ça en 2005 ou en 2006, puis là, on commence à l'entendre aujourd'hui. (#16)

Le RLS aussi, commence à prendre forme, le CSSS y assumant un rôle de coordinateur plus marqué (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009), mais, de façon générale, sur le plan de l'intégration, des efforts supplémentaires semblent encore nécessaires.

On a fait des pas. Il reste encore beaucoup à faire. Moi, je pense qu'il y a une partie de l'intégration qui est faite, mais il reste encore de bons bouts de chemin à parcourir. Beaucoup en termes de trajectoires de services. Il y a des choses qu'on sent qu'elles sont encore sur une base préfusion. (#16)

En termes du poids relatif des anciennes missions dans le nouvel établissement, les acteurs expriment des visions contrastées sur la question. D'une part, certains, même s'ils affirment que la transition s'est déroulée relativement harmonieusement, notent que la mission hospitalière qui, par ailleurs, est réputée pour l'efficacité de son service d'urgence et de chirurgie (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007), continue d'occuper la place centrale dans les affaires de l'établissement.

Thetford, le CH est resté un peu plus souverain, puis c'est là où on commence, comme je le dis, à sentir qu'il y a un établissement qui intègre toutes ses missions. (#25)

D'autres reconnaissent que même si, en termes budgétaires, l'activité hospitalière draine beaucoup de ressources, les préoccupations de gestion sont maintenant centrées sur le communautaire.

Il y a eu vraiment une diminution de l'importance de l'hôpital par rapport au reste de la structure dans ce qu'elle devrait représenter dans le système dû aux coûts et à l'offre de services en termes de volume. (#26)

Malgré l'absence de regroupements de territoires de MRC et en dépit de l'instauration d'une alliance unifiant la gouvernance de deux des trois missions, le processus de fusion n'est pas pour autant aisé.

Moi, je regarde l'évolution des cinq réseaux locaux dans la région, puis c'est celui qui a évolué le moins vite à cause de cela. Je suis assez convaincu que, à la base, ils n'ont pas eu de choc de culture en partant, de choc de territoire qui fait que tu n'as pas le choix. (#25)

Ça va faire six ans, puis moi, je dis encore que le « nous » n'a pas toujours le même sens, tout dépendant de qui l'emploie. Même après six ans. On vit encore avec la petite histoire. C'est de moins en moins senti, par contre, au fur et à mesure qu'on approche dans le temps. (#16)

En somme, le modèle organisationnel qui calque les anciennes missions, les luttes sur le plan de la gouvernance clinique, la difficulté à intégrer les trois missions, du moins, dans les premières années, et l'ampleur de la transformation à réaliser dans le secteur de l'hébergement ont, dans une certaine mesure, plombé les avancées en terme d'intégration des services en continuums.

5.9.5 Analyse sommaire du cas

Le territoire de l'Amiante, le plus autarcique des quatre territoires de concertation, n'ayant que peu d'échanges avec le reste de la région de Chaudière-Appalaches, se démarque par une très grande cohésion interne. Cependant, ses communautés locales entretiennent des sentiments conflictuels à l'égard du territoire voisin de la Beauce, des tensions mises en lumière périodiquement dans le développement historique de son secteur sociosanitaire.

Ce cas se distingue aussi par la prédominance du centre hospitalier qui, sauvé à la suite d'une mobilisation populaire, devient une institution influente, portée par un corps médical vigilant et par l'appui d'une population qui y est fortement attaché. Cette double loyauté lui

permet, au fil des ans, de s'ancrer solidement dans son milieu au point de devenir le référent incontournable, le symbole local du secteur de la santé, un rapport de force qui vient teinter fortement la perception des autres établissements à son égard.

En effet, ce ne sont pas tant les possibles résistances que ce statut particulier lui aurait permis légitimement d'exprimer, que les craintes que cette position dominante suscite chez les autres établissements qui sont à l'origine des tentatives échouées de rapprochements avant 2004. Fait notable d'ailleurs, les blocages proviennent, dans ce cas, essentiellement du CHSLD alors que, dans les autres cas, ces résistances viennent plutôt traditionnellement des CLSC. Ces obstructions systématiques ont pour effet de consolider les relations entre le CLSC et le CH, malgré que les expériences de rapprochement tentées en soient demeurées à des échanges administratifs, généralement peu fructueux et sans réelle communion entre les missions. Or, dans l'ensemble de ces tentatives, les résistances sont venues des acteurs de la gouvernance en place, souvent une ou deux personnes, motivées par des visions divergentes sur les modèles de prestation de services à promouvoir. À l'inverse, le départ de certains acteurs a, en contrepartie, permis de créer des opportunités pour tendre vers une plus grande proximité.

À l'instar de plusieurs autres cas, les acteurs politiques locaux ont, une fois les garanties obtenues concernant l'intégrité du territoire, laissé le milieu de la santé gérer seul la transformation. En contrepartie, le cas de Thetford s'illustre par des mobilisations cycliques de populations locales vigilantes qui se rallient périodiquement pour protéger des établissements ou des services, mais qui n'ont toutefois pas réagi à l'annonce de la création du CSSS-RT. Cela dit, le jeu des intérêts qui a certes le plus marqué l'épisode de fusion est sans contredit l'opposition entre médecins et gestionnaires quant à leur pouvoir décisionnel respectif dans le devenir de l'organisation. Ce choc des rationalités administrative et clinique, sans compromettre en soi la fusion des différentes instances de gouverne, a par contre freiné les efforts d'intégration des services subséquents. Face à ces visions différenciées, la priorité est mise sur l'intégration de dimensions moins conflictuelles, soit nommément des aspects administratifs. Qui plus est, la logique d'organisation retenue, avec un plan d'organisation structuré selon les grandes missions, a certes privilégié un certain statu quo.

5.10 Conclusion sur les cas de la région de Chaudière-Appalaches

Contrairement à la région du Bas-Saint-Laurent plus anciennement établie, la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches voit le jour seulement trois ans avant la réforme de 1995, si bien que son identité se construit concurremment aux transformations majeures implantées à l'époque. Dans ses orientations régionales de jadis, la RRSSS-CA opte pour des regroupements administratifs, en privilégiant, à la différence du Bas-Saint-Laurent, une logique d'unification CLSC-CHSLD à implanter sur une base volontaire; cette recommandation sera plus ou moins suivie dans les territoires en raison de résistances localement exprimées. Allant moins loin que dans la région du Bas-Saint-Laurent en matière d'unification des missions, on note en Chaudière-Appalaches moins de rapprochements inter-établissements au chapitre de la gouvernance avant 2004, dont deux territoires sans alliance aucune, et encore moins de rapprochements de nature clinique. En somme, la collaboration entre les établissements y est plus l'exception que la norme.

En Chaudière-Appalaches, l'intensité des tensions intra et interterritoriales animant certaines communautés laisse croire à un référent territorial local moins figé et, plus globalement, à une identité régionale encore en édification. Cela dit, le sentiment d'appartenance plus vivement exprimé ici par les populations locales envers la MRC, une municipalité ou envers un établissement local, se confronte à l'unité de sens géographique la plus prégnante au chapitre de l'organisation des services, celle du territoire de concertation, une forme de schéma supra-MRC.

Au-delà de cette mobilisation plus sentie des populations locales autour de leur système local de santé, ce milieu semble se gérer par des alliances politiques avec les acteurs et les communautés, une large gamme d'intervenants, dont nombre de politiciens locaux et provinciaux, ayant pris part aux négociations entourant la mise en place des instances locales. De la même façon, le développement du modèle d'organisation régional, élaboré par l'ASSS-CA selon une stratégie soutenue de concertation, fait intervenir de nombreux acteurs, à des moments particuliers de la démarche.

Ce modèle d'organisation régional, notamment parce qu'il mise sur des regroupements de territoires de MRC, se distingue de l'approche retenue par le Bas-Saint-Laurent, tant par le nombre que par la taille des établissements visés par les regroupements. Le calendrier de mise en œuvre diffère aussi, étant ici calqué sur l'échéancier ministériel. De plus, certains aspects de la gouvernance des CSSS, dont le processus de nomination des conseils d'administration provisoire et des intérimaires, et la nature des concours de nomination à la direction générale, ont davantage été supervisés par le palier régional, qui, par la suite, s'est beaucoup plus retiré à l'étape des projets cliniques et de la gestion subséquente des établissements.

Tableau 5: Matrice synthèse des études de cas

		CHAUDIÈRE-APPALACHES			BAS-SAINT-LAURENT		
		BEAUCE	MONTMAGNY-L'ISLET	THETFORD	RIMOUSKI	RIVIÈRE-DU-LOUP	MATANE
Le territoire	Taille du territoire ³³	Moyen (2791 km ²)	Moyen (3793 km ²)	Moyen (1911 km ²)	Moyen (2762 km ²)	Petit (1267 km ²)	Moyen (3400 km ²)
	Nombre de municipalités	26	29	19	9	13	12
	Population	70 000 hab.	43 000 hab.	44 000 hab.	53 000 hab.	32 000 hab.	23 000 hab.
	Tensions interterritoriales	Oui ++ (avec le territoire des Etchemins)	Non	Oui (avec le territoire de la Beauce)	Oui (avec la ville de Rivière-du-Loup)	Oui (avec la ville de Rimouski)	Non
	Tensions intraterritoriales	Oui ++ (Beauceville contre St-Georges)	Oui ++ (nord-sud, entre MRC, et entre les 4 pôles municipaux)	Non	Non	Non	Non
Le CSSS	Nombre de lits (CH/CHSLD)	142/200	71/262	96/282	224/314	145/207	45/106
	Budget du CSSS (2005-06)	96 M\$	59 M\$	64 M\$	116 M\$	67 M\$	34 M\$
	Nombre d'employés (2005-06)	1812	1135	1349	2000	1300	670
	Nombre d'installations	9	14	11	3	7	5
	Vocation du CSSS (locale, sous-régionale, régionale, supra régionale)	Locale Sous-régionale Régionale	Locale	Locale	Locale Sous-régionale Régionale Supra-régionale	Locale Sous-régionale Régionale	Locale
La fusion	Rapprochements préalables de la gouvernance	Non	Non	Partage d'un DG (CH et CLSC), mais maintien de deux CA	Table de concertation des deux comités de direction	Partage d'un DG, maintien de deux CA; Partages administratifs (Alliance)	Partage d'un DG, maintien de deux CA

³³ Selon le MSSS, un petit territoire de CSSS fait moins de 1550 km², un moyen entre 1500 et 4500 km², et un grand plus de 4500 km² (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

	Nature du rapprochement	----	----	Administratif	Clinique	Administratif	Administratif
	Date du rapprochement	----	----	2001	2002	1999	2000
	Degré d'adhésion à la fusion de 2004	CH : favorable (++) CLSC : défavorable CHSLD : défavorable	CH : favorable CS : statu quo CLSC-CHSLD : défavorable (++)	CH : favorable CLSC : favorable CHSLD : défavorable (++)	CH : favorable (++) CLSC-CHSLD : favorable (+)	CH-CHSLD : statu quo CLSC : statu quo	CH-CHSLD : neutre CLSC : Défavorable
	Fusion de territoire	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
	Exception ministérielle sur le modèle proposé	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
	Nombre d'établissements fusionnés	4	3	3	2	2	2
	Missions des établissements fusionnés	- CH - CLSC - CLSC - CR-CHSLD	- CH - CLSC-CHSLD - CS	- CH - CLSC - CHSLD	- CH-CHSLD - CLSC-CHSLD	- CH-CHSLD-CR - CLSC	- CH-CHSLD - CLSC
	Date de constitution du CSSS	5 juillet 2004	5 juillet 2004	5 juillet 2004	30 avril 2004	29 avril 2004	30 avril 2004
La gouvernance administrative	Durée du mandat du DG intérimaire	4 mois (juillet à octobre 2004)	5 mois (juillet à novembre 2004)	4 mois (juillet à octobre 2004)	1 ^{er} intérim : 18 mois (avril 2004 à octobre 2005) 2 ^e intérim : 11 mois (décembre 2005 à novembre 2006)	Pas de DG intérimaire	6 mois (avril à septembre 2004)
	Provenance du DG intérimaire	CHSLD	CRDI	CH-CLSC	CH	----	CH-CHSLD-CLSC
	Date d'entrée en fonction du DG permanent	Octobre 2004	Novembre 2004	Octobre 2004	Novembre 2006	Avril 2004	Janvier 2005
	Provenance du DG	CH	Centre de santé	CH-CLSC	CH	CH-CHSLD-CLSC	Hors réseau
	Date de constitution du plan d'organisation	2004-2007	2004-2006	2005-2006	Transitoire : 2005 à hiver 2006 Final : avril 2008	2007-2009	Inconnue
	Logique du plan d'organisation	Programmes clientèles	Missions	Missions	Programmes clientèles	Hybride	Missions
La gouvernance démocratique	Mode de sélection des membres du CA	Liste proposée par l'ASSS-CA. Nombre égal dans chaque ancien établissement	Liste proposée par l'ASSS-CA. Nombre égal dans chaque ancien établissement	Liste proposée par l'ASSS-CA. Nombre égal dans chaque ancien établissement	Fusion volontaire (moitié-moitié)	Fusion volontaire (Moitié-moitié)	Fusion volontaire (à la faveur des départs)
	Provenance du président du CA	CH	CS	CH	CH (2004-2005) CLSC-CHSLD (2005-2008) CH (2008-2010)	CH-CHSLD	CLSC

Le clinique	Date de lancement des projets cliniques	Janvier 2005	Septembre 2005	Avril 2005	Septembre 2004	2006	Automne 2004
	Degré d'implication des médecins dans le projet clinique	Faible	Fort	Moyen	Bon	Faible	Faible
	Degré d'avancement au plan de l'intégration des services et des missions	Bon	Bon	Moyen	Bon	Moyen	Faible

Chapitre 6 - Discussion

Le présent chapitre de discussion est divisé en deux grands volets.

Le premier volet discute des principales contributions empiriques de la recherche. Dans le chapitre précédent, nous avons d'abord, pour chacun des cas étudiés dans nos deux régions, cherché à décrire en détail et de manière exhaustive la dynamique du déroulement des fusions; notre objectif était de montrer comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance administrative des établissements de santé dans le cadre de la réforme visant la mise en place des CSSS lancée en 2003-2004 au Québec. Ces récits détaillés s'accompagnaient d'analyses sommaires, construites à la lumière de notre cadre d'analyse et synthétisant les observations empiriques principales spécifiques à chaque cas. Enfin, de courtes descriptions analytiques permettaient de faire ressortir les points communs propres aux cas d'une même région.

Nous cherchons cette fois, dans le premier volet de ce sixième chapitre, à franchir un pas de plus. Toujours en prenant appui sur ces observations empiriques et guidée par notre cadre d'analyse, nous souhaitons maintenant exposer les constats saillants se dégageant d'une analyse globale de l'ensemble des cas, tout en cherchant à faire ressortir les points de convergence et de divergence entre nos principales conclusions et la littérature pertinente sur le sujet. En fin de compte, notre analyse conclut à la nature proprement politique de l'opération de mise en œuvre des instances locales, une thèse que la discussion tentera de mettre en lumière, tant d'un point de vue empirique que conceptuel, en se fondant sur nos observations des dynamiques d'intégration de la gouvernance.

Le deuxième volet de ce chapitre exposera quant à lui les apports et les limites de la recherche au plan conceptuel et méthodologique. Nous y proposons une réflexion critique sur notre cadre d'analyse afin d'apprécier dans quelle mesure les propositions conceptuelles et théoriques retenues se sont avérées utiles et pertinentes pour éclairer l'étude de notre objet et y indiquons les voies possibles pour le bonifier. Finalement, les limites de la recherche seront également exposées et discutées.

6.1 VOLET 1 – Contributions empiriques : constats saillants de l'analyse globale des cas étudiés

6.1.1 Entre résistance et appartenance : l'importance du local

Partout, à la suite de l'adoption du projet de loi 25, les territoires locaux étudiés ont réussi à atteindre une finalité commune, soit minimalement d'implanter des instances locales, comme l'exigeait la législation. L'objectif fut unanimement atteint, malgré des contextes de départ parfois défavorables, mais concrétisé en empruntant des cheminements fort différents et avec des résultats variables au chapitre de l'intégration, notamment des missions et des services. De fait, nos six cas s'avèrent remarquables par leur unicité et le particularisme des enjeux qui s'y dessinent. Néanmoins, leur mise en parallèle permet de mettre au jour à la fois des tendances similaires, mais également des paradoxes apparents.

Une première trame générale se dégage de nos observations : celle de l'omniprésence des contextes locaux. Nos données empiriques démontrent qu'une réforme d'ampleur dans un système de santé demeure un phénomène général qui ne révèle tout son sens que lorsqu'analysé dans une conjoncture locale particulière. D'entrée de jeu, ce constat fait ressortir la contribution essentielle des *événements*³⁴, une variable explicitée dans notre cadre d'analyse et incarnée ici par les contingences sociales, économiques et historiques des territoires locaux, dans l'implantation d'une politique d'intégration de la gouvernance. Cette dimension contextuelle est souvent occultée dans la littérature sur les fusions du secteur de la santé. Cela est d'ailleurs rapporté par Choi et coll. (2011, p. 13) qui signalent que « merger research seems to disregard the importance of the external context in explaining the evolution and outcome of post-mergers processes. »

À leur façon, les conjonctures locales de chacun de nos territoires arrivent à moduler la mise en œuvre du modèle d'intégration, pourtant considérablement normé car inscrit dans une législation. De fait, le choix d'un instrument législatif constitue sans contredit un

³⁴ Tout au long de la discussion, les termes *événements*, *institutions*, *idées* et *intérêts*, lorsque surlignés en italique, renvoient aux quatre dimensions constitutives de notre cadre d'analyse et sont donc entendus dans le sens précisé au chapitre 3.

puissant moyen pour amener, et parfois forcer, les acteurs et les organisations à se rendre aux fusions, en les présentant comme incontournables. Mais paradoxalement, nos observations montrent aussi que, dans certains contextes particuliers, cette même législation peut être brandie pour une tout autre finalité, soit pour argumenter et justifier un statut d'exception et ainsi se soustraire à l'obligation d'intégration qu'elle visait justement à introduire. L'exemple des Etchemins l'illustre d'ailleurs concrètement. Malgré le choix d'un instrument de politique plutôt contraignant, le palier central ne jouit pas d'une autorité absolue sur la mise en œuvre, ni ne peut complètement évacuer les enjeux politiques qui y sont liés, dès lors que les acteurs se trouvent influencés par - et parfois même mobilisent directement - ces divers éléments contextuels locaux pour moduler à leur façon l'implantation.

Cela explique sans doute partiellement les variations observées quant à l'issue même du processus. D'une part, certains se sont limités à (ou n'ont pu que) implanter la loi – en regroupant la gouvernance et créant une instance locale intégrant des établissements aux vocations diversifiées; d'autres ont franchi un pas supplémentaire et ont su en incarner l'esprit – en fédérant les missions et en déployant de nouveaux principes d'organisation de services dans le cadre des RLS.

Cette omniprésence du contexte local se reflète avant tout à travers deux thèmes transversaux d'importance – l'appartenance et la résistance –, lesquelles s'expriment sous des formes et des sens diversifiés selon les cas étudiés, mais se trouvent en constante tension tout au long de la mise en œuvre de la réforme. Source de conflits, cette tension tend à générer des solutions proprement politiques aux écueils de la mise en œuvre locale, à travers le marchandage et la négociation de compromis. D'ailleurs, cette logique de gouvernance locale est souvent observée en contexte de réforme nationale, et ce, à plusieurs niveaux : à l'intérieur des organisations, entre celles-ci ou encore entre les différents paliers décisionnels du système (Exworthy, et al., 2002).

De là, nous dégageons de notre analyse quatre axes de discussion, lesquels synthétisent et structurent les conclusions principales tirées des résultats, et autour desquelles la tension entre l'appartenance et la résistance se révèle constamment en filigrane. Ces axes – la territorialité, l'histoire institutionnelle, les organisations et les missions, et les acteurs – sont

interreliés et intriqués, la dynamique d'implantation se révélant véritablement dans les zones d'intersection de chacune de ces dimensions. Dans un environnement de mise en œuvre hautement contingent du contexte local, nous tenterons de mettre en lumière sous quelles conditions les écueils ont pu être surmontés et quelles ont été les solutions négociées au fil de l'implantation.

6.1.2 Axe 1 : la territorialité

L'élaboration des modèles d'organisation régionaux constitue une étape charnière aux premiers jours de la réforme. Bien que le recours à une législation force d'emblée les fusions et, de fait, encadre étroitement les hypothèses sur les schémas organisationnels envisageables, certaines dispositions du projet de réforme sont tout de même renégociées et redéfinies ou, à tout le moins, adaptées et transposées dans le cadre de pourparlers entre les Agences et les établissements et de tractations dans les territoires locaux. Malgré le fait que les Agences se voient formellement confier la responsabilité de définir les modèles, l'élaboration de ces schémas organisationnels demeure le fruit de négociations se déroulant à l'interface du local et du régional, avec des interactions parfois plus directives dans le cas du Bas-Saint-Laurent, ou plus collégiales, comme en Chaudière-Appalaches. L'échéancier serré prévu par la législation force de surcroît les milieux locaux à se positionner rapidement par rapport aux hypothèses avancées par le régional.

6.1.2.1 *Une territorialité institutionnalisée ancrée dans la MRC*

À l'étape d'élaboration des modèles d'organisation régionaux, la territorialité émerge comme l'enjeu central, si ce n'est carrément comme un objet conflictuel potentiel dans certains des milieux étudiés. Le point de départ des réflexions étant l'identification de territoires de référence, plutôt que, nommément, la désignation d'établissements à regrouper, une logique de découpage géographique basée sur les territoires de MRC est rapidement retenue comme principe orienteur des schémas dans nos deux régions. C'est

donc autour des MRC³⁵ que devra s'articuler à la fois l'intégration de la gouvernance des établissements et l'intégration des services subséquente.

Le choix de cette stratégie souligne la prégnance de cette entité politico-administrative qu'est la MRC comme référent central dans le secteur sociosanitaire et évoque, par-delà, le caractère fortement institutionnalisé de cette unité territoriale. En façade, nos données empiriques mettent d'abord en lumière le rôle prédominant des MRC comme assise historique d'organisation de l'offre de services sur laquelle ont reposé les vagues successives de regroupements d'établissements depuis les années 1990. En effet, dans les deux régions retenues pour étude, il est invariablement proposé de retenir l'aire géographique de la MRC pour l'organisation et la dispensation des services de base, et ce, peu importe l'époque où une transformation est introduite ou même la nature et les objectifs de la réforme à actualiser. Mais en poussant plus loin l'analyse, nous remarquons que la MRC en vient même à être perçue comme une instance légitime sur laquelle pourraient émerger de nouvelles formes de gouvernance sociosanitaire, tel qu'en témoigne notamment le projet avorté du CLSC de Matane, en 1996, d'être administré par la MRC. Déjà bien inscrite dans l'histoire, la tendance à favoriser l'assise MRC est donc réaffirmée en 2003-2004. D'ailleurs, les deux régions choisiront d'ignorer un appel du MSSS à plutôt proposer un découpage du territoire local, « dans la mesure du possible, en fonction des territoires ou du regroupement de territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) existants » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b, p. 10) et préféreront plutôt se référer aux MRC.

Or, cette référence aux rôles des MRC, bien qu'elle tende à se généraliser dans d'autres secteurs d'activité, semble avoir été largement négligée dans le champ de l'organisation des services de santé, le statut institutionnalisé dont elle jouit dans ce domaine n'ayant jamais, à notre connaissance, été évoqué dans la littérature.

³⁵ Une MRC est une entité administrative qui regroupe l'ensemble des municipalités d'un même territoire d'appartenance. Elle s'occupe essentiellement d'aménagement et de développement du territoire (Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2009, 2012a).

6.1.2.2 La MRC : un lieu de signification pour les communautés

L'unité géographique de référence pour réaliser l'intégration étant explicitée tôt dans l'opération de 2003-2004, l'enjeu de la territorialité prend rapidement une nouvelle tangente, à savoir s'il y aura ou non des regroupements de ces territoires de MRC pour créer des entités spatiales plus imposantes afin d'y asseoir les nouvelles instances locales. Si l'annonce de la réforme a d'abord suscité des craintes sur le principe des fusions d'établissements, notre recherche montre que les regroupements de territoires sont forcément aussi source d'appréhensions, ne serait-ce du simple fait que de la désignation des organisations visées par les fusions découle logiquement du découpage géographique retenu. À ce chapitre, nos observations corroborent un constat du rapport d'évaluation du MSSS selon lequel les assises territoriales soulevaient certaines craintes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Ainsi avons-nous vu les réactions d'opposition à la réforme s'exprimer avec plus d'intensité dans les cas où le schéma territorial est retouché au profit d'unifications de MRC.

Sur cette question d'unification des territoires, notons que nos deux régions optent pour des avenues différentes : le Bas-Saint-Laurent calque le contour géographique des instances locales sur celui de ses huit MRC, tandis que Chaudière-Appalaches propose plutôt de construire cinq instances locales, à partir de ses neuf territoires de MRC. De la sorte, parmi tous nos cas étudiés, les scénarios des agences ne prévoient finalement des regroupements territoriaux que dans deux cas : Montmagny-L'Islet et Beauce-Etchemins. Ces hypothèses d'unification génèrent des réactions différenciées, allant du dépit à la contestation officielle, mais elles trouvent, du moins partiellement, leur explication dans le fait que la MRC est aussi un des référents signifiant autour duquel l'appartenance et l'identité des communautés semblent se construire et s'affirmer.

Au moment de leur avènement en 1979, les MRC québécoises se sont justement développées autour du sentiment d'appartenance et de coopération intermunicipale, parfois réel, tantôt imposé au départ, ou avec l'objectif d'en stimuler l'émergence, lorsqu'inexistant (Brochu & Proulx, 1995; Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 2009). Dans cette veine, nos observations montrent à priori que l'identité des populations locales est certainement en partie liée à des considérations

géographiques. En témoignent notamment les rivalités entre pôles municipaux urbains (Saint-Georges – Beauceville; Rimouski – Rivière-du-Loup), entre l'arrière-pays et les zones côtières (Saint-Pamphile – Saint-Jean-Port-Joli; Montmagny – Saint-Fabien-de-Panet), mais aussi les sentiments d'identité envers la MRC, exprimés certes publiquement à des degrés variables selon les territoires, avec notamment plus d'insistance dans les cas où est envisagée une unification, mais indéniablement présents dans l'ensemble des cas étudiés.

Ainsi, dans les territoires locaux, les chocs engendrés par d'éventuels regroupements territoriaux révèlent que, au-delà de l'*institution* que représente la MRC, celle-ci évoque aussi une *idée*, un référent significatif sur lequel prennent appui des communautés qui, de fait, définissent et construisent en partie leur identité en référence à cette unité géographique. Ce faisant, cela semble encourager l'expression d'*intérêts*, c'est-à-dire, la participation des acteurs à diverses stratégies pour préserver l'intégrité de leur territoire.

À ce chapitre, nos observations indiquent que, du moment où le respect de l'intégrité de la MRC leur est garanti, les acteurs externes du réseau de la santé, notamment les politiciens locaux, restent à distance du processus subséquent de fusion des établissements, tels des observateurs passifs. Pour leur part, les acteurs internes, au premier chef les dirigeants et administrateurs des établissements, semblent dans pareille situation plus enclins aux compromis. D'emblée, ils tendent à accepter plus facilement une fusion d'établissements, ou au minimum à moins la remettre en cause au départ, en contrepartie du maintien d'une unité géographique correspondant aux contours de la MRC, un référent à priori connu et légitimé. L'exemple du Bas-Saint-Laurent l'illustre bien : le choix du palier régional de maintenir l'intégrité des MRC a permis d'obtenir des concessions de la part du local, notamment sur le caractère volontaire des fusions, qui ont accéléré le processus d'intégration de la gouvernance et sans doute coupé court à certaines contestations possibles.

À l'inverse, lorsque l'intégrité territoriale de la MRC est menacée, elle peut devenir un objet de mobilisation politique, notamment lorsqu'elle prend appui sur une alliance des acteurs politiques locaux et des communautés. Le cas des Etchemins est, à cet égard, probant. L'argumentaire mis de l'avant durant la contestation touchait notamment à la

volonté de se distinguer des MRC beauceronnes voisines, de préserver le contrôle administratif sur l'organisation des services de proximité, et de maintenir l'accessibilité à des soins de santé en contexte de ruralité. Or, les différents registres d'argumentation mobilisés trouvent leur origine dans l'attachement de la population à son territoire et, corollairement, aux institutions qui la représentent, et dont la disparition probable est directement associée à une menace à la survie même de la communauté. Ainsi, son destin est perçu comme lié à la préservation de sa souveraineté territoriale permettant du coup de conserver le contrôle sur les institutions-clés qui, elles, légitiment en retour l'existence même de la MRC.

Sur cette question, la littérature internationale aide à mettre en perspective ces constats en éclairant les motivations qui sous-tendent ce type de pratiques de résistance liées aux restructurations dans le milieu de la santé. Des études menées en Écosse et en Australie ont montré que les services de santé, par les capitaux économiques, sociaux, humains, institutionnels et symboliques qu'ils créent, surtout en milieu rural, contribuent directement à l'essor des communautés (Farmer & Kilpatrick, 2009; Farmer, Prior, & Taylor, 2012; Prior, Farmer, Godden, & Taylor, 2010). Le concept du capital symbolique s'avère ici particulièrement riche de parallèle avec l'expérience des Etchemins parce que, comme le notent les auteurs, « the presence of healthcare is viewed by citizens as an asset that distinguishes this community, relative to others, engendering intangible benefits, such as community sense of identity and confidence about the future » (Prior, et al., 2010, p. 1142). À l'instar de l'expérience québécoise, les chercheurs notent que la disparition d'organisations locales est perçue comme une menace directe à la viabilité des communautés, par la valeur institutionnelle qu'ajoute la présence des établissements de santé dans un territoire rural (Prior, et al., 2010). Pareils constats sur la valeur politique et symbolique furent aussi mis en lumière au Québec dans des phases de fusions antérieures, notamment à travers les travaux de Demers et Bégin (1990).

Pour sa part, Tjerbo (2009, p. 5), dans ses travaux sur les fusions hospitalières en Norvège, montre que l'influence des réseaux d'acteurs locaux dans le cadre de réformes nationales déborde largement les structures décisionnelles formelles, « [as] unpopular changes in the hospital structure are highly visible, and create strong local demand for influence over the

policy process ». Les groupes locaux y étant particulièrement actifs, l'adoption, par le palier central, d'une stratégie visant à dépolitiser le processus exacerbe plutôt la controverse au niveau local. De ce fait, elle accroît le contrôle exercé par les établissements de santé et les populations locales sur l'issue de la réforme puisque leurs demandes doivent, en fin de compte, être accommodées. Ces constats ne sont pas sans évoquer des parallèles avec la dérogation accordée par le palier central aux acteurs des Etchemins concernant l'exigence de fusion avec la Beauce à la suite de la contestation des populations locales, mobilisées et animées par le Centre de santé et les politiciens municipaux locaux.

6.1.2.3 Territoire naturel, administratif ou vécu : divergence, chevauchement ou superposition?

Au-delà du caractère central de la MRC, d'un point de vue institutionnel et symbolique, les choix des stratégies de découpage retenus par les deux agences révèlent, en filigrane, que diverses conceptions du territoire sont véhiculées et doivent donc être réconciliées. L'évaluation réalisée par le MSSS (2010) avait établi qu'une délimitation de RLS correspondant à un territoire administratif et une configuration « naturelle » avec une communauté qui s'y identifie constituent des conditions favorables à l'implantation des instances locales. Or notre recherche, elle, met au jour, en amont, les hésitations et les difficultés pratiques des agences à articuler des schémas territoriaux permettant de concilier tous ces principes.

Les choix des deux régions étudiées concernant le schéma territorial à privilégier reposent, dans les discours véhiculés, sur une seule et même logique, celle du respect des territoires naturels, mais semblent, parce que contrastés, procéder d'une compréhension fondamentalement différenciée de ce à quoi ces territoires naturels renvoient dans les faits. En Chaudière-Appalaches, il semble exister, du point de vue de l'Agence, une homogénéité suffisamment substantielle entre les MRC sur le plan des caractéristiques socioculturelles, économiques, démographiques et sociosanitaires pour justifier leur unification (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005a). De la sorte, ce sont les territoires de concertation, des entités basées sur des regroupements de MRC, qui sont considérés par le palier régional comme étant les territoires naturels sur lesquels appuyer l'intégration, en dépit du fait que les acteurs locaux

ne l'entendent pas toujours ainsi et même si les fusions administratives se sont exclusivement, jusqu'alors, réalisées sur la base d'une seule MRC. À l'inverse, au Bas-Saint-Laurent, l'intégrité des MRC se voit d'emblée confirmée, celles-ci ne pouvant être regroupées selon l'Agence, et ce, même si à certains égards elles partagent quelques caractéristiques communes, notamment du point de vue démographique et sociosanitaire. Dans ce cas particulier, ce compromis politique de la part du palier régional permet, à terme, de préserver le caractère historique de cette unité territoriale comme base d'organisation des services de proximité, tout en évitant de perturber les appartenances naturelles des populations (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004).

Outre cette compréhension différenciée de la notion de territoire naturel, les Agences ont aussi vu leur exercice complexifié par des balises ministérielles qui explicitaient que le découpage devait aussi tenir compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services, et s'harmoniser avec les délimitations d'autres territoires administratifs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b). Ces principes, bien que pas systématiquement contradictoires, demeurent, en pratique, difficiles à réconcilier dans une vision cohérente du territoire.

D'une part, il existe donc une volonté de s'appuyer sur les dynamiques des populations locales, particulièrement au Bas-Saint-Laurent, et de dessiner des contours s'harmonisant en quelque sorte au territoire vécu, que Caillouette et coll. (2007, p. 15) définissent comme un attachement identitaire au territoire, « une construction symbolique du rapport à soi et aux autres (comme individu, organisme ou institution) enracinées dans un espace local ». D'autre part, les Agences doivent, en contrepartie, composer avec les référents historiques et contemporains d'organisation de services, qui, sous l'angle de l'efficacité administrative et clinique, dictent parfois un schéma territorial autre. À titre d'exemple, en Chaudière-Appalaches, la préférence accordée à une unité géographique informelle, mais non pas moins instituée, celle des territoires de concertation, témoigne de la primauté d'une logique de desserte hospitalière optimale; de leur côté, les dynamiques de population, elles, semblent plutôt se structurer à l'intérieur même des MRC, qui demeurent le lieu de signification prédominant pour plusieurs communautés.

De fait, ces diverses conceptualisations du territoire se chevauchent et se superposent parfois, mais ne coïncident pas toujours, ces réalités ne pouvant pas en tout temps être simultanément conciliées. Dans ce contexte, les Agences se retrouvent devant d'apparentes contradictions. Même si le point de départ demeure la MRC, l'unité territoriale de choix pour réaliser l'intégration de la gouvernance administrative des établissements – dans une perspective optimale d'organisation et de hiérarchisation des services généraux et spécialisés – appelle à de plus grandes unités géographiques ou à des unités autres qui ne concordent pas toujours avec celles – souvent plus petites – que l'on croit requises pour faire émerger une dynamique de 1^{re} ligne axée sur la responsabilité populationnelle dans le cadre des RLS. Bourque et coll. (2011, p. 88) en arrivent d'ailleurs à un constat similaire quand ils notent que « les CSSS sont devant un paradoxe, car ils doivent concilier des considérations divergentes, les unes locales, qui relèvent du territoire vécu, et les autres institutionnelles, coïncidant avec le territoire administratif ».

Ainsi, tout au long de l'élaboration des modèles d'organisation régionaux, les Agences ont affronté ces logiques en constante tension qu'elles ont tenté de réconcilier dans leur conception de la territorialité. À divers égards, ces constats révèlent qu'au-delà d'une vision purement géographique, le territoire, lorsqu'abordé dans une perspective sociosanitaire, représente un objet éminemment sociopolitique qui ne peut simplement se définir par des limites cartographiques. Une flexibilité dans la conceptualisation de son découpage semble parfois nécessaire pour accommoder les intérêts locaux, telle que constatée dans les endroits où les territoires vécus et administratifs — nommément celui des MRC— concordent, et où, par conséquent, les frontières apparaissent plus inviolables aux yeux des populations. Mais finalement, après nombre de tergiversations, nous constatons que le schéma territorial d'avant la réforme ne se trouve pas radicalement modifié, renforçant ainsi l'idée que la MRC constitue bien un référentiel sociosanitaire devenu quasi immuable du fait de son institutionnalisation.

Pour résumer, le traçage des contours en fonction de simples critères d'efficience d'un point de vue d'organisation sociosanitaire, à savoir autour de la taille optimale de population que les établissements sont en mesure de desservir, notamment du point de vue des services hospitaliers, apparaît donc insuffisant. Nos observations montrent plutôt que

ces enjeux gagnent aussi à être soupesés en tenant compte des sentiments d'appartenance des communautés visées, si l'on ne veut pas compromettre l'objectif initial de fusion des établissements. Maintenant, reste à voir si les compromis et accommodements autour des dynamiques de population deviennent, à long terme, plus porteurs pour le déploiement du RLS, tel que le suggère l'étude du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). En effet, le ministère notait qu'une délimitation de RLS correspondant à un seul territoire administratif ou politique est considérée comme une force du processus d'implantation, surtout si ledit territoire présente un tissu communautaire robuste, une population homogène, un sentiment d'appartenance et un engagement social et politique. Autrement, l'action intersectorielle peut être compromise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Paradoxalement, notre recherche semble montrer que si le respect du territoire de MRC évite, à court terme, de compromettre les fusions administratives des établissements, elle semble, en revanche, freiner, à moyen terme, l'émergence de maillages entre les missions. En effet, dans l'ensemble des cas étudiés, les CSSS ayant le plus progressé sur ce volet sont ceux qui ont été construits sur les assises d'un regroupement de territoires de MRC.

6.1.3 Axe 2 : l'histoire institutionnelle

La discussion autour de la territorialité aura déjà permis d'évoquer, du moins partiellement, une deuxième ligne de force issue de notre corpus empirique, celle de l'influence du passé, s'inscrivant, elle aussi, dans des rapports de résistance et d'appartenance. Si la signification du territoire pour les communautés locales se construit en partie sur la base de son histoire et de son développement sociopolitique, notre recherche montre aussi que le passé des institutions de santé qui y évoluent conditionne également le déroulement futur des fusions, nommément celles de 2003-2004.

6.1.3.1 *Une succession de phases interreliées d'intégration : des instances locales d'imbriquant dans une alternance de fusions et de rapprochements*

Notre recherche montre que l'intégration de nouveaux modes de gouvernance se construit par étapes, reliées entre elles par une sorte de fil conducteur. D'emblée, il nous apparaît que

l'analyse du processus de réforme entrepris en 2003-2004 doit être menée en référence aux précédentes phases d'intégration vécues dans le réseau de la santé québécois et, accessoirement, à la manière dont elles ont été concrétisées localement. Les informateurs rencontrés en entrevue ont abondamment dépeint le fait que le mouvement de construction des instances locales s'inscrit dans un long horizon temporel qui transcende largement la seule étape de la mise en œuvre officielle de la réforme. Ce processus évolutif prend manifestement assise sur la base des configurations et expériences passées de chacun des établissements visés par les rapprochements, une histoire façonnée en phases successives, au gré des fusions préalables, visant, selon les époques, différentes configurations de regroupements vocationnels. De fait, l'histoire donne le ton au processus subséquent d'intégration par la dynamique conflictuelle ou consensuelle qu'elle aura jadis instaurée entre les établissements appelés ensuite à se regrouper en 2003-2004.

D'entrée de jeu, la littérature fait écho à ce constat. Les travaux de Best et coll. (2012) signalent l'essentielle contribution d'une prise en compte de l'historique local à l'introduction avec succès de réformes de grande ampleur dans les systèmes de santé nationaux. Rejetant son caractère déterministe, les auteurs estiment toutefois que l'attention accordée à l'histoire permet d'ancrer les décisions présentes dans les schèmes existants et ainsi de contrer les résistances. Dans la même veine, Denis et coll. (2008) indiquent que les institutions de santé sont porteuses d'antécédents historiques critiques comme, par exemple leurs configurations vocationnelles, qui les imprègnent de schèmes organisationnels qui, plus tard, sont plus ou moins compatibles selon les cas, avec ceux introduits par une nouvelle réforme.

La séquence chronologique des cas étudiés met en lumière l'alternance, depuis le début des années 1990, de phases de fusions et de phases de rapprochements. Ces expériences vécues teintent l'implantation de la réforme au point d'inscrire l'opération de 2003-2004 dans leur continuité directe. L'analyse de la période pré-réforme, sur près d'une dizaine d'années (1994-2004), révèle des efforts ininterrompus pour mettre coûte que coûte en relation les établissements, dans des allées et venues entre des phases de fusions officielles et des phases de rapprochements plus informels. Ce faisant, la mise en œuvre des instances

locales se révèle l'aboutissement logique de ces séries de regroupements antérieurs, prescrites au fil des orientations retenues par les paliers central et régional.

6.1.3.1.1 Les fusions passées : vectrices d'une dynamique essentiellement conflictuelle

Du simple fait de leurs antécédents en matière de fusions, les établissements ne partent pas du même point pour entreprendre la transformation de 2003-2004; en effet, nos six cas se distinguent notamment au chapitre de leur historique d'agencement des missions, de leurs configurations organisationnelles, et par leurs traits distinctifs issus de choix contextuels différenciés d'organisation de la gouvernance réalisés dans nos deux régions.

Tous les territoires étudiés, à l'exception de celui de l'Amiante, avaient par le passé vécu des épisodes de fusions, à des degrés et des intensités variables. Cependant, les fusions étaient partout demeurées confinées aux établissements d'un même territoire de MRC, à l'exception d'une expérience dans le secteur de l'hébergement de longue durée en Beauce.

Durant les années 1990, l'expérience des territoires montre que, malgré les exigences formelles du central, traduites et diffusées dans des plans régionaux, des *événements* ont souvent agi comme de réels catalyseurs des fusions, surtout lorsque la contrainte de la recommandation s'est avérée insuffisante pour convaincre les acteurs et les établissements récalcitrants du bien-fondé d'une unification. À cette époque, les départs d'acteurs-clés, souvent pour la retraite, deviennent des moments privilégiés sur lesquels table le palier régional pour briser les résistances. Les établissements eux-mêmes invoquent parfois des circonstances internes – problèmes de gouvernance, difficultés financières ou complexité des virages cliniques à opérer – pour se résoudre, le plus souvent par dépit, à une fusion, qui est alors traduite comme une question de survie. On utilise donc ces leviers pour ouvrir, et parfois rouvrir, des fenêtres d'opportunités favorables aux fusions.

Ainsi, en raison de leur caractère imposé, les fusions passées instaurent, le plus souvent, un climat d'opposition et une dynamique conflictuelle entre les établissements et leurs missions respectives, conditionnant ainsi des réflexes de résistance et de protection. Ces expériences jugées désagréables, parfois houleuses, réalisées dans des contextes financiers difficiles, produisent à l'occasion des rapprochements « sur papier », sans que les missions

aient minimalement réussi à se fondre véritablement. Pensons par exemple à la fusion échouée des CH en Beauce, à l'intégration nord-sud difficile à Montmagny-L'Islet ou encore à l'amertume créée par la fusion du milieu hospitalier avec celui de la longue durée à Rivière-du-Loup.

6.1.3.1.2 Les rapprochements cliniques ou administratifs : une stratégie de compromis localisée

Bien que significatif, l'effet ultérieur de ces fusions passées sur l'instauration des instances locales ne s'avère pas aussi déterminant que celui des rapprochements administratifs ou cliniques impulsés, souvent au tournant des années 2000, à l'initiative même du palier local ou sous la recommandation du régional. Bien que fusions et rapprochements constituent des processus complémentaires, différentes voies pour atteindre l'intégration, ils semblent pourtant porteurs d'effets contrastés.

En dépit des conflits et des résistances induites par les fusions du milieu des années 1990, une majorité de cas étudiés avaient tout de même réussi, quelques années avant l'avènement du projet de loi 25, à mettre en place des modèles de rapprochements qui ont pris différentes formes et qui visaient des gains cliniques ou administratifs. Faisant invariablement suite à de vaines tentatives de fusions, leur introduction se veut une solution intermédiaire, une stratégie de compromis qui, sans forcer l'intégration, permet de mettre en relation les missions, sans totalement écarter le scénario d'un regroupement juridique formel éventuel. En réaction aux exhortations de fusions adressées par les paliers central et régional, le local a en quelque sorte opposé un scénario alternatif, qu'il juge plus conséquent avec la réalité des forces en présence sur les différents territoires. Or, si le choix de l'instrument varie, l'objectif demeure : engendrer plus de coopération dans des contextes où la concurrence entre les établissements demeure la norme, et s'exprime, selon les endroits, par des guerres ouvertes, de l'indifférence ou du repli.

À leur propre initiative ou à l'incitation du régional, certains établissements dans quelques territoires ont négocié des formules de rapprochement finement adaptées à l'historique des relations et au degré de collaboration réel et vécu entre les institutions, donnant ainsi lieu à l'expérimentation d'une variété d'arrangements. De fait, leurs formes évoluent réellement

sur un continuum : d'aucune formule (Beauce, Montmagny-L'Islet) à des rapprochements exclusivement administratifs (Matane), essentiellement administratifs (Rivière-du-Loup, Thetford) ou uniquement cliniques (Rimouski-Neigette). Qu'il soit instauré par nécessité, par choix ou en tant que fruit d'une conjoncture particulière (ex. : départ à la retraite d'un dirigeant), le rapprochement demeure souvent une stratégie pour pallier des difficultés administratives ou cliniques. Le modèle le plus répandu demeure celui où sont mis en présence un CH et un CLSC, avec une direction générale partagée, mais des conseils d'administration distincts pour protéger les missions. À formules équivalentes, le succès de ces rapprochements se révèle toutefois variable selon les territoires, ce qui suggère, encore une fois, une forte contingence en fonction des contextes locaux et des acteurs en place.

Bien que les informateurs signalent que ces formules de rapprochements représentaient, à l'époque, des occasions d'appropriation mutuel entre les missions, cette dynamique favorable ne semble pas s'être transposée au moment d'implanter les instances locales et paraît même, dans certains cas, avoir été vectrice d'une forme d'inertie. En effet, dans les cas caractérisés par des rapprochements administratifs préalables, nous constatons un certain effet pernicieux au chapitre de l'intégration. Si de tels rapprochements permettent une transition plus fluide et dans la continuité vers le nouveau modèle de gouvernance, la nouvelle organisation semble toutefois reproduire une forme de statu quo dans son fonctionnement subséquent, comme si le nouveau modèle organisationnel, derrière ses objectifs de collaboration accrue, venait conforter et légitimer les façons de faire existantes.

À l'inverse, les territoires à plus forte concurrence entre les établissements, donc ceux avec peu ou sans échanges avant 2003-2004, semblent enregistrer les progrès les plus significatifs au chapitre de l'intégration des missions. Qui plus est, ceux où les institutions vivaient des crises ou de vives tensions, où la gouvernance se révélait instable ou déficiente, et où les budgets manquaient, semblent avoir réalisé des maillages inter-vocationnels plus rapidement. Comme l'indiquent Hudon et Poirier (2011), le conflit étant générateur de négociations et de compromis et donc de solutions politiques, les établissements ont sans doute été davantage motivés – et parfois même forcés – à concilier les intérêts en présence afin de trouver des terrains d'entente.

Nous notons, cependant, une exception concernant les rapprochements antérieurs de nature clinique, qui eux, semblent plutôt faciliter la transition. L'hypothèse sous-jacente est qu'un tel type de rapprochement permet aux établissements de rapidement constater les limites d'un modèle de collaboration clinique où la gouverne n'est pas intégrée; cependant, l'inverse ne permet pas de tirer les mêmes conclusions, soit de voir une valeur ajoutée de pratiques de collaboration administratives où le volet clinique n'est pas intégré.

D'un point de vue empirique, nos constats nuancent ceux tirés par le MSSS sur l'effet de l'expérience acquise avant l'adoption du projet de loi 25 au chapitre des changements structurels sur la manière dont est vécue la réorganisation. Il indique que :

Alors qu'une plus vaste expérience procure aux CSSS certains acquis pour mener à bien le déploiement du RLS, de longs processus d'intégration et des conflits liés à l'histoire organisationnelle ont laissé, dans certains cas, des séquelles qui influencent la vitesse à laquelle se déroule l'intégration organisationnelle et clinique ainsi que l'adhésion au projet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 40).

À cet égard, notre analyse montre que ce n'est pas parce que les établissements avaient fait un pas en direction de rapprochements avant 2003-2004, même si les modalités jadis mises en place allaient déjà dans le même sens que les objectifs d'intégration et de continuité de la réforme future, que l'instauration des instances locales s'en est trouvée facilitée. Nous concluons plutôt que la séquence des fusions de 1995, des rapprochements des années 2000 et de la mise en place des instances locales en 2003-2004 s'inscrit dans un processus évolutif dont les épisodes successifs d'avancées ou de revers sont intimement liés les uns aux autres dans une forme de continuité historique dans laquelle se meuvent les institutions de santé. Cela dit, même si ces divers types de regroupements tendent à instaurer, d'une phase à l'autre, toujours davantage de liens administratifs ou cliniques entre les établissements, ils ne deviennent pas garants, pour autant, ni de collaboration accrue ni du meilleur succès d'un regroupement ultérieur.

Sous un angle conceptuel, ce deuxième axe d'analyse met aussi au jour l'interaction *institutions-événements-idées*, et ce, dans une dimension temporelle. Ainsi, sur une période d'une dizaine d'années, les Agences ont tenté d'imprégner un nouveau schème sur les *institutions* – nommément celui d'un plus grand maillage entre les missions. Pour ce faire, elles ont notamment cherché à mobiliser certains *événements*, tels que les départs d'acteurs-

clés assortis d'un refus de pourvoir leur poste, afin de contrer les réflexes institutionnalisés des établissements, de briser une forme de dépendance au sentier et de réaliser des fusions ou des rapprochements. La diffusion, et parfois l'imposition, de ces schèmes alternatifs sur les organisations, crée, d'un point de vue historique, des antécédents et une histoire propre que chaque établissement transporte ensuite dans le processus d'instauration des instances locales.

6.1.4 Axe 3 : les organisations et les missions

Sur une période d'une dizaine d'années, l'évolution historique des regroupements d'établissements dans nos deux régions met au jour des pratiques de résistance, qui se perpétueront au moment de la mise en œuvre des instances locales. Dès l'annonce de la réforme, le premier réflexe des établissements, attachés à leur mission et à l'institution qu'ils incarnent, devient encore une fois d'assurer leur pérennité. Comme l'indiquent Lamarche et coll. (2001, p. 80), « l'autonomie des organisations demeure l'enjeu crucial du processus d'intégration, des réflexes de repli et de protection des intérêts étant des stratégies spontanément mises de l'avant pour assurer leur survie ». De fait, les résistances et appartenances exprimées devant d'imminentes fusions forcées redéfinissent fondamentalement les rapports entre les établissements en présence, une dynamique autour de laquelle s'articule notre troisième axe de discussion.

6.1.4.1 *Entre adhésion, opposition et dépit : une lutte polarisée entre CH et CLSC*

Devant le caractère contraignant de la mesure annoncée, les CH accueillent la fusion plus favorablement que les autres instances, y voyant d'abord une façon de régler, du moins partiellement, leurs problèmes d'engorgement des services d'urgence et de gestion des lits. À l'inverse, les institutions à vocation communautaire, nommément les CLSC, manifestent spontanément plus de résistance, mais à des degrés divers. Dans tous les cas étudiés, les appréhensions sont certes initialement exprimées, mais se canalisent ensuite différemment : en actions d'opposition (aux Etchemins), en résignation fataliste (Thetford, Matane) ou en adhésion relativement sereine (Montmangy-L'Islet, Rimouski). Quant aux CHSLD, ils

accueillent la réforme avec dépit, sans toutefois posséder la force suffisante pour exprimer leur opposition aussi fortement et formellement que les CLSC.

La lutte se trouve donc essentiellement polarisée entre deux institutions, les CH et les CLSC, les CHSLD, eux, étant relégués à un rôle passif de second plan. D'ailleurs, analysée sous un angle historique, l'attitude du milieu de l'hébergement et des soins de longue durée nous semble conforme à la posture adoptée lors de phases antérieures de fusions, le CHSLD n'ayant été ni un instigateur ni un promoteur, pas plus qu'un résistant actif aux rapprochements, exception faite d'un exemple dans le territoire de l'Amiante. Leur situation d'isolement relatif, de précarité – notamment financière — persistante et parfois de déstabilisation semblant les priver d'un capital de résistance suffisant, les fusions deviennent de facto une question de survie, une nécessité plutôt qu'un choix.

6.1.4.2 CH-CLSC : deux institutions, deux paradigmes... et des craintes sous-entendues

Cette rivalité, ainsi confinée essentiellement entre deux institutions, les CLSC et les CH, laisse entrevoir une lutte entre deux paradigmes, deux visions bien différenciées. Dès lors, l'enjeu, pour les acteurs impliqués – particulièrement ceux du régional – consiste à dissiper rapidement, ou au mieux, à concilier temporairement les discours de résistance initiaux, de sorte qu'ils ne compromettent ni la constitution des instances locales, ni l'intégration subséquente des missions. Par exemple, au Bas-Saint-Laurent, les appréhensions sur le déséquilibre financier sont rapidement contrecarrées par l'Agence, qui offrent des garanties budgétaires au secteur de la 1^{re} ligne en échange d'une amorce d'assentiment à l'unification.

Toutefois, d'autres discours, ancrés dans des paradigmes et des conceptions divergentes de l'offre de services, nommément l'affrontement entre les logiques préventives et curatives, se sont avérés plus difficiles à dissiper. Au premier abord, notons que les CLSC craignent de perdre leur identité institutionnelle et vocationnelle, c'est-à-dire leur culture de prévention/promotion, leurs valeurs communautaires et sociales et leur autonomie d'action, au profit d'une logique curative du volet hospitalier qui tendrait à s'imposer naturellement, vu la taille et l'importance des établissements. Ces constats rejoignent en tout point ceux formulés par le MSSS dans son rapport d'évaluation, qui note la crainte d'une mise au

second plan de la mission de 1^{re} ligne, tout comme une perte de la couleur locale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Néanmoins, sur cette question, notre recherche permet de pousser plus loin la réflexion sur ce constat et de franchir un pas supplémentaire, et cela, sous deux angles distincts. D'une part, les préoccupations exprimées par les CLSC débordent largement le désir de préserver l'institution elle-même, mais sont également liées à des enjeux stratégiques et symboliques, qui la définissent à travers ses rapports aux autres établissements et plus largement aux populations desservies. Puisque le modèle d'organisation intégré situe l'hôpital comme point de départ des regroupements et que les populations locales sont à priori fortement attachées à cette institution, souvent un symbole fort de l'identité territoriale, la place prépondérante du CH s'en trouverait, aux yeux des CLSC, davantage légitimée, car il jouit déjà d'une forme de reconnaissance plus que tacite du milieu.

D'autre part, nos observations montrent également que ces appréhensions sur le pouvoir relatif de chacune des missions subséquentement à la constitution des instances locales s'avèrent, informellement, loin d'être l'affaire exclusive des CLSC. Derrière leur discours favorable aux fusions, certains CH éprouvent aussi implicitement des craintes sur la potentielle perte de prestige engendrée par un rapprochement avec des organisations offrant des services généraux de 1^{re} ligne. Malgré la projection d'une image de milieu autonome, fort et indépendant, le secteur hospitalier redoute de devenir « un gros CLSC » – selon la terminologie utilisée par nos informateurs – avec le risque pressenti que la vision hospitalière soit diluée, voire évacuée au profit d'une philosophie plus communautaire.

6.1.4.3 Le discours : un instrument de résistance

Tant les hôpitaux que les CLSC utilisent ces visions et ces valeurs divergentes, non pour soutenir des actions structurées d'opposition à l'intégration à large échelle, mais pour résister passivement à l'obligation de fusion, du moins pour un temps donné. La réitération de la différenciation culturelle s'avère utile à plusieurs plans : d'une part, elle légitime les pratiques de non-collaboration ou carrément de rivalités maintenues jusqu'alors et, d'autre part, elle justifie, à l'avance, d'inévitables écueils et d'éventuels manquements à ce chapitre, une fois que l'instance locale sera implantée.

La littérature, nous fait remarquer Choi (2011, p. 13) « typically explains merger failures as the result of cultural differences between the two merging organizations ». Effectivement, à la fin des années 1970, Bégin (1977) avait déjà montré, lors de la formation de centres à vocation hybride communautaire et hospitalière en région éloignée, que les CLSC refusaient les compromis et préféraient le maintien des deux entités, alors que les CH revendiquaient le leadership de l'établissement. L'auteur attribuait cette polarisation aux systèmes de valeurs en opposition, l'un biomédical, l'autre social, et au niveau de différenciation élevé dans les pratiques des deux organisations. D'autres études québécoises similaires ont aussi fait largement état des pratiques de résistance des CLSC, et ce, lors de différentes phases de fusions survenues dans le réseau de la santé (Demers, Dupuis, et al., 2002; Demers, Pelchat, et al., 2002; Lamarche, et al., 2001).

6.1.4.4 Le CLSC : des pratiques de protection historiquement ancrées

À l'instar de ces travaux antérieurs qui, à différentes époques, ont mis en lumière l'existence de ces pratiques d'opposition, notre recherche montre que, de tous les établissements visés par la fusion, c'est effectivement le CLSC qui a le plus joué la carte de la résistance. Mais, grâce à sa dimension longitudinale, notre étude ouvre de nouvelles pistes de réflexion en mettant au jour le caractère non pas ponctuel et occasionnel, mais plutôt systématique et récurrent de cette logique dans le temps, qui s'exprime et persiste bien au-delà d'une opération de fusion périodique. Chez les CLSC, l'opposition semble historiquement ancrée, une pratique qui se reproduit de manière ininterrompue, d'une phase de fusion à l'autre, et dans les phases de rapprochements qui les entrecoupent, et ce, indépendamment de la forme de regroupements d'établissements proposés. La résistance devient une posture par défaut, une partie intégrante de la logique de l'institution. À ce titre, Matane constitue certainement un exemple probant alors qu'à deux reprises, en 1996 puis en 1999, le CLSC a su se soustraire à une obligation de fusion, avant d'accepter, à contrecœur, une alliance administrative. La ligne de conduite, largement alimentée par les conseils d'administration et maintenue avec un certain succès, revient essentiellement à acheter du temps pour ainsi protéger à la fois la vocation, mais aussi l'intégrité de l'établissement, et non uniquement l'institution. Historiquement, si le CLSC s'oppose à des

rapprochements avec la mission hospitalière, il se montre encore plus incisif lorsqu'est évoqué un rapprochement avec un autre CLSC.

6.1.4.5 Un CLSC de 1^{re} génération : une difficulté dans le processus d'intégration

En rétrospective, au tout début de la réforme en 2003-2004, dans quatre de nos six cas, les CLSC ont totalement ou du moins partiellement maintenu leur indépendance par rapport au CH, et ce, malgré l'insistance du palier régional et des orientations gouvernementales poussant, sur près d'une dizaine d'années, vers des rapprochements accrus.

Bien que l'annonce de la mise en place des instances locales ne ralentisse pas les élans de résistance existants, certains éléments contextuels semblent toutefois déterminants, à ce moment, de l'intention et de la capacité ou non à les exprimer efficacement et, de fait, à pouvoir les mobiliser dans une stratégie d'opposition. D'entrée de jeu, des difficultés étaient anticipées par les acteurs pour fusionner le volet hospitalier, au vu notamment de la taille des établissements, de la complexité de la mission, et de l'ampleur des budgets³⁶. Toutefois, nos observations révèlent que ce n'est pas tant l'intégration du CH qui s'est avérée ardue, que celle du CLSC, et plus particulièrement, celle des CLSC de 1^{re} génération. Les oppositions les plus farouches de la part des CLSC ont été entendues dans les territoires de Montmagny-L'Islet, Matane et Les Etchemins, où ces institutions de 1^{re} génération, très communautaires dans leurs orientations et proches des populations locales, sont vues comme des établissements pionniers qui occupent une place centrale dans l'imaginaire collectif du territoire.

Cela étant, nous évoquons l'hypothèse que les institutions puisent leur potentiel de résistance non pas tant de leur taille, mais bien davantage de leur ancienneté et de leur ancrage dans la communauté. Elles tablent donc sur le capital de sympathie et symbolique – variable, il va sans dire, selon le type d'établissement – dont elles jouissent dans leur milieu. Cette capacité d'opposition puisée à même cette légitimité externe est toutefois contrebalancée par des circonstances internes qui parfois l'atténuent : une situation financière précaire, la présence de directeurs généraux par intérim ou proches de leur

³⁶ Demers (2013, pp. 2-3) note d'ailleurs que « the fact of including a hospital in a health and social services centre complicates the organisational and clinical integration processes as they must standardise very different ways of doing things. »

retraite, ou des problématiques cliniques. Dans ces cas de figure, le contexte interne supplante d'emblée la reconnaissance tacite du milieu, aussi forte soit-elle. Il coupe généralement court aux manifestations d'opposition et enclenche plus rapidement la création de l'instance locale.

6.1.4.6 Les projets cliniques : vers la renaissance du CLSC?

En anticipation du regroupement, la période de transition vers les instances locales met en confrontation directe les établissements et, au vu des luttes historiques entre les institutions et des discours véhiculés au lendemain de l'adoption de la législation, laisse nécessairement présager une prise de contrôle de la vocation hospitalière sur la nouvelle organisation. Cependant, bien que la phase de mise en place des instances de gouvernance ait validé temporairement cette appréhension dans certains sites, le lancement des projets cliniques offre l'opportunité de renverser le rapport de force, à la faveur, cette fois-ci, du volet communautaire.

La redéfinition des trajectoires cliniques remet à l'avant-scène les polémiques entre les missions, mais, au sortir de l'opération, le volet communautaire, initialement mis de côté, non seulement survit, mais s'en trouve renforcé. Dans presque l'ensemble de nos cas, ce sont les acteurs du CLSC qui assument la direction de la définition des projets cliniques, dont l'ampleur et la vitesse de progression varient d'un territoire à l'autre, permettant ainsi à la mission communautaire d'être mise à l'avant-scène. Plus largement, le mandat de responsabilité populationnelle renforce d'autant la position stratégique du CLSC, dont les relations avec le volet hospitalier sont redéfinies sur une base nouvelle, l'importance relative de chacun des joueurs reposant dorénavant sur leur contribution à la mission du CSSS. L'action se transpose et se redéfinit sur la base d'un territoire et d'une population, et non plus sur une base institutionnelle, rendant ainsi caduque la lutte inter-établissements qui polarisait jusqu'alors les CH et les CLSC, dont les relations s'en trouvent dès lors recontextualisées.

6.1.4.7 Le plan d'organisation : garant de l'intégration des missions

Si le projet clinique renforce la position stratégique du volet communautaire, la logique de structuration du plan d'organisation des CSSS, qui découle normalement de la définition

des nouvelles trajectoires de services, semble non seulement, à plus long terme, la cristalliser, mais conditionne également l'intégration des missions. Les cas étudiés montrent que deux logiques prévalent dans la conception des plans. Les plus petits CSSS optent davantage pour une logique vocationnelle, qui non seulement maintient une forme de compartimentation alimentant les réflexes de résistance et de survie des anciens établissements, mais qui aussi favorise la prédominance du volet hospitalier, surtout dans les territoires où il se trouvait déjà prépondérant. En revanche, une structure par programme-clientèle morcèle le pouvoir du volet hospitalier qui, bien que toujours fort, doit cependant céder du terrain à une logique de 1^{re} ligne. Ce constat nuance des études précédentes selon lesquelles les fusions, parce qu'elles suscitent des craintes dans les établissements visés, freinent l'intégration des services, en plus de reproduire une compartimentation des missions (Demers, 2013; Demers, Pelchat, et al., 2002). Si les missions se révèlent fort résilientes, les choix organisationnels et cliniques permettent parfois de les transcender, à différents rythmes cependant.

En somme, la transition se caractérise, d'une part, par la confrontation des *idées*, notamment par la lutte entre les visions et les schèmes portés par les volets hospitaliers et communautaires et, d'autre part, par une lutte entre *institutions* pour assurer leur survie. Même si l'avènement des instances locales consacre la disparition d'une *institution* (l'établissement de santé), leur raison d'être, c'est-à-dire leur mission, demeure une *idée* dominante, affirmée avec plus ou moins d'insistance selon les territoires.

Des travaux menés dans des contextes similaires trouvent un certain écho dans nos observations, à savoir notamment que les organisations demeurent particulièrement résilientes face aux fusions (Langley & Denis, 2008), que l'identification à l'ancien établissement demeure forte (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010) et que l'attachement à leurs propres façons de faire peut, à terme, compromettre le processus d'intégration (Fulop, et al., 2005). Le succès du processus repose sur leur capacité à accepter des compromis sur leur autonomie (Demers, Pelchat, et al., 2002), ce qui n'est pas sans poser des enjeux politiques certains (Comtois, et al., 2004).

6.1.5 Axe 4 : les acteurs

Jusqu'à présent, nous avons vu que la réforme remet en question plusieurs référents institutionnels – les territoires, les organisations et les missions – sources d'appartenance et objets de résistance et défendus au moyen de diverses stratégies. Mais tout au long de la mise en œuvre de l'instance locale, c'est fondamentalement le jeu des *intérêts*, soit les pratiques mêmes des acteurs en présence, qui s'est avéré le plus déterminant, en permettant de briser le statu quo, de contourner les obstacles et d'aller véritablement de l'avant avec l'implantation de l'intégration.

6.1.5.1 La prépondérance des individus sur les groupes

D'emblée, notre recherche fait émerger une particularité relative à l'implantation des instances locales : elle concerne d'abord et avant tout les individus, beaucoup plus que les groupes. Il s'agit souvent d'une poignée d'acteurs, un nombre très limité d'individus, qui, d'une part, alimentent les résistances ou, au contraire, exercent suffisamment de leadership pour permettre la transition sur le plan de la gouvernance et le maillage subséquent entre les missions. D'ailleurs, cette tendance s'inscrit aussi dans une dimension historique, les pratiques de collaborations entre établissements d'avant la réforme montrant qu'elles sont largement déterminées par les acteurs principaux de la gouverne. En effet, les organisations peuvent relativement bien survivre dans une relation indifférente, tiède ou distante, mais elles souffrent assurément des conflits individuels entre leurs dirigeants.

Comme dans tous les axes de discussion développés précédemment, le jeu des *intérêts* se définit lui aussi dans la tension entre résistance et appartenance. Sous l'angle des résistances, nous remarquons que c'est le couplage des *intérêts* et des *événements* – c'est-à-dire des pratiques des acteurs face à certains faits ponctuels marquants – qui permet de contourner les oppositions, dans un contexte où les fonctions professionnelles mêmes des acteurs de la gouverne (au premier chef, les directeurs généraux et les présidents de conseils d'administration) sont inévitablement menacées par les fusions. Si historiquement plusieurs dirigeants avaient réussi à empêcher ou à freiner des tentatives de rapprochements, cette fois, le recours à la voie législative semble tempérer les desseins formels d'opposition à l'intégration. Soupesant leur capacité de résistance, plusieurs

adversaires ou mécontents de la réforme, particulièrement ceux proches de leurs perspectives de retraite, profiteront de la fenêtre d'opportunité qu'offre le lancement de la fusion pour quitter d'emblée leurs fonctions. Dans quelques-uns des sites, certains se retireront même dans les mois ou les semaines précédant l'annonce de la réforme, laissant l'établissement visé par le regroupement sous une direction intérimaire. En conséquence, l'autorité du dirigeant provisoire étant plus fragile, le pouvoir et la légitimité de l'organisation s'en trouvent dilués, ce qui facilite, par le fait même, l'intégration des établissements.

6.1.5.2 Une fine orchestration des départs et des arrivées

Si les départs volontaires constituent des moments charnières, dans d'autres cas des leviers plus informels sont mobilisés pour permettre aux constellations d'acteurs de se redéfinir en vue de favoriser la mise en place de l'intégration. Entre le moment de l'abolition juridique des anciens établissements et l'instauration de la direction permanente de l'instance locale, des périodes d'intérim, plus ou moins longues et plus ou moins imposées, agissent comme des périodes tampons. Bien qu'anodines à première vue, ces étapes d'intérim s'avèrent essentielles, dans la mesure où elles permettent aux acteurs, particulièrement aux prétendants à la direction, de mesurer leurs forces et leurs appuis et de construire des alliances ou, à défaut, de trouver des issues pour quitter dignement. Qui plus est, elles offrent aussi l'occasion de prendre des décisions stratégiques d'importance pour le futur CSSS, par exemple par rapport à l'emplacement du siège social ou à la fermeture de certaines installations, lesquelles auraient pu s'avérer potentiellement contentieuses plus loin dans le processus de mise en œuvre.

Dans un contexte où les individus en place se révèlent hautement déterminants de l'issue d'une fusion administrative, ces départs et ces périodes d'intérim deviennent donc les catalyseurs d'une fine orchestration des entrées et sorties du cercle de la gouverne; cela appelle aussi à négocier des compromis et des accommodements autour des intérêts professionnels des individus. Ces aménagements permettent à certains acteurs de tirer leur révérence honorablement ou de se replacer dans la nouvelle organisation. Vu les délais qu'ils imposent, ces pourparlers peuvent toutefois retarder et parfois complexifier

l'intégration d'une nouvelle structure de gouvernance ou le maillage subséquent des missions.

6.1.5.3 *Une gouverne négociée : la réconciliation des intérêts personnels et organisationnels*

Notre recherche met également au jour le fait que le jeu des *intérêts* se trouve souvent largement balisé par les conditions locales, ainsi que par l'intervention du palier régional, qui joue un rôle stratégique important dans l'instauration des modalités de gouverne. Encore une fois, malgré la rigidité perçue de la législation autour de ces processus, beaucoup de dimensions demeurent négociées informellement entre les individus en place, au gré des contextes et des opportunités.

La constitution des conseils d'administration et le processus de nomination des directions générales constituent des exemples probants de ces arbitrages locaux. Bien que la composition des conseils soit prescrite par la loi³⁷, notre recherche révèle l'existence de stratégies de fusions dites volontaires, permettant ainsi aux anciens membres de conseils de tous les établissements visés de se concerter et de négocier eux-mêmes la composition du conseil provisoire de l'instance locale. Ainsi, les acteurs sont en mesure de conserver une part d'influence plus significative sur le devenir de l'organisation en échange de leur appui au projet. À défaut d'accepter une fusion volontaire, c'est le palier central, sur recommandation du régional, qui a le dernier mot sur les nominations. La législation est moins claire sur le processus de nomination de la direction générale, se bornant à spécifier qu'elle est nommée par les conseils provisoires (Québec, 2003). Mais encore une fois, les Agences proposent, et parfois pistonent des candidatures, qui sont ensuite entérinées par les conseils. Cela dépeint à la fois la relative flexibilité des modalités devant la rigidité présumée de la loi, mais aussi le contrôle exercé par les paliers supérieurs sur le local, pour marchander l'adhésion au projet, surtout celle des conseils d'administration.

Dans ce contexte, deux stratégies sont utilisées pour effectuer les nominations dans ces sphères centrales de la gouverne. D'une part, certains sites misent sur des départs planifiés

³⁷ L'article 33 de la loi prévoit que les conseils provisoires comportent 15 personnes, choisies après consultation des établissements visés, et doivent comprendre des personnes issues de chacun de ces établissements (Québec, 2003).

ou anticipés, auquel cas il n'est pas besoin d'expulser des joueurs puisque les circonstances locales s'en changent, les candidats restants se partageant les postes disponibles. Sinon, le choix s'exerce sur la base de tractations locales, notamment, dans le cas des conseils provisoires, en moussant la candidature des membres les plus influents, ou encore en bataillant pour s'assurer d'une forme jugée équitable de représentativité territoriale en plus de celle de l'ensemble des missions. D'autre part, lorsque les périodes d'intérim ne permettent pas de reconfigurer suffisamment les forces politiques en présence, la dotation de certains postes-clés est négociée entre les acteurs subsistants en fonction d'impératifs locaux. Par ailleurs, les deux approches s'avèrent parfois interdépendantes; en effet, il arrive fréquemment que les anciens présidents de conseils et des directeurs généraux, qui travaillaient déjà ensemble dans un ancien établissement, forment un tandem incontournable et soient, en pratique, simplement reconduits dans leurs fonctions au sein de la nouvelle organisation. Somme toute, malgré les diverses stratégies mobilisées, peu de changements sont apportés à la présidence des conseils provisoires, et, dans une moindre mesure, aux directions générales, alors qu'une majorité de candidats retenus occupaient déjà des fonctions dans un ancien établissement, parfois dans le volet communautaire, mais plus souvent dans l'hospitalier.

6.1.5.4 La direction générale : entre profil et provenance

Jusqu'à présent, sous l'angle des résistances, la dynamique décrite mettait surtout en lumière les *intérêts* individuels et personnels, où prédominaient d'abord les préoccupations transitoires des dirigeants quant à leur avenir professionnel. Maintenant, analysées sous l'angle des appartenances, émergent graduellement les dimensions plus collectives liées aux *intérêts* en présence, notamment à l'aptitude des dirigeants à mobiliser différents groupes animés de motivations diverses pour atteindre deux finalités distinctes soit la réussite de l'intégration de la gouvernance et du maillage des missions et des services.

Le jeu des *intérêts* constitue un facteur déterminant de l'atteinte de ces deux objectifs; il est, d'entrée de jeu, largement influencé par le profil des dirigeants en présence, un atout hautement déterminant de leur capacité subséquente à établir des alliances. Dans cette perspective, la provenance du directeur général constitue un enjeu symbolique capital. En effet, nos observations montrent qu'une expérience dans les trois missions premières de

l'instance locale constitue certes un atout, et plus encore si elle a été acquise dans le territoire local, car cela permet au candidat de tableur sur le fait qu'il est connu du milieu. En plus de conférer une forme de légitimité, ce profil permet d'incarner raisonnablement l'ensemble des missions, et ainsi de rassurer les acteurs qui y sont attachés à la fois sur le respect de la vocation de leur institution et la préservation de la spécificité du milieu local. Cela dit, ce profil ne constitue pas une condition suffisante dans tous les cas, car la mission de rattachement du prétendant semble aussi parfois discréditer d'emblée des candidats. En effet, dans certains cas étudiés, les anciens dirigeants issus du volet communautaire ou du milieu de la longue durée peinent à être perçus comme des candidats légitimes à la direction de l'instance locale, et ce, même s'ils possèdent une expérience en milieu hospitalier, alors que l'inverse semble moins vrai.

6.1.5.5 Des alliances multiples et variées : administrative, clinique et démocratique

L'intégration dépend aussi des alliances que les dirigeants sont capables de construire, d'abord à l'interne avec les autres acteurs de la gouvernance démocratique et administrative d'un côté, et avec ceux de la gouverne clinique de l'autre.

Dans un premier temps, les alliances entre la direction générale, le conseil d'administration et l'équipe de gestion jouent un rôle déterminant, et leur succès dépend encore largement de la personnalité des individus en place. À cet égard, le MSSS (2010, p. IX) signale que « les liens de confiance (plus ou moins serrés) entre la direction et le CA » se révèlent importants. Pour sa part, notre recherche illustre que les administrateurs sont souvent des acteurs de l'ombre, dont la collaboration, le leadership et la crédibilité deviennent des atouts pour la direction générale, dans la mesure où le travail s'effectue à saine distance et de connivence, sans que les mandats de chacun soient outrepassés. Cela dit, les conseils d'administration semblent parfois tenus à l'écart, soit de manière délibérée, soit parce qu'ils peinent à s'adapter aux nouveaux mandats, ce qui illustre bien les hésitations, déjà notées dans la littérature, quant à la perception de leur rôle : un outil d'influence politique, un instrument de gestion hiérarchique ou une instance décisionnelle autonome (Pettersen, Nyland, & Kaarboe, 2012). Du reste, la relation avec l'équipe de gestion semble encore plus déterminante, la direction de l'instance locale vivant mieux une relation tiède avec le conseil d'administration qu'un conflit avec l'équipe de gestion.

Quant au lien avec la gouverne clinique, la littérature sur les réformes fait largement état de sa difficile, mais nécessaire implication, notamment celle des médecins (Best, et al., 2012; Kickpatrick, Jespersen, Dent, & Neogy, 2009; Touati, et al., 2006). D'ailleurs, Best et coll. (2012, p. 440) la résumant ainsi : « it is not that physicians alone are needed to achieve LST [*large-system transformation*] but that they have often been reluctant to engage in change efforts and may have veto (or wrecking) power over initiatives broadly endorsed by others ». Malgré des réserves initiales, le corps médical ne fait pas ici obstruction à la mise en place des instances locales, mais dans certains sites, la transformation fait germer des luttes intestines autour de la constitution des CMDP. Après une période d'observation passive, les médecins entrent en scène souvent tardivement, à l'étape du projet clinique, et à des intensités variables, encore une fois – selon les cas étudiés –, une tendance que confirme aussi le rapport du MSSS (2010). Sans surprise, les progrès les plus notables sur le maillage des missions ont été enregistrés dans les sites où les médecins ont été proactifs et où ils ont collaboré à l'élaboration des projets cliniques et à la refonte des trajectoires de services. En revanche, dans les instances locales qui leur ont aussi ménagé, en plus, une place significative dans le système de gouvernance de l'établissement, la philosophie d'organisation des services semble être demeurée plus traditionnellement compartimentée selon les anciennes missions.

Néanmoins, au-delà des alliances internes au sein de l'instance locale, c'est le partenariat entre les acteurs de la gouvernance et la communauté locale qui semble créer le contexte le plus favorable à l'intégration des services. L'alliance avec les communautés peut certes se nourrir de résistance, comme nous l'avons évoqué sous l'axe de la territorialité, mais elle constitue aussi une forme d'union entre le milieu et l'établissement qui a un impact sur la réorganisation des trajectoires de services. Dans certains territoires, des consultations publiques sur les projets cliniques ont permis de dégager les besoins et d'associer la population, parfois symboliquement, mais tout de même formellement, à la mise en place du CSSS. Même si elle est instaurée par l'organisation plutôt qu'activée par les communautés elles-mêmes, cette stratégie participative constitue un pouvoir politique important pour le CSSS, l'opinion de la population servant à faire contrepoids aux intérêts des divers groupes en présence, notamment à l'intérieur de l'organisation, et à amener les acteurs à transformer leurs pratiques. Surtout mobilisé dans des milieux plus divisés par

rapport à la fusion, le partenariat avec les populations crée des conditions propices au virage communautaire souhaité par la réforme, en permettant notamment d'amorcer la transition d'un leadership d'établissement vers un leadership plus territorial, dans le cadre d'opération du RLS. Qui plus est, comme le recours à la stratégie participative a essentiellement eu lieu dans les CSSS construits sur la base de regroupements territoriaux de MRC, il n'est pas exclu qu'elle ait été utilisée pour amener les populations à donner un sens et s'approprier ce nouvel espace sociosanitaire dans lequel elles évolueront dorénavant.

Cette analyse du jeu des *intérêts* met également en évidence la contribution du leadership, un aspect crucial dans la mise en œuvre de réformes à l'échelle d'un système de santé (Best, et al., 2012; Hendy & Barlow, 2012). Dépassant largement les limites de notre recherche, une discussion de l'abondante littérature, notamment dans les champs de la théorie organisationnelle et du management, autour du leadership en contexte de changement se trouve ici clairement hors de propos. Soulignons tout de même, au passage, que nos observations trouvent une résonance particulière dans un concept, celui du leadership de sens, abordé par Denis et coll. (2008; 2005) dans leurs travaux sur la gestion du changement dans le secteur de la santé québécois. En effet, nos observations révèlent que les directeurs généraux et, dans une moindre mesure, les présidents de conseil, qui croyaient à la réforme, ont parfois pu et su incarner cette vision et cette raison d'être dans des gestes concrets, le plus souvent dans les milieux où des intérêts diversifiés se trouvaient en présence.

Dans un contexte où, selon le MSSS (2010), la plupart des CSSS québécois ont choisi d'axer leurs stratégies sur l'intégration structurelle avant de se pencher sur les dimensions cliniques, l'expression ultime du leadership fut certainement, pour les dirigeants, d'arriver à faire passer les priorités cliniques avant celles de l'administratif. En effet, dans les territoires étudiés, nous remarquons que les CSSS qui se sont préoccupés, tôt dans le processus, des services cliniques – plutôt que de faire passer la structure et les enjeux de gouvernance en premier – semblent être ceux qui ont réussi les avancées les plus senties, et ce, tant sur le plan de l'intégration de la gouvernance que du maillage subséquent des missions.

À certains égards, cela rejoint une hypothèse évoquée par Touati et coll. (2006, p. 109) sur la circularité de deux processus conçus normalement comme linéaires : « Progress in the realm of clinical integration can also very well precede functional integration. Indeed, advances with regard to one dimension of integration will make it possible to gradually enhance another dimension of integration ». Ainsi, les instances locales qui sont parties des trajectoires de services pour concevoir leur structure organisationnelle, et qui ont utilisé le projet clinique comme levier pour transformer cette structure – quitte à la laisser imprécise au départ pour la stabiliser plus tard –, ont mis en place des conditions facilitantes à l'émergence d'une nouvelle organisation aux missions plus amalgamées.

6.1.6 Le politique : point de convergence des quatre axes

Les quatre axes synthétisant les constats centraux se dégageant de nos observations empiriques se chevauchent et s'entrecroisent. Fortement complémentaires, ils sont intimement liés entre eux par un élément central : la nature fondamentalement politique de l'opération d'intégration. En effet, d'un point de vue conceptuel, les pratiques de mise en œuvre locale de la loi décrites empiriquement dans cette thèse possèdent toutes les caractéristiques constitutives d'un processus politique, tant dans ses objets – le conflit et les relations de pouvoir – que dans ses modes d'action – le compromis et la négociation (Hudon & Poirier, 2011). Ainsi, au-delà d'une interprétation strictement factuelle, cette piste permet de donner à nos résultats un sens qui transcende leur seule valeur empirique.

Le conflit, qui, comme nous l'avons énoncé en introduction au chapitre 3, se structure autour de « rapports de domination et de réactions de résistance » (Hudon & Poirier, 2011, p. 66), émerge comme un thème omniprésent tout au long de la mise en œuvre locale du projet de loi 25. Il prend notamment sa source dans les intérêts divers et divergents manifestés, parfois historiquement ancrés et alimentés par les appartenances exprimées, et ce, à plusieurs échelles – les régions, les territoires, les organisations, les groupes et les individus – et sur de multiples objets – le découpage géographique, les missions, les établissements, les rôles et fonctions de gouvernance.

Pour illustrer, dans le modèle organisationnel d'avant la réforme, malgré des désaccords entre établissements, leurs relations, dans le contexte d'autonomie vocationnelle et administrative dont ils jouissaient, s'inscrivaient nettement plus dans un registre d'évitement et d'indifférence réciproque que de confrontation. Or, le projet de loi 25, à cause des fusions qu'il instaure, transforme passablement le contexte. Si le conflit demeure présent, les relations de pouvoir, jusque-là relativement contenues ou, du moins discrètes, sont davantage révélées par l'annonce des regroupements. Elles propulsent les établissements sur un terrain plus proprement politique où les organisations jaugent leur pouvoir relatif afin de déterminer s'ils opteront pour une stratégie de résistance ou d'abdication face aux fusions. Le même phénomène se produit à une échelle plus fine, celle des acteurs dans le contexte de leur organisation, où les individus, animés d'intérêts personnels, professionnels et stratégiques divers, évaluent notamment leur force relative par rapport aux joueurs en présence; cette opération dicte ensuite l'attitude offensive, défensive ou de repli qu'ils adopteront dans l'affectation des nouveaux mandats de gouverne.

Dans ces conditions, il leur faut donc s'opposer ou négocier; mais comme dans tout processus fondamentalement politique, rarement a-t-on vu les acteurs rechercher des consensus au sujet des modalités de mise en œuvre des instances locales. Bien qu'elles aient revêtu un caractère relativement harmonieux dans plusieurs territoires, les fusions constituent tout de même une opération de compromis négociés localement, en fonction des contextes et visant à gérer les désaccords initialement exprimés par les acteurs (Hudon & Poirier, 2011). Même balisée par les grands principes de la réforme, la concrétisation des fusions ne représente pas un geste d'acceptation unanime et consensuel du modèle d'organisation dans sa forme originelle proposée par le palier central.

La thèse défendue autour de la nature politique du processus de mise en œuvre peut sans doute aussi permettre d'expliquer, du moins partiellement, un phénomène révélé par les dynamiques observées, admis dans le champ des politiques publiques et intimement lié à l'exercice de la gouvernance publique en contexte pluraliste, celui du *Implementation Gap*. Comme l'expliquent Coleman et coll. (2010, p. 289), « research now generally recognises that actors (individuals and groups) in policy implementation have agendas and frames of

reference of their own and that these factors, along with local contexts, often have a substantial role in shaping what is actually enacted. »

Ainsi avons-nous vu l'État québécois privilégier la voie de l'autorité et du contrôle en fondant la mise en œuvre des objectifs de sa réforme sur un instrument législatif rationnel, en cherchant peut-être, par ce moyen, à la mettre le plus à l'abri possible des luttes d'influence et à minimiser les pourparlers (Hudon & Poirier, 2011). Or, en confiant l'implantation de la transformation aux agences, la réalisation des objectifs mêmes de la réforme, tels que promulgués par le central, dépend maintenant directement de la capacité du palier régional à en préserver l'essence et l'intégrité dans le cadre des négociations avec le palier local sur leur opérationnalisation. L'avenue de la proclamation unilatérale se révélant impraticable à l'étape de la mise en œuvre, les Agences doivent donc arriver à faire passer un modèle organisationnel relativement normé à travers des contextes institutionnels locaux fort diversifiés, à l'image de la singularité que l'on observe dans les six cas étudiés.

Dans ces conditions, l'opération se solde inéluctablement par des objections, mais aussi parfois par des représentations de la part d'acteurs locaux pour négocier des accommodements ou carrément tenter de se soustraire à l'application de certaines de ses modalités. Rappelons quelques exemples de ces compromis localisés : les exemptions consenties par le ministre sur les délimitations territoriales et l'obligation d'inclure le volet hospitalier dans l'instance locale; les arbitrages entre les anciens établissements sur la composition des conseils d'administration transitoires; les arrangements entre directeurs généraux pour assumer la gouverne de l'organisation naissante. Dans ces situations, le conflit n'est pas éradiqué, mais atténué par le processus même de marchandage entre acteurs et organisations, jusqu'à ce que des terrains d'entente soient trouvés, qu'une forme de cohésion s'installe et que les processus d'intégration puissent s'enclencher (Hudon & Poirier, 2011).

À l'évidence, les institutions et les acteurs régionaux et locaux possèdent donc un pouvoir discrétionnaire certain, grâce à leur capacité de réinterpréter les politiques nationales pour les adapter aux contextes vécus (Millar, et al., 2012; Tjerbo, 2009); ceci peut parfois se solder par un décalage entre les contenus initiaux de la politique et la réalité de sa mise en œuvre (Exworthy, et al., 2002; Exworthy & Frosini, 2008). Dans un contexte de

gouvernance multi-niveau (Denis, Lamothe, Langley, Breton, et al., 2008), les politiques se trouvent donc nécessairement reformulées à l'étape de la mise en œuvre.

6.2 VOLET 2 – Apports et limites conceptuels et méthodologiques

6.2.1 Réflexion critique sur le cadre d'analyse

Comme nous l'avons vu dans le premier volet de la discussion, la contribution de notre thèse s'avère d'abord et avant tout empirique. Elle n'avait pas pour objectif premier de contribuer au développement théorique, mais notre travail permet toutefois de porter un regard analytique sur les outils conceptuels mobilisés aux fins de la recherche. Dans le deuxième volet de ce chapitre, nous proposons maintenant une réflexion critique sur le cadre d'analyse retenu, afin d'apprécier dans quelle mesure il s'est avéré utile et pertinent pour éclairer notre objet d'étude.

6.2.1.1 Applicabilité du cadre en contexte d'implantation

D'entrée de jeu, notons que l'originalité de notre recherche consiste à mettre à contribution un cadre d'analyse d'économie politique normalement utilisé pour expliquer la mise à l'agenda et l'élaboration des politiques publiques, pour explorer une phase subséquente du cycle, soit celle de la mise en œuvre. De manière générale, nous concluons à son applicabilité pour l'étude de l'implantation, particulièrement pour des enjeux touchant l'organisation des services de santé. Il s'agit d'un cadre intégrateur particulièrement utile pour rendre compte de phénomènes inscrits dans une perspective historique et longitudinale, telles les opérations de fusions décrites, mais qui doit nécessairement être adapté pour mieux rendre compte de la mise en œuvre en contexte local.

Rappelons que le cadre d'analyse comporte quatre dimensions – les *institutions*, les *intérêts*, les *idées* et les *événements* – et a été mobilisé à la fois comme un outil d'observation, pour guider notre collecte de données, et un outil d'analyse, pour conceptualiser nos résultats saillants. Chacune de ces dimensions représente un champ en

soi de la science politique, si bien que chacune de ces traditions chapeaute et fait intervenir un grand nombre de concepts. Dans la présentation du cadre au chapitre 3, après avoir référé, de manière générale, à ce à quoi chaque dimension renvoie, nous avons retenu quelques concepts couramment mobilisés en analyse des politiques publiques, qui constituent des pistes prometteuses pour expliquer comment chaque dimension se manifeste plus concrètement dans un processus de changement.

6.2.1.2 *Portée explicative des concepts retenus*

Or, après utilisation du cadre d'analyse, deux constats émergent concernant les concepts retenus pour opérationnaliser chacune des dimensions. Le premier est que le concept mobilisé, pris individuellement, est observé dans nos résultats, mais ne permet que d'expliquer des pans de la réalité observée, et non pas l'entièreté du phénomène dans son caractère dynamique. Dans ces cas, la portée explicative du concept seul est limitée, sans toutefois être nulle parce que le croisement avec d'autres dimensions du cadre permet d'en enrichir la lecture. Le deuxième est qu'il n'est pas possible d'établir des liens entre le concept retenu et les données, ce qui ne rend toutefois pas inopérante la dimension qui lui sert de base, mais qui pose la question de la sélection de concepts alternatifs pertinents.

Illustrons le premier constat à l'aide d'un concept évoqué en lien avec la dimension institutionnelle de notre cadre. La dépendance au sentier (*path dependence*) permet certainement d'expliquer comment la mise en œuvre locale des fusions a pu être partiellement freinée par l'environnement institutionnel particulièrement puissant des établissements de santé vu les fortes logiques professionnelles et technocratiques, et les contraintes légales et techniques à l'œuvre (Champagne, 2002). Les institutions du secteur de la santé ayant naturellement une tendance à l'inertie, cela se traduit généralement par des comportements renforçant le statu quo, une stratégie largement dépeinte dans nos résultats. Notre deuxième axe de discussion, se rapportant à l'apport de l'histoire institutionnelle dans les dynamiques subséquentes de fusions, se révèle d'ailleurs particulièrement évocateur de cet immobilisme et des coûts associés au changement pour les institutions (Skocpol & Kennan Seliger, 2004; Trouvé, et al., 2010). Qui plus est, les schémas territoriaux ou de composition des conseils d'administration et des directions générales, malgré les stratégies déployées, ne se sont pas radicalement éloignés de ceux préexistants.

D'une certaine façon, si cela témoigne d'une forme de dépendance au sentier, cette seule piste ne peut constituer une explication totalement fondée, l'inertie ayant certes pu être contrée ou contournée puisque, en bout de piste, des instances locales se sont tout de même mises en place partout.

Aussi, le cadrage des politiques (*policy frames*), un concept mobilisé sous la dimension idéale de notre cadre d'analyse, permet d'expliquer certaines des résistances rencontrées lors de la mise en œuvre de l'intégration. Par exemple, les oppositions exprimées lèvent le voile sur des discordances entre les schèmes véhiculés par le palier régional et ceux du local, particulièrement autour de dimension prescriptive de la réforme. Le palier local s'inscrit en faux contre le caractère imposé des regroupements d'établissements et de territoires, qui ne concorde pas avec leur vision d'un modèle organisationnel adapté à la spécificité des contextes locaux, des individus en place et de l'histoire des communautés. La réaction est donc de justifier le schéma existant, plus conforme aux modes de pensée jusqu'alors dominants et aux institutions en place, plutôt que d'accepter le nouveau proposé (Millar, et al., 2012). Voyant le modèle organisationnel menacé, les Agences s'engagent alors dans des négociations pour tenter de redonner une légitimité aux principes de la réforme, en tentant toutefois de les traduire pour qu'ils correspondent davantage à la réalité contextuelle et institutionnelle propre à leurs territoires.

Le deuxième constat peut être illustré par le concept des réseaux de politique (*policy networks*) en lien avec la dimension des *intérêts*. Selon cette piste explicative, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques seraient garanties de négociations se déroulant au sein de réseaux, structurés autour d'intérêts communs et qui nouent des liens entre la société civile et les acteurs étatiques (Hudon & Poirier, 2011; Rhodes, 2007). Or, la réalité de la mise en œuvre du projet de loi 25 montre, d'une part, que les individus ont eu une contribution plus significative que les groupes d'acteurs et, d'autre part, que les échanges sont demeurés largement confinés à l'intérieur du réseau de la santé, et donc, de l'appareil étatique³⁸. Cela n'a pas empêché une gamme diversifiée d'intérêts – professionnels, personnels, cliniques,

³⁸ En effet, ce n'est qu'à l'amorce des négociations entourant les délimitations territoriales que les acteurs politiques municipaux sont intervenus, pour s'éclipser par la suite. Quant à la société civile, les communautés n'ont pas, de leur propre chef, sauté dans l'arène au moment de l'implantation, mais ont parfois été instrumentées par les CSSS, avec l'idée de faire contrepoids aux intérêts professionnels organisés, notamment à l'étape du projet clinique.

administratifs, vocationnels, géographiques, et identitaires, notamment – d’être mis de l’avant dans des discours de résistance ou de capitulation devant la fusion de la gouvernance. Néanmoins, dans ce contexte, il est difficile de conclure que des réseaux politiques sont réellement et ouvertement intervenus au moment de l’implantation.

En contrepartie, la prépondérance des individus n’exclut toutefois pas que des intérêts collectifs se soient aussi exprimés à travers différents groupes. En effet, il semble que les directeurs généraux, et à certains égards les membres de conseil, ont pu jouer un rôle apparenté à celui d’entrepreneurs de politiques en s’investissant personnellement dans la transformation et en lui donnant un sens. L’annonce de la transformation active nécessairement, chez certains groupes, des intérêts latents qu’ils s’affaireront à défendre durant l’opération de mise en œuvre et que les entrepreneurs auront à arbitrer et à concilier. En contexte d’exercice de la gouvernance, les dirigeants, dans un souci professionnel d’influencer le devenir de l’organisation en cohérence avec les objectifs de la réforme, tablent sur diverses opportunités locales pour mobiliser ces groupes, en tentant d’influencer leur vision et en transformant le sens en gestes concrets d’intégration.

6.2.1.3 *Des événements... au contexte*

La dernière dimension du cadre, celle des *événements*, devrait, nous semble-t-il, devoir être révisée pour mieux rendre compte des particularités de la mise en œuvre par rapport aux phases précédentes du cycle des politiques. Au stade de la mise à l’agenda, il est aisé de concevoir, tel que le formule Kingdon (2003), comment des événements spécifiques et ponctuels peuvent ouvrir ou fermer des fenêtres d’opportunités et permettre à des enjeux de se faufiler jusqu’à l’agenda gouvernemental. Toutefois, au stade la mise en œuvre, particulièrement dans un milieu local, la contribution des *événements*, bien qu’ils jouent, comme nous l’avons montré, un rôle parfois significatif pour faire avancer le projet de fusion (des départs d’acteurs-clés notamment), nous apparaît trop restrictive. En effet, il serait pertinent de la redéfinir sur la base d’un *contexte*, plutôt que d’une vision plus rigide d’*événements*, qui semble mettre trop d’insistance sur la contribution de facteurs exogènes à un processus de changement et qui place ainsi la causalité à l’extérieur des acteurs. Au-delà de la simple survenue d’événements ponctuels, notre recherche montre plutôt que les acteurs ont su tirer profit d’éléments du contexte local, qu’ils contribuent à forger parce

qu'ils y évoluent, et mobilisé ces opportunités pour promouvoir les fusions. Ainsi, en élargissant à un contexte, qui insiste davantage sur la réciprocité entre les acteurs et les contingences locales, cette dimension prend un sens nouveau.

6.2.1.4 Des dimensions conceptuelles en interaction

En bref, même si quelques-uns des concepts retenus pour opérationnaliser le cadre ne semblent pas toujours pleinement adéquats pour permettre une analyse exhaustive des cas, la plupart, en revanche, s'appliquent relativement bien à nos observations. Prise isolément, chacune des dimensions n'arrive bien entendu pas à expliquer totalement comment la dynamique a pu évoluer au point de rendre les fusions possibles. Elles arrivent tout juste parfois à rendre compte des rigidités rencontrées. En ce sens, la dimension interactive du cadre possède la plus grande portée explicative, lorsque les dimensions sont analysées les unes par rapport aux autres, dans leurs interactions. En définitive, les quatre grandes dimensions se trouvent simultanément en jeu dans l'ensemble des cas étudiés et nous remarquons que c'est à la fois le dosage relatif de chaque dimension et la manière dont elles, prises dans leur ensemble, s'imbriquent, qui déterminent le caractère et marquent la singularité des cas étudiés.

Pour conclure, la force du cadre d'analyse utilisé repose certainement dans la combinaison des approches théoriques qu'il propose, ce qui en fait un cadre pertinent pour rendre compte d'un phénomène aussi dynamique et singulier que la transformation des systèmes de santé. Il s'est montré suffisamment large pour chevaucher la réalité de plusieurs forces d'action et réalités territoriales locales a priori fort diversifiées. Nous y avons tout de même proposé quelques ajustements, mais il n'en demeure pas moins que nos données empiriques se sont avérées beaucoup plus riches que ce que le cadre d'analyse nous permettait de récolter ou d'expliquer. Selon Boudon (1985), si les modèles s'avèrent essentiels, les limites en sont soulignées une fois que ces modèles sont appliqués aux faits. Ils se trouvent donc nécessairement enrichis par les données empiriques. Dans ce contexte, nous nous sommes gardée de penser la réalité observée simplement en fonction du cadre ou d'en demeurer captifs. À ce titre, nous y avons greffé une lecture plus proprement politique, qui nous apparaissait complémentaire et pertinente pour objectiver les pratiques observées durant la mise en œuvre du projet de loi 25 et expliquer comment les acteurs avaient réussi,

à travers la négociation de compromis, à abattre les obstacles et à créer des conditions favorables au changement.

6.2.2 Forces et limites de la recherche

En raison de son recours à l'approche méthodologique constructiviste aux études de cas proposée par Stake (1995, 2005, 2006), notre recherche nous semble comporter une double originalité. Premièrement, elle permet d'établir la pertinence de cette approche dans le champ de la recherche sur les services et systèmes de santé où l'approche de Yin prédomine traditionnellement (Boblin, Ireland, Kickpatrick, & Robertson, 2013). Deuxièmement, elle démontre son applicabilité hors du créneau de l'évaluation de programme où elle est née, pour s'étendre à celui de l'analyse des politiques publiques, et notamment à l'étude de leur mise en œuvre.

Grâce à l'abondance du matériel dépouillé, la qualité des sources mobilisées, la richesse des entretiens, la précision visée dans les descriptions des cas, l'examen de cas atypiques, et l'analyse des données à partir des multiples lognettes théoriques de notre cadre d'analyse, nous jugeons avoir dressé un portrait exhaustif, détaillé et robuste de notre objet qui confère fiabilité et crédibilité à notre recherche. Bien que plusieurs des axes explorés auraient pu être approfondis, notre étude présente la particularité de peindre un portrait global et longitudinal de l'expérience d'intégration de la gouverne en contexte local. Bien qu'une forme de transférabilité semble possible dans des contextes similaires, soit en milieu rural ou semi-urbain, nous croyons que l'applicabilité au-delà des cas eux-mêmes demeure limitée en raison de la forte contingence locale décrite.

Notre recherche comporte également certaines limites qui se rapportent principalement à un aspect particulier du devis de recherche soit les sources de données mobilisées. Premièrement, dans le cadre d'un projet à caractère historique et évolutif, le recours aux entrevues a posé quelques écueils pour ce qui est du repérage des informateurs, de la conduite des entretiens et du traitement des données en découlant. Comme nous avons étudié un phénomène passé, il s'est avéré ardu, malgré un travail d'enquête approfondi, non pas d'identifier, mais bien de retracer et d'entrer en contact avec les répondants-clés ciblés

pour chacun des cas. En effet, comme nous cherchions à rencontrer des directeurs généraux et membres de conseil d'administration en poste en 2003-2004, certains étaient bien évidemment, six ans plus tard, souvent retraités, toujours actifs, mais hors réseau de la santé et des services sociaux, ou même parfois décédés. En conséquence, nous relevons de légères inégalités dans le matériel récolté d'un cas à l'autre, certains étant mieux documentés que d'autres. Dans les cas où la perspective nous semblait incomplète, nous avons pallié les manques en ayant davantage recours à l'analyse documentaire, et parfois en sollicitant des témoins indirects, afin d'accroître la crédibilité des résultats.

Deuxièmement, une autre limite identifiée en lien avec les entretiens a trait aux non-dits. Étant donné le caractère parfois délicat et stratégique des objets abordés, si locaux soient-ils, il se peut que les acteurs n'aient pas toujours répondu franchement et sans détour à nos questions ou aient omis de révéler des informations sensibles qui auraient pu s'avérer éclairantes pour documenter nos cas. Ces écueils sont typiques aux entrevues avec des élites (*elite interviews*), qui permettent un accès privilégié au récit d'événements se déroulant derrière des portes closes, mais qui se révèlent porteuses de spécificités méthodologiques qui commencent tout juste à être évoquées dans la littérature sur la recherche qualitative (Berry, 2002; Goldstein, 2002; Lilleker, 2003).

Nous avons donc pris des précautions particulières, dès l'étape de la planification du travail de terrain, pour nous assurer de rapidement créer des liens de confiance qui, espérons-nous, disposerait les répondants à partager leurs expériences en toute franchise. Comme l'indique Goldstein, « good preparation does not only lead to good data for a particular interview, but credibility for future interviews for your project [...] » (Goldstein, 2002, p. 671). Nous jugions donc important d'accorder une attention particulière à cet aspect puisque, dans un contexte de recherche dans de petits milieux, vu les liens de proximité entre les élites locales, les portes s'ouvrent aisément, mais peuvent également se refermer rapidement. Nous avons donc réalisé la majorité de nos entretiens en face à face et avons tenté de les mener sous forme de conversations informelles. Le guide d'entretien s'est d'ailleurs révélé d'une utilité limitée, mais cette stratégie a semblé susciter un contenu riche de détails et de révélations. Nous avons ensuite tenté de corroborer et de contrevérifier le plus possible des éléments révélés en entrevue au moyen du corpus documentaire dont nous

dispositions. Malgré tout, il se peut que des informations cruciales ne nous aient pas été révélées et, en conséquence, aient pu influencer sur la construction des récits présentés.

Finalement, les limites identifiées en lien avec notre démarche de collecte de données dans de petits milieux nous apparaissent être porteuses de pistes qui mériteraient d'être approfondies et qui pourraient enrichir le débat méthodologique sur les entretiens avec les élites. En effet, nous remarquons le caractère restrictif³⁹ des définitions du concept énoncées dans la littérature. Or il nous semble que notre étude plaide pour un élargissement du débat pour une prise en compte des élites locales, dans la mesure où les écueils méthodologiques rencontrés dans ce projet convergent avec ceux identifiés dans la littérature (Berry, 2002; Goldstein, 2002; Lilleker, 2003).

³⁹ Lilleker (2003, p. 207) définit les élites comme suit : « those with close proximity to power or policymaking; the category would include all elected representatives, executive officers of organisations and senior state employees ».

Chapitre 7 - Conclusion

7.1 Principales contributions à l'avancement des connaissances

L'intégration verticale est l'une des options privilégiées pour réorienter les systèmes et les services de santé autour de la 1^{re} ligne. Toutefois, les exemples d'implantation de ce type de réformes demeurent encore rares. Partant de ce constat, cette recherche s'est articulée autour d'une question centrale soit : *comment et sous quelles conditions s'est instaurée l'intégration de la gouvernance administrative des établissements de santé dans le cadre de la réforme visant la mise en place des CSSS lancée en 2003-2004 au Québec?*

L'originalité de notre étude se situe sur plusieurs plans. À un premier niveau, elle a permis de produire des retombées autour de trois questions-clés dans le champ des services et politiques de santé : le processus d'intégration verticale (Boerma, 2006; Wadmann, Stranberg-Larsen, & Vrangbaek, 2009; World Health Organization, 2008), la dynamique propre à la mise en œuvre d'une politique de santé (Maioni, 2004; Walt, 1998), une étape plutôt négligée de l'analyse des politiques publiques car conçue en fonction de logiques quasi exclusivement administratives, et l'étude contextualisée et localisée de l'opérationnalisation d'une réforme introduite à l'échelle d'un système de santé (Best, et al., 2012).

À un deuxième niveau, la dimension historique et longitudinale dans laquelle s'inscrivent les riches descriptions de nos cas, documentés sur une période de quinze ans, permet de situer nos constats principaux dans une temporalité longue. De fait, elle montre l'aspect évolutif du processus de changement et la manière dont cette vague de fusions s'inscrit par rapport aux opérations similaires menées antérieurement dans le système de santé québécois. Qui plus est, l'amorce de notre projet six ans après l'introduction de la réforme permet d'offrir une lecture teintée de recul sur cette transformation, les acteurs ayant eu largement le temps de rationaliser leurs actions et de donner un sens à l'opération. Finalement, en insistant sur le « comment » plutôt que sur le « quoi », elle permet de documenter l'implantation des fusions dans leur contexte, en illustrant, au-delà des

déterminants de l'intégration de la gouvernance, la dynamique plus large qui permet à ces conditions d'émerger.

À un troisième niveau, la thèse enrichit les travaux existants sur la réforme mettant sur pied les CSSS. Si partout l'intégration de la gouvernance s'est minimalement réalisée par des fusions administratives, il demeure cependant un écart entre les cas étudiés sur les progrès enregistrés en matière d'intégration des services. Sur ces objets, la recherche met en évidence la singularité des expériences vécues dans chacun des territoires, les contingences locales modulant fortement la dynamique et les stratégies d'implantation retenues, de même que les retombées sur les maillages entre les missions.

En dépit de cette singularité, il nous a été possible de dégager quelques principaux constats et diverses pistes de réflexion, qui constituent autant de contributions à l'avancement des connaissances dans le champ des politiques et de l'organisation des services de santé. S'articulant autour de quatre axes convergents, nos principaux constats saillants apportent une réponse à la question de recherche énoncée, de même qu'à ses objectifs sous-jacents.

D'abord, l'axe de la *territorialité* rejoint l'objectif énoncé de comprendre *comment se sont négociées et traduites localement les modalités des fusions administratives prévues par la réforme de 2003-2004*. Nous y mettons en évidence la prégnance de la MRC à la fois comme référentiel historique et contemporain d'organisation des services, et comme lieu d'expression de l'identité des communautés locales. Dans l'opérationnalisation de la réforme, cette double réalité alimente les mobilisations et contestations autour des regroupements des territoires de MRC proposées par les Agences pour appuyer le déploiement des instances locales. Aux vues des résistances exprimées, le palier régional a eu à réconcilier deux logiques dans sa conceptualisation de la territorialité : l'une d'efficacité clinique et administrative, et découlant de préoccupations liées à l'organisation et à la hiérarchisation des services, l'autre politique et communautaire, et relevant du territoire vécu, lieu de structuration des communautés d'intérêts et nécessaire à l'émergence de la responsabilité populationnelle. Au bout du compte, le caractère institutionnalisé de la MRC s'est réaffirmé durant l'exercice, les compromis négociés n'ayant pas, en définitive, radicalement transformé le schéma territorial pré-réforme.

Ensuite, l'axe de *l'histoire institutionnelle* répond à l'objectif fixé de *décrire pour les territoires choisis, l'évolution des rapprochements ou des regroupements d'établissements engagés avant 2003-2004*. Nous y concluons que la mise en place des instances locales s'inscrit plus largement dans un processus séquentiel et évolutif, fait de phases successives et interreliées de fusions et de rapprochements instaurées depuis les années 1990. Ces expériences instaurent entre les missions ou les établissements des dynamiques à la fois conflictuelles, surtout dans le cas de fusions passées imposées, ou consensuelles, celles-ci étant davantage observées à la suite de rapprochements antérieurs mutuellement consentis et plus adaptés aux forces en présence dans les milieux locaux. Cet héritage a ensuite un impact sur la mise en œuvre locale de la réforme en 2004. Malgré l'instauration, d'une phase à l'autre, de plus en plus de liens administratifs ou cliniques cohérents avec l'esprit du projet de loi 25 subséquent, l'empreinte de ces expériences passées ne semble pas prédictive de maillages plus serrés entre les missions ni de facilité à mettre en œuvre des instances locales.

Enfin, les deux derniers axes, ceux des *organisations et des missions*, et des *acteurs*, rejoignent nos objectifs 3 et 4, soit : *d'analyser les stratégies et dynamiques d'implantation locales de l'intégration de la gouvernance à travers les expériences de fusion de CH-CLSC-CHSLD dans des territoires choisis; et d'explorer les répercussions perçues de ces dynamiques sur l'instauration subséquente de l'intégration des missions et des services*.

Sous l'axe des *organisations et des missions*, nous établissons que l'annonce des fusions suscite diverses formes de manifestations de résistance se rattachant toutes à des appartenances exprimées à la fois envers un établissement, une mission ou, plus globalement, à l'institution qui l'incarne. La lutte se focalise entre les CH et les CLSC, ce qui évoque la polarisation entre les discours curatif et préventif, mais qui relègue les CHSLD, plus affaiblis, à un rôle passif de second plan. Nous observons que la posture de résistance adoptée par les CLSC, particulièrement ceux de 1^{re} génération, constitue non pas une réaction ponctuelle, mais bien une pratique historiquement ininterrompue, qui vise essentiellement la préservation de l'institution, mais aussi celle de l'établissement. De fait, elle se présente tant dans l'ensemble des phases antérieures de regroupements que dans l'opération de 2003-2004, et ce, sans égard à la forme ou à la configuration changeante des

unifications proposées. Initialement écrasée au profit du volet hospitalier dans les premiers moments de la mise en œuvre, l'influence de la mission communautaire se renforcera en cours d'exercice. Ainsi, alors que l'action du CSSS migre d'une logique institutionnelle et vocationnelle vers une base territoriale et populationnelle, les conflits interétablissements deviennent caduques mais les missions, elles, demeurent résilientes et sont transcendées et maillées, à des rythmes différents selon les territoires.

Sous l'angle des *acteurs*, ce sont les individus, beaucoup plus que les groupes, qui ont été déterminants à la fois de la mise en œuvre avec succès de l'instance locale et de l'intégration des services, et ce, en misant sur leurs affiliations pour contrer les oppositions. Les périodes d'intérim offrent une opportunité aux constellations d'acteurs de se reconfigurer, alors que les titulaires des fonctions de direction demeurent largement désignés au gré d'arbitrages et de négociations locales. Ils misent sur leurs appartenances (profil et provenance) et sur les alliances qu'ils sont en mesure de nouer avec la gouvernance démocratique (conseil d'administration et population), administrative (équipe de gestion) et clinique (médecins) pour articuler l'intégration des services. Or, le succès de cette intégration repose notamment sur l'adoption d'une stratégie visant à agir prioritairement sur les dimensions cliniques souvent au détriment des considérations administratives.

Pointant vers les conditions de mise en œuvre de la réforme, les quatre axes dégagés sont animés d'une même dynamique, celle d'une constante tension entre deux logiques : la résistance et l'appartenance. L'affrontement de ces logiques génère des conflits qui se doivent d'être arbitrés au moyen du compromis et de la négociation. Cela nous amène à conclure à la nature proprement politique du processus de mise en œuvre locale de l'intégration de la gouvernance par fusions, puisqu'il la rejoint tant dans ses objets que dans ses modes d'action. Ainsi, d'un point de vue conceptuel, nous concluons que les *intérêts*, incarnés par les pratiques des acteurs en place, ont souvent constitué la variable explicative dominante de l'implantation de cette politique. Les acteurs ont su infléchir les résistances institutionnelles et agir sur les schèmes idéels en profitant d'événements particuliers, mais surtout en mobilisant des éléments particuliers propres aux contingences et contextes locaux dans lesquels la transformation s'est déployée.

7.2 Pistes de recherche futures

Bien que notre recherche ait fait émerger nombre de questions méritant une analyse plus approfondie, nous explicitons ici deux pistes de recherches pertinentes à explorer dans le futur.

7.2.1 La reconfiguration territoriale : influence des MRC et interactions locales-régionales

Sous l'angle de la territorialité, deux sous-pistes semblent prometteuses. Premièrement, l'une des contributions à la pratique parmi les plus importantes de notre travail a certainement été de mettre en évidence la place de la MRC comme référentiel d'organisation des services de santé au Québec. Dans cette veine, une analyse du poids politique des élus locaux et des MRC dans l'implantation locale des grandes décisions d'orientations des systèmes de santé apparaît opportune. Deuxièmement, la création de nouvelles entités, les CSSS, aux tailles diversifiées et aux responsabilités remaniées, transforme les rapports de force entre les paliers de gouverne régional et local. Or, la redéfinition de la territorialité locale dans le cadre de la réforme semble être déterminante de l'importance relative qu'occupe le territoire régional. Dans ce contexte, il serait intéressant d'étudier comment le palier régional parvient à exercer son autorité et à justifier sa légitimité et sa pertinence aux vues d'établissements locaux renforcés et plus indépendants.

7.2.2 La fusion comme instrument de politique

Dans ses travaux sur les fusions, Demers (2013, p. 1) signale que:

mergers impede integrated care by creating increased bureaucratisation and standardisation and by triggering conflicts and mistrust among the staff of the merged organisations. It is then preferable to let local actors select the most appropriate organisational integration model for their specific context and offer them resources and incentives to cooperate.

Vu le caractère exploratoire de ce volet secondaire de notre recherche, nos conclusions à cet égard demeurent prudentes, car nous n'avons que partiellement mis en lumière la perception des acteurs locaux quant à l'effet des fusions sur le degré d'avancement de l'intégration des services. Cela dit, notre recherche, en convergence avec la littérature sur le sujet, réitère (avec quelques nuances) que l'intégration de la gouvernance des établissements de santé ne semble pas être une condition préalable à une intégration réussie des missions et services. Dans ce contexte, il est peut-être alors pertinent de se demander pourquoi, au Québec comme ailleurs, l'intégration en question (autrement dit la fusion) demeure l'instrument privilégié par les décideurs publics pour instaurer plus de coordination et de cohérence dans les systèmes de santé.

Bibliographie

Abdelal, R., Blyth, M., & Parsons, C. (Eds.). (2010). *Constructing the international economy*. Ithaca & London: Cornell University Press, 294 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004a). *Communiqué de presse. Création du Centre de santé et de services sociaux de Beauce*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004b). *Communiqué de presse. Création du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004c). *Communiqué de presse. Création du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (11 juin 2004). *Point 6: Structure d'appui à mettre en place pour soutenir l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Présenté au comité régional des directrices et directeurs généraux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 23 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (18 février 2004). *Cadre de référence. Développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches. Document d'appui à la consultation*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 70 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (19 février 2004). *Communiqué de presse: Chaudière-Appalaches: Lancement des consultations sur les modèles de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (22 avril 2004). *Communiqué de presse: Adoption de la proposition de modèle de réseaux locaux en Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Concertation action Chaudière-Appalaches -*

Express, juillet 2004, volume 3, numéro 2. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 10 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004b). *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches.* Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 132 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004c). *Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches: sommaire.* Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 50 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004d). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, mars 2004, volume 1, numéro 1.* Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005a). *Portrait de la population des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région de Chaudière-Appalaches.* Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 155 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005b). *Rapport annuel de gestion 2004-2005.* Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 195 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *La population du Bas-Saint-Laurent desservie par huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 32 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005.* Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 87 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006.* Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 93 p.

Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007.* Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 122 p.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006.* Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 126 p.

- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009a). *Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches: Connaître et mobiliser pour mieux intervenir. Territoire de la MRC de L'Islet*. Sainte-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 124 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009b). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 128 p.
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2009a). *Fiche sociosanitaire: RLS de Rivière-du-Loup (version du 6 novembre 2009)*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent/DSPSSP, 4 p.
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2009b). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 143 p.
- Agence de santé publique du Canada. (2007). Santé des populations - Qu'est-ce qui détermine la santé?, [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html> (Page consultée le 3 avril 2007).
- Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Ottawa: Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 57 p.
- Ahgren, B. (2008). Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87(1), p. 92-99.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: The development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*, 11, p. 1-8.
- Allen, C., & Stevens, S. (2007). Health service integration: A case study in change management. *Australian Health Review*, 31(2), p. 267-275.
- Andrain, C. F. (1998). *Public health policies and social inequality*. New York: New York University Press, 292 p.
- Angen, M. J. (2000). Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qualitative Health Research*, 10(3), p. 378-395.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9, p. 1-9.
- Assemblée nationale du Québec. (2012). Joseph Damasse Bégin (1900-1977), [En ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/deputes/begin-joseph-damase-1947/biographie.html> (Page consultée le 18 décembre 2012).
- Barnes, M., & Macleod, H. (2008). Reflections on Ontario's primary healthcare journey. *Healthcare Papers*, 8(2), p. 45-47.

- Baum, F. E., Bégin, M., Houweling, T., & Taylor, S. (2009). Changes not for the fainthearted: Reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *American Journal of Public Health, 99*(11), p. 1967-1974.
- Baumgartner, F. R. (2012). Ideas and policy change. *Governance, 26*(2), p. 239-258.
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative data analysis with NVivo*. London: SAGE Publications, 217 p.
- Bazzoli, G., Dynan, L., Burns, L., & Yap, C. (2004). Two decades of organizational change in health care: What have we learned? *Medical Care Research and Review, 61*(3), p. 247-331.
- Bégin, C. (1977). Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? *L'hygiène mentale au Canada, 25*(4), p. 11-15.
- Bégin, C., Béther, H., Joubert, P., & Poulin, D. (1984). *L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales: analyse décisionnelle. Rapport de recherche*. Québec: Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales, 133 p.
- Béland, D. (2010). Policy change and health care research. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 35*(4), p. 615-641.
- Béland, D., & Cox, R. H. (2010). Introduction. Dans D. Béland & R. H. Cox (Eds.), *Ideas and politics in social science research* (pp. 3-22). New York: Oxford University Press.
- Benjamin, G. (3 février 2006). Mort d'une patiente à l'hôpital Beauce-Etchemins. Un médecin aurait dû être appelé au chevet de la malade. *Le Soleil*, p. A7.
- Berman, S. (2012). Ideational theorizing in the social sciences since "Polic paradigms, social learning, and the state". *Governance, 26*(2), p. 217-237.
- Berry, J. M. (2002). Validity and reliability issues in elite interviewing. *Political Science and Politics, 35*(4), p. 679-682.
- Berthelot, J.-M. (1990). *L'intelligence du social: le pluralisme explicatif en sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 249 p.
- Berthelot, J.-M. (2004). *Les vertus de l'incertitude: le travail de l'analyse dans les sciences sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 271 p.

- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *The Milbank Quarterly*, 90(3), p. 421-456.
- Bhatia, V. (2003). *A cross-provincial study of health care reform in Canada: Academic literature review – Synthesis paper*. Hamilton: McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 32 p.
- Bhatia, V., & Coleman, W. (2003). Ideas and discourse: Reform and resistance in the Canadian and German health systems. *Canadian Journal of Political Science*, 36(4), p. 715-739.
- Blankenau, J. (2001). The fate of National Health Insurance in Canada and the United States: A multiple streams explanation. *Policy Studies Journal*, 29(1), p. 38-55.
- Bleich, E. (2002). Integrating ideas into policy-making analysis: Frames and race politics in Britain and France. *Comparative Political Studies*, 35(9), p. 1054-1076.
- Boase, J. P. (1996). Institutions, institutionalized networks and policy choices: Health policy in the US and Canada. *Governance*, 9(3), p. 247-350.
- Boblin, S. L., Ireland, S., Kickpatrick, H., & Robertson, K. (2013). Using Stake's qualitative case study approach to explore implementation of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 23(9), p. 1267-1275.
- Boerma, W. G. W. (2006). Coordination and integration in European primary care. Dans R. Saltman, A. Rico & W. G. W. Boerma (Eds.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care* (pp. 3-21). Glasgow: Open University Press.
- Boerma, W. G. W., & Rico, A. (2006). Changing conditions for structural reform in primary care. Dans R. Saltman, A. Rico & W. G. W. Boerma (Eds.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care* (pp. 50-67). Glasgow: Open University Press.
- Boudon, R. (1985). *La place du désordre: Critique des théories du changement social* (2^e ed.). Paris: Presses universitaires de France, 245 p.
- Bouliane, A. B. (22 décembre 2008). Jean-Claude Gagné aura laissé sa marque, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=128647> (Page consultée le 16 août 2010).
- Bourque, D., Lachappelle, R., Maltais, D., Savard, S., & Tremblay, M. (2011). Création des CSSS et impacts sur les rapports avec les organismes communautaires et d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. *Service social*, 57(1), p. 80-98.

- Brady, D. W., & Kessler, D. P. (2010). Why is health reform so difficult? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(2), p. 161-175.
- Braun, D. (1999). Interests or ideas? An overview of ideational concepts in public policy research. Dans D. Braun & A. Busch (Eds.), *Public policy and political ideas* (pp. 11-29). Cheltenham: Edward Elgar.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.-L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisations des soins*, 39(2), p. 113-124.
- Briquet, J. L. (1998). La politique clientélaire. Clientélisme et processus politiques. Dans J. L. Briquet & F. Sawacki (Eds.), *Le clientélisme politique dans les sociétés contemporaines* (pp. 7-37). Paris: Presses Universitaires de France.
- Brochu, I., & Proulx, M.-U. (1995). La construction institutionnelle des régions du Québec. *Administration publique du Canada*, 38(1), p. 94-111.
- Brousselle, A., Denis, J.-L., & Langley, A. (1999). *Que savons-nous des fusions d'hôpitaux?* Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 14 p.
- Burns, L., & Pauly, M. (2002). Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21(4), p. 128-143.
- Bussièrès, I. (2 avril 2002). Thetford Mines: en camping au centre d'accueil. Le comité des usagers du Pavillon Saint-Joseph presse le ministère d'appuyer la construction d'un nouvel établissement de 12 millions \$. *Le Soleil*, p. A15.
- Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G., & Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et solidarités*, 38(1), p. 8-23.
- Campbell, J. L. (1998). Institutional analysis and the role of ideas in the political economy. *Theory and Society*, 27(3), p. 377-409.
- Centre de santé des Etchemins. (21 mai 2004). *Proposition pour une composante rurale aux RLS de Chaudière-Appalaches. Le réseau local de services de santé et de services sociaux des Etchemins (RLS des Etchemins)*. Lac-Etchemin: Centre de santé des Etchemins, 70 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (3 mars 2009). *Communiqué de presse: Le CSSSB déploie des équipes de soutien à domicile (SAD) dans 5 municipalités*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (10 septembre 2007). *Communiqué de presse: Un administrateur du CSSS de Beauce est destitué de ses fonctions*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (11 mars 2009). *Communiqué de presse: Le Centre de santé et de services sociaux de Beauce: porte d'entrée des services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (19 octobre 2006). *Communiqué de presse: Forum des partenaires du CSSS de Beauce*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2005a). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Beauceville: CSSS de Beauce, 31 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2005b). *Le projet clinique: Quoi?... Pourquoi?... Comment?* Beauceville: CSSS de Beauce, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2006). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Beauceville: CSSS de Beauce, 48 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007a). *CSSSB 2007-2010. Projet organisationnel et clinique*. Beauceville: CSSS de Beauce, 90 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007b). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Beauceville: CSSS de Beauce, 66 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2008). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Beauceville: CSSS de Beauce, 76 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2010). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Beauceville: CSSS de Beauce, 88 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2011). *Conseil des partenaires et tables de concertation*, [En ligne].
<http://www.csssbeauce.qc.ca/fra/Conseilpartenaires.html> (Page consultée le 28 février 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2005). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 33 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2006). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 110 p.

- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2007). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 65 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2009). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 72 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010a). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 71 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010b). Les fondements du CSSSRT: Historique, [En ligne]. <http://www.centresantethetford.ca/sante-quebec/info.cfm?noPageSiteInternet=313&cfgsection=lecssrt&cfgsoussection=historique> (Page consultée le 10 août 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010c). Notre région. Quelques données sur la population, [En ligne]. <http://www.centresantethetford.ca/sante-quebec/info.cfm?noPageSiteInternet=310&cfgsection=notreregion&cfgsoussection=quelquesdonneesurlapopulation> (Page consultée le 10 août 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010d). Notre région. Territoire couvert. Municipalités desservies par le CSSSRT, [En ligne]. <http://www.centresantethetford.ca/sante-quebec/info.cfm?noPageSiteInternet=307&cfgsection=notreregion&cfgsoussection=municipalitesdesserviesparlecssrt> (Page consultée le 10 août 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010e). *Trait d'union - Journal du CSSS de la région de Thetford. Janvier 2010: volume 6, numéro 1*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2005). *CSSSM. Rapport annuel d'activité 2004-2005*. Matane: CSSS de Matane, 48 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2006). *CSSSM. Rapport annuel 2005-2006*. Matane: CSSS de Matane, 21 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2007). *CSSSM. Rapport annuel d'activité 2006-2007*. Matane: CSSS de Matane, 58 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2008). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Matane: CSSS de Matane, 64 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2009). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Matane: CSSS de Matane, 82 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2010). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Matane: CSSS de Matane, 93 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (4 juillet 2005). *Projet clinique Express. Volume 1, numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (20 octobre 2009). *Procès-verbal - Quarante-septième séance régulière du conseil d'administration*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 8 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (22 octobre 2008). *Communiqué de presse: Rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. Le CSSS de Montmagny-L'Islet débute l'agrandissement de son hôpital et construit les maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (25 novembre 2005). *Projet clinique Express. Volume 1, numéro 2*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (28 mars 2006). *Projet clinique Express. Volume 2, numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 8 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (29 mai 2009). *Communiqué de presse: Palmarès des urgences du Québec. L'Hôpital de Montmagny toujours en tête*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2005). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 31 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2006). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 91 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2007). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 77 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2008). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 69 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2009). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 68 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2010a). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 61 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2010b). Le Centre de santé - Qui sommes-nous?, [En ligne]. http://www.csssml.qc.ca/CS_qsn.html (Page consultée le 17 décembre 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2010c). Le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet... en un coup d'oeil!, [En ligne]. <http://www.csssml.qc.ca/documents/CopiepourInternet.pdf> (Page consultée le 17 décembre 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (1^{er} octobre 2010). *Communiqué de presse: Formation en médecine - le Ministre Yves Bolduc annonce un investissement de 2 747 000\$ pour le campus clinique de l'hôpital régional de Rimouski*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (30 mai 2011). *Communiqué de presse: Compressions exigées par la loi 100 dans le secteur de la santé: Les établissements de santé et de services sociaux dans l'Est du Bas-Saint-Laurent s'allient pour trouver des solutions communes*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2006). *CSSSRN. Rapport annuel 2005-2006*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 50 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2007). *CSSSRN. Rapport annuel 2006-2007*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 63 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2008). *CSSSRN. Plan d'organisation*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 46 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2009). *CSSSRN. Rapport annuel 2008-2009*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 50 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2010). *CSSSRN. Rapport annuel 2009-2010*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 48 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011a). Notre organisation. L'hôpital régional, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/hopital/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011b). Notre organisation. La mission, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/mission/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011c). Notre organisation. Le Centre d'hébergement, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/centre/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).

- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (4 novembre 2010). *Communiqué de presse: Départ à la retraite du directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup, monsieur Raymond April*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (8 février 2005). *Communiqué de presse: Lettres patentes pour le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (24 septembre 2010). *Communiqué de presse: Au revoir à un administrateur très impliqué*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2004a). Installations/Mission: Centre hospitalier régional du Grand-Portage, [En ligne]. <http://www.csssriviereduloup.qc.ca/installations-missions/CHRGP/presentation.html> (Page consultée le 1 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2004b). Installations/Mission: CLSC Rivières et Marées, [En ligne]. <http://www.csssriviereduloup.qc.ca/installations-missions/CLSC/presentation.html> (Page consultée le 1 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2005). *CSSSRL. Rapport annuel 2004-2005*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 4 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2006). *CSSSRL. Rapport annuel 2005-2006*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 4 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2007). *Écho du C.A. du 28 mars 2007*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2009). *CSSSRL. Rapport annuel 2008-2009*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (2011). Notre région: La région en bref, [En ligne]. http://www.csssetchemins.qc.ca/fr/notre_region/region_en_bref/ (Page consultée le 28 février 2011).
- Centre local de développement de l'Islet. (2009). Profil socioéconomique de la MRC de L'Islet. Document de promotion et d'information, [En ligne]. <http://www.cldislet.com/upload/cldislet/editor/asset/MRCJanvier2009.pdf> (Page consultée le 8 décembre 2012).
- Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski. (2005). *CRSSSR. Rapport annuel 2004-2005*. Rimouski: CRSSS de Rimouski, 43 p.

- Cereste, M., Doherty, N. F., & Travers, C. J. (2003). An investigation into the level and impact of merger activity amongst hospitals in the UK's National Health Service. *Journal of Health Organization and Management*, 17(1), p. 6-24.
- Champagne, F. (2002). *The ability to manage change in health care organizations. Discussion paper no. 39*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, 35 p.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2011). Executive management in radical change - The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1), p. 11-23.
- Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin. (10 juin 2008). Non à la fermeture du foyer Valin, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127453> (Page consultée le 16 août 2010).
- Coleman, A., Checkland, K., Harrison, S., & Hiroeh, U. (2010). Local histories and local sensemaking: A case of policy implementation in the English National Health Service. *Policy and Politics*, 38(2), p. 289-306.
- Coleman, W., & Skogstad, G. (Eds.). (1990). *Policy communities and public policy in Canada: A structural approach*. Mississauga: Copp Clark Pitman Ltd., 338 p.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec, 410 p.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (31 octobre 2006). *Communiqué de presse. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse considère qu'il y a eu des situations d'exploitation de personnes âgées au Centre de santé et de services sociaux de la Beauce*. Montréal: CDPDJ, 5 p.
- Commission on the Reform of Ontario's Public Services. (2012). *Public services for Ontarians: A path to sustainability and excellence*. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 543 p.
- Comtois, E., Denis, J.-L., & Langley, A. (2004). Rhetorics of efficiency, fashion and politics. *Management Learning*, 35(3), p. 303-320.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), p. 4-31.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), p. 191-199.

- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), p. 38-52.
- Contandriopoulos, D., Denis, J.-L., Langley, A., & Valette, A. (2004). Governance structures and political processes in a public system: Lessons from Quebec. *Public Administration*, 82(3), p. 627-655.
- Contandriopoulos, D., Hudon, R., Martin, E., & Thompson, D. (2007). Tensions entre rationalité technique et intérêts politiques : l'exemple de la mise en œuvre de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* au Québec. *Administration publique du Canada*, 50(2), p. 219-243.
- Côté, R. (19 juin 1993). Régie régionale de la santé et des services sociaux. Mise en chantier du futur siège social de la région de Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. D6.
- Courrier Frontenac. (14 mai 2008). Le CSSSRT coupe des places en hébergement et augmente les services dans la communauté, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127308> (Page consultée le 16 août 2010).
- Courrier Frontenac. (16 juillet 2008). Poursuite de la coalition pour la survie du Foyer Valin d'Adstock, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127682> (Page consultée le 16 août 2010).
- Courrier Frontenac. (20 juin 2008). Fermeture du Foyer Valin: la résistance s'organise, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127535> (Page consultée le 16 août 2010).
- Courrier Frontenac. (20 mai 2008). Centre d'hébergement Valin: un plan de transformation sera présenté, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127328> (Page consultée le 16 août 2010).
- Courrier Frontenac. (30 juin 2006). Nouveau centre d'hébergement: "Une victoire pour le milieu, pour les personnes hébergées et leurs familles" - Normand Baker, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=124219> (Page consultée le 16 août 2010).
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications, 246 p.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE Publications, 448 p.

- D'Anjou, R. (8 mars 2006). Saint-Joseph s'oppose aux décisions du Centre de santé, *Édition Beauce.com* [En ligne].
<http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=649&Cat=1> (Page consultée le 13 février 2011).
- Dallaire, L. (5 mars 2003). Beauce-Sud. Le seul candidat en lice pour le PQ se désiste. *Le Soleil*, p. A9.
- Dallaire, L. (6 mars 2003). Beauce-Sud. Le retrait de Busque serait lié à une plainte dans un CHSLD. *Le Soleil*, p. A8.
- Dallaire, L. (7 septembre 2000). Cri d'alarme. Quatre médecins spécialistes quittent l'hôpital de Saint-Georges. *Le Soleil*, p. A3.
- Dallaire, L. (10 juin 1997). Beauce-Etchemins. Coupe de 28 lits au centre hospitalier. *Le Soleil*, p. A4.
- Dallaire, L. (12 septembre 1992). Julie Doyon-Proulx devient directrice générale du Centre hospitalier Saint-Georges de Beauce. *Le Soleil*, p. G6.
- Dallaire, L. (14 août 2003). Hébergement de longue durée. Trois employés congédiés et deux autres suspendus en Beauce. Une décision qui fait suite à une enquête menée par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse. *Le Soleil*, p. A3.
- Dallaire, L. (20 février 1999). Urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemins. Trois fois plus de patients... toujours moins de ressources. *Le Soleil*, p. A8.
- Dallaire, L. (20 mai 1997). Beauce-Etchemins: 159 lits en moins. Le Foyer de Lac-Etchemin pourrait même fermer. *Le Soleil*, p. A3.
- Dallaire, L. (21 juin 1996). C.H. Beauce-Etchemin. Le tiers des 700 employés mis à pied. *Le Soleil*, p. A5.
- Dallaire, L. (21 septembre 1997). Déficit anticipé. Plus de gras à couper au Centre hospitalier Beauce-Etchemins. *Le Soleil*, p. A5.
- Dallaire, L. (27 juin 2000). Le cas des aînés beaucerons à l'étude. *Le Soleil*, p. A7.
- Dallaire, L. (30 janvier 1996). Saint-Georges: deuxième alerte à la bombe à l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Dallaire, L. (30 juin 1995). Centres hospitaliers: Saint-Georges et Beauceville parlent de fusion volontaire. Étude de faisabilité pour janvier 1996. *Le Soleil*, p. A9.
- Davidson, A. (2004). Dynamics without change: Continuity of Canadian health policy. *Canadian Public Administration*, 47(3), p. 251-279.

- Demers, L. (2013). Mergers and integrated care: The Quebec experience. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), p. 1-4.
- Demers, L., & Bégin, C. (1990). Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion. *Recherches sociographiques*, XXXI(3), p. 381-404.
- Demers, L., Dupuis, A., & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), p. 74-92.
- Demers, L., Pelchat, Y., & Côté, G. (2002). Intégration institutionnelle et intégration des services: l'expérience de la région des Laurentides. *Recherches sociographiques*, XLIII(3), p. 549-576.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (1999). The struggle to implement teaching hospital mergers. *Canadian Public Administration*, 42(3), p. 285-311.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), p. 809-837.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., et al. (2008). The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of major public sector reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), p. 225-248.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Guérard, S. (2008). Réforme et gouverne en santé: l'attrait pour une managérialisation de l'action publique. Dans P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux & G. Rocher (Eds.), *Les réformes en santé et en justice: le droit et la gouvernance* (pp. 51-68). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2005). Rethinking leadership in public organizations. Dans E. Ferlie, L. E. J. Lynn & C. Pollitt (Eds.), *The Oxford handbook of public management* (pp. 446-467). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), p. 179-215.
- Doucet, H. (1993). Histoire de l'organisation communautaire au Québec. Dans L. Favreau, R. Lachapelle & L. Chagnon (Eds.), *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui* (pp. 47-56). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Dubé, B. (30 décembre 2008). Au CSSS de Matane: la situation des infirmières s'améliore peu à peu, *La Voix de la Matanie* [En ligne]. <http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=80482&id=761&classif=En%20manchettes> (Page consultée le 18 juillet 2011).

- Duplessis, D. (24 février 2006). Normand Baker annonce sa retraite, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=123690> (Page consultée le 16 août 2010).
- Emploi Québec. (2008). Profil socioéconomique de la MRC de Montmagny. Document de référence, [En ligne]. http://www.cldmontmagny.com/app/DocRepository/2/Divers/profil socio_economique_mrc_montmagny.pdf (Page consultée le 8 décembre 2012).
- Emploi Québec, & Institut national de la recherche scientifique. (2011a). Portrait socioéconomique du territoire de la MRC de Beauce-Sartigan, [En ligne]. http://emploi quebec.net/publications/Liens-indirects/12_imt_portrait_Beauce-Sartigan_2010.pdf (Page consultée le 18 décembre 2012).
- Emploi Québec, & Institut national de la recherche scientifique. (2011b). Portrait socioéconomique du territoire de la MRC de Robert-Cliche, [En ligne]. http://emploi quebec.net/publications/Liens-indirects/12_imt_portrait_Robert-Cliche_2010.pdf (Page consultée le 18 décembre 2012).
- Équipe ministérielle d'appréciation. (2004a). *Rapport d'appréciation de la qualité de vie en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 p.
- Équipe ministérielle d'appréciation. (2004b). *Rapport d'appréciation de la qualité des établissements d'hébergement et de soins de longue durée: CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p.
- Exworthy, M., Berney, L., & Powell, M. (2002). How great expectations in Westminster may be dashed locally: The local implementation of national policy on health inequalities. *Policy and Politics*, 30(1), p. 79-96.
- Exworthy, M., & Frosini, F. (2008). Room to manoeuvre? Explaining local autonomy in the English National Health Service. *Health Policy*, 86(2-3), p. 204-212.
- Farmer, J., & Kilpatrick, S. (2009). Are rural health professionals also social entrepreneurs? *Social Science & Medicine*, 69(11), p. 1651-1658.
- Farmer, J., Prior, M., & Taylor, J. (2012). A theory of how rural health services contribute to community sustainability. *Social Science & Medicine*, 75(10), p. 1903-1911.
- Fecteau, C. (28 septembre 2000). Le DG du CLSC devient DG du CHRA, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120096> (Page consultée le 16 août 2010).
- Fecteau, J.-F. (28 septembre 2009). Jacques Francoeur soutient ne pas avoir été en conflit d'intérêt, *En Beauce.com* [En ligne].

<http://www.enbeauce.com/actualites/politique/14716/jacques-francoeur-soutient-ne-pas-avoir-ete-en-conflit-dinteret> (Page consultée le 19 juillet 2011).

- Fecteau, N. (21 novembre 2002). St-Joseph: une urgence selon Charest. *La Tribune*, p. B2.
- Fleury, E. (1 décembre 2006). Le décès de Shirley Gagnon était évitable. De mauvaises décisions à l'origine de la mort survenue au centre hospitalier Beauce-Etchemins. *Le Soleil*, p. 2.
- Fleury, M.-J., & Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27(2), p. 16-36.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(12), p. 219-245.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). *À bas les mythes. Mythe: Fusionnements d'hôpitaux: plus c'est gros, mieux ça vaut*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2 p.
- Forest, P.-G. (2005). Policy instruments and health reform: The role for evidence. Dans C. M. Beach, R. P. Chaykowski, S. Shortt, F. St-Hilaire & A. Sweetman (Eds.), *Health services restructuring in Canada* (pp. 15-31). Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Fournier, S. (12 juillet 2003). Hôtel-Dieu de Montmagny. Déficit de 840 000\$ malgré les économies. *Le Soleil*, p. A14.
- Fulop, N., Protopaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., et al. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: Multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal*, 325(7358), p. 246-252.
- Fulop, N., Protopaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A., & Normand, C. (2005). Changing organisations: A study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science and Medicine*, 60(1), p. 119-130.
- Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science and Medicine*, 61(8), p. 1785-1794.
- Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec: du modèle à la réalité. *Lien social et politiques - RIAC*, 55, p. 25-32.
- Gendron, D. (22 mai 2008). L'Urgence de Montmagny conserve une excellente note, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne].
<http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=59531&id=841&type=search&search1=urgence> (Page consultée le 17 décembre 2010).

- Goldstein, K. (2002). Getting in the door: Sampling and completing elite interviews. *Political Science and Politics*, 35(4), p. 669-672.
- Greener, I. (2005). The potential of path dependence in political studies. *Politics*, 25(1), p. 62-72.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publications, 416 p.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 193-215). Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Hacker, J. (1998). The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian and US medical policy. *Studies in American Political Development*, 12(1), p. 57-130.
- Hacker, J. (2004). Dismantling the health care state? Political institutions, public policies and the comparative politics of health reform. *British Journal of Political Science*, 34(4), p. 693-724.
- Hall, P. (1989). *The political power of economic ideas: Keynesianism across nations*. Princeton: Princeton University Press, 406 p.
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state. *Comparative Politics*, 25(3), p. 275-296.
- Hall, P. (1997). The role of interests, institutions, and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. Dans M. I. Lichbach & A. S. Zucherman (Eds.), *Comparative politics: Rationality, culture and structure* (pp. 174-207). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, P., & Taylor, R. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), p. 936-957.
- Ham, C. (2009). *Health policy in Britain* (6th ed.). London: Palgrave, 336 p.
- Hecló, H. (2010). *Modern social politics in Britain and Sweden: From relief to income maintenance*. Essex: ECPR Press, 349 p.
- Hendy, J., & Barlow, J. (2012). The role of the organizational champion in achieving health system change. *Social Science & Medicine*, 74(3), p. 348-355.
- Hernandez, R. (2000). Horizontal and vertical healthcare integration: Lessons learned from the United States. *Healthcare Papers*, 1(2), p. 59-65.

- Hood, C. C., & Margetts, H. Z. (2007). *The tools of government in the digital age*. New York: Palgrave Macmillan, 218 p.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (2nd ed.). Don Mills: Oxford University Press, 311 p.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), p. 1277-1288.
- Hudon, R. (2005). Les groupes d'intérêt... au coeur des mutations démocratiques? Dans R. Pelletier & M. Tremblay (Eds.), *Le parlementarisme canadien* (3e ed., pp. 197-242). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Hudon, R. (2009). Les groupes d'intérêt: réalité en mutation et interprétations renouvelées. Dans R. Pelletier & M. Tremblay (Eds.), *Le parlementarisme canadien* (4e ed., pp. 253-303). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Hudon, R., & Poirier, C. (2011). *La politique, jeux et enjeux: Action en société, action publique et pratiques démocratiques*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 471 p.
- Hutchison, B. (2013). Reforming canadian primary care - Don't stop half-way. *Healthcare Policy*, 9(1), p. 12-25.
- Hutchison, B., & Glazier, R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan it needed for ingoing improvement. *Health Affairs*, 32(4), p. 695-703.
- Hutchison, B., Lévesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), p. 256-288.
- Institut de la statistique du Québec. (2008). Modifications aux municipalités du Québec. Documents de référence. Novembre 2008, [En ligne]. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2008/Modif_nov08.pdf (Page consultée le 9 août 2012).
- Institut de la statistique du Québec. (2012a). La Chaudière-Appalaches ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC) et territoires équivalents, [En ligne]. http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_12/region_12_00.htm (Page consultée le 2 août 2012).
- Institut de la statistique du Québec. (2012b). Le Bas-Saint-Laurent et ses municipalités régionales de comté (MRC) [En ligne]. http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_01/region_01_00.htm (Page consultée le 18 avril 2012).

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 337 p.
- Institute of Medicine. (2012). *Primary care and public health: Exploring integration to improve population health*. Washington, DC: Institute of Medicine, 192 p.
- Jacobs, L. A. (2005). Universal hospital insurance and health care reform: Policy legacies and path dependency in the development of Canada's health care system. *Buffalo Law Review*, 53(2), p. 635-661.
- Kenty, V. (16 février 2008). Un nouveau réseau local de services en santé, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. <http://www.hebdosregionaux.ca/chaudiere-appalaches/2008/02/15/un-nouveau-reseau-local-de-service-en-sante> (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (17 avril 2008). C'est l'administration qui part vers Beauceville, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. <http://www.hebdosregionaux.ca/chaudiere-appalaches/2008/04/17/cest-ladministration-qui-part-vers-beauceville> (Page consultée le 13 février 2011).
- Kickpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: The case of Denmark and England. *Sociology of Health and Illness*, 31(5), p. 642-658.
- Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). New York: Longman, 253 p.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2010). The breath of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10(65), p. 1-13.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), p. 686-694.
- La Voix du Sud. (17 avril 2004). Les maires des Etchemins réclament un Réseau local de services de santé à leur mesure, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).
- Laborier, P., Noreau, P., Rioux, M., & Rocher, G. (Eds.). (2008). *Les réformes en santé et en justice: le droit et la gouvernance*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 286 p.
- Lamarche, P., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services: enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), p. 71-92.

- Lamontagne, S. (3 juillet 2004). Un 5^e réseau local de santé et de services sociaux dans les Etchemins, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Telescope: Revue d'analyse comparée en administration publique*, 14(3), p. 13-32.
- Larouche, M. (6 novembre 2010). Rivière-du-Loup. Le DG du CSSS à la retraite. *Le Soleil*, p. 71.
- Larouche, M. (15 avril 2005). Centre hospitalier de Rivière-du-Loup. L'urgence est en voie de guérison: Réduction considérable de la durée des séjours sur civière. *Le Soleil*, p. A14.
- Larouche, M. (18 juin 1997). Rivière-du-Loup: projet de fusion entre deux CLSC mais les établissements concernés n'ont même pas été consultés par la Régie du Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. A3.
- Lavis, J. N., Ross, S., & Hurley, J. (2002). Examining the role of health services research in public policymaking. *The Milbank Quarterly*, 80(1), p. 125-154.
- Lavis, J. N., Røttingen, J., Bosch-Capblanch, X., Atun, R., El-Jardali, F., Gilson, L., et al. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: Linking guidance development to policy development. *PLoS Medicine*, 9(3), p. e1001186.
- Lazar, H., Forest, P.-G., Lavis, J. N., & Church, J. (Eds.). (2013). *Paradigm freeze: Why is it so hard to reform health care in Canada?* Montreal and Kingston: Queen's Policy Studies Series, McGill-Queen's University Press, 416 p.
- Le Journal. (5 octobre 2010). Alyre Bois quitte, *Le St-Laurent Portage* [En ligne]. <http://www.hebdosregionaux.ca/bas-st-laurent/2010/10/05/alyre-bois-quitte> (Page consultée le 15 juillet 2011).
- Le Soleil. (4 juin 1996). Matane. Grande marche. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (5 juin 1996). Matane. 5000 marcheurs! *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (8 mai 1995). Saint-Jean-Port-Joli. Médecins dissidents. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (13 mars 1998). Rimouski. Le GTI à l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (14 juin 1996). Matane. Décentralisation difficile. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (17 juin 1997). Matane. L'avenir de l'hôpital en jeu. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (19 décembre 1996). Matane: Clément Gauthier nommé DG. *Le Soleil*, p. A4.

- Le Soleil. (19 juillet 1996). Matane. Feu vert à la fusion du centre d'accueil. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (20 juillet 1999). Matane: Fusion encouragée dans la santé. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (26 avril 1996). Matane: plus de 6 millions \$ à couper au budget de l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Le Soleil. (28 novembre 2002). Centre hospitalier de Matane. Les infirmières dénoncent les coupes. *Le Soleil*, p. A14.
- Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), p. 13-35.
- Leclerc, É. (12 juillet 2001). 5 millions de \$ pour l'agrandissement de la Villa Lavoie, *Courrier Frontenac* [En ligne].
<http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120940>
 (Page consultée le 16 août 2010).
- Lega, F. (2006). Organisational design for health integrated delivery systems: Theory and practice. *Health Policy*, 81(2-3), p. 258-279.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, p. 1-15.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir* (2e ed.). Québec: Les Presses de l'Université Laval, 195 p.
- Lichbach, M. I., & Zucherman, A. S. (1997). *Comparative politics: Rationality, culture and structure*. Cambridge: Cambridge University Press, 321 p.
- Lieberman, R. (2002). Ideas, institutions, and political order: Explaining political change. *American Political Science Review*, 96(4), p. 697-712.
- Lilleker, D. G. (2003). Interviewing the political elite: Navigating a potential minefield. *Politics*, 23(3), p. 207-214.
- Mabry, L. (2008). Case study in social research. Dans P. Alasuutari, L. Bickman & J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods* (pp. 214-227). London: SAGE Publications.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), p. 831-865.

- Maioni, A. (1995). Nothing succeeds like the right kind of failure: Postwar national health insurance in Canada and the US. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(1), p. 5-30.
- Maioni, A. (1998). *Parting at the crossroads: The emergence of health insurance in the United States and Canada*. Princeton: Princeton University Press, 205 p.
- Maioni, A. (2004). From Cinderella to belle of the ball: The politics of primary care reform in Canada. Dans R. Wilson, S. Shortt & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 97-109). Montreal & Kingston: School of Policy Studies.
- March, J., & Olsen, J. (1986). Popular sovereignty and the search for appropriate institutions. *Journal of Public Policy*, 6(4), p. 345-365.
- Marcotte, J.-P., & Cournoyer, A. (2010). *CLSC Drummond, au service des gens*. Drummondville: Société d'histoire de Drummond, 50 p.
- Markham, B., & Lomas, J. (1995). Review of the multi-hospital arrangements literature: Benefits, disadvantages and lessons for implementation. *Healthcare Management Forum*, 8(3), p. 24-35.
- Marmor, T. R. (2001). How not to think about Medicare reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(1), p. 107-117.
- Marmor, T. R., & Dunham, A. (1983). Political science and health services administration. Dans T. R. Marmor (Ed.), *Political analysis and American medical care: Essays* (pp. 3-44). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marmor, T. R., & Wendt, C. (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*, 107(1), p. 11-20.
- Michaud, H. (5 mai 2003). Les établissements de santé de Matane prennent le virage client. Le processus s'enclenche aujourd'hui. *Le Soleil*, p. A13.
- Michaud, H. (11 janvier 1996). Expérience pilote. Le CLSC de Matane veut être administré par la MRC. *Le Soleil*, p. A4.
- Michaud, H. (19 septembre 2002). Le Centre hospitalier de Matane ne prend pas son D. La direction souhaitait que ses efforts pour diminuer son déficit soient reconnus. *Le Soleil*, p. A17.
- Michaud, H. (24 janvier 1996). Audiences sur la santé. Les Matanais inquiets. *Le Soleil*, p. A3.
- Michaud, H. (27 décembre 2003). Matane: gros déficit en santé. Le réseau ne pourra satisfaire les exigences gouvernementales. *Le Soleil*, p. A16.

- Millar, R., Mulla, A., & Powell, M. (2012). Delivering reform in English healthcare: An ideational perspective. *Public Policy and Administration*, 28(3), p. 233-252.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2011). *Le Québec mobilisé contre la pauvreté. Profil statistique régional. La région du Bas-Saint-Laurent*. Québec: MESS, 23 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (23 juin 2004). *Communiqué de presse: Les ministres Philippe Couillard et Carole Thériault annoncent la création de cinq réseaux locaux de services dans la région de Chaudière-Appalaches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). *Implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux: Devis d'évaluation*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 65 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). *L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 25 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004c). Répertoire des établissements - Centre de santé et de services sociaux de Matane (1104-4062), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Etablissement.asp?CdIntervSocSan=93&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 14 septembre 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004d). Répertoire des établissements - Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (1104-4096), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Etablissement.asp?CdIntervSocSan=96&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 16 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004e). Répertoire des établissements - Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (1104-4104), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Etablissement.asp?CdIntervSocSan=97&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004f). Répertoire des établissements - Centre hospitalier de Beauceville (2736-3548), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=823&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004g). Répertoire des établissements - CLSC - Centre d'accueil des Appalaches (2740-5141), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=923&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004h). Répertoire des établissements - CLSC Beauce-Centre (2325-2612), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=543&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004i). Répertoire des établissements - CLSC Beauce-Sartigan (1476-2082), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=529&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004j). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement Centre hospitalier de Riviere-du-Loup (1104-2645) [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=559&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004k). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette (1104-3619) [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=562&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 16 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004l). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement CSSS de Riviere-du-Loup (1104-4104) [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02HistEtab.asp?CdIntervSocSan=97&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004m). Répertoire des établissements - Hotel-Dieu de Montmagny (1253-0259), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=512&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004n). Répertoire des établissements - Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce (1236-9492), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=1536&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004o). Répertoire des établissements - Le Sanatorium Bégin (1237-5143), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=907&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 27 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004p). Répertoire des établissements - Les CHSLD de Beauce (1104-2629), [En ligne].
<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=816&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). Répertoire des établissements, [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/M02/index.asp> (Page consultée le 1^{er} octobre 2010).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction de l'évaluation, 108 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). Groupe de médecine de famille (GMF), [En ligne]. <http://www.sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/> (Page consultée le 11 août 2013).
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire. (2009). *La municipalité régionale de comté: compétences et responsabilités. Guide explicatif*. Québec: Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire, 78 p.
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire. (2011a). Développement régional et rural - Portrait des régions - Bas-Saint-Laurent (région 01), [En ligne]. <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regional-et-rural/portrait-des-regions/bas-saint-laurent/> (Page consultée le 22 avril 2012).
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire. (2011b). Développement régional et rural - Portrait des régions - Chaudière-Appalaches (région 12), [En ligne]. <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/developpement-regional-et-rural/portrait-des-regions/chaudiere-appalaches/> (Page consultée le 2 août 2012).
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire. (2012a). Aménagement du territoire - Guide La prise de décision en urbanisme - Acteurs et processus: MRC, [En ligne]. <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/amenagement-du-territoire/guide-la-prise-de-decision-en-urbanisme/acteurs-et-processus/mrc/> (Page consultée le 22 août 2013).
- Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'Occupation du territoire. (2012b). *Cartographie de la région de la Chaudière-Appalaches (région 12). MRC et agglomérations ou municipalités locales exerçant certaines compétences de MRC*. Québec: MAMROT, 11 p.
- Ministère des Régions. (2001). *Politique nationale de la ruralité: des communautés rurales innovantes pour une occupation dynamique du territoire québécois*. Québec: Ministère des Régions, 73 p.
- Ministère du conseil exécutif. (1995). *Décentralisation: un choix de société*. Québec: Ministère du conseil exécutif, 99 p.

- Mintrom, M., & Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *The Policy Studies Journal*, 37(4), p. 649-667.
- MRC de Matane. (2012a). La MRC: accueil, [En ligne]. <http://www.mrcdematane.qc.ca/> (Page consultée le 11 juillet 2012).
- MRC de Matane. (2012b). La MRC: notre histoire, [En ligne]. http://www.mrcdematane.qc.ca/mrc_notrehistoire.html (Page consultée le 11 juillet 2012).
- MRC de Matane. (2012c). La MRC: notre territoire, [En ligne]. http://www.mrcdematane.qc.ca/mrc_notreterritoire.html (Page consultée le 11 juillet 2012).
- MRC de Rimouski-Neigette. (2011). Territoire, [En ligne]. <http://www.mrcrimouskineigette.qc.ca/municipalite/territoire/index.php> (Page consultée le 16 août 2011).
- MRC de Rivière-du-Loup. (2011). Présentation de la MRC, [En ligne]. http://www.riviereduloup.ca/presentation_de_la_region/?id=municipalites&a=2009 (Page consultée le 23 avril 2012).
- MRC de Rivière-du-Loup. (2012). Présentation de la région - Économie, [En ligne]. http://www.riviereduloup.ca/presentation_de_la_region/?id=economie&a=2009 (Page consultée le 23 avril 2012).
- MRC des Appalaches. (2012). La MRC: accueil, [En ligne]. <http://www.mrcdesappalaches.ca/indexFr.asp?numero=36> (Page consultée le 2 janvier 2013).
- Mur-Veeman, I., Van Raak, A., & Paulus, A. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy*, 85(2), p. 172-183.
- Naylor, D. C. (1999). Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18(3), p. 9-26.
- Office québécois de la langue française. (2009). Grand dictionnaire terminologique: gouvernance, [En ligne]. http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index800_1.asp (Page consultée le 27 janvier 2010).
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2005). European health systems reforms: Looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), p. 7-28.
- Oliver, T. R. (1999). The dilemmas of incrementalism: Logical and political constraints in the design of health insurance reforms. *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), p. 652-683.

- Oliver, T. R. (2000). Commentary. Dynamics without change: the new generation. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(1), p. 225-232.
- Oliver, T. R. (2006). The politics of public health policy. *Annual Review of Public Health*, 27, p. 195-233.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: OMS, 6 p.
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires: Maintenant plus que jamais*. Genève: OMS, 125 p.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: SAGE, 532 p.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5), p. 1189-1208.
- Peckham, S., & Exworthy, M. (2003). *Primary care in the UK: Policy, organisation and management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 320 p.
- Pelchat, P. (1^{er} septembre 1995). Santé dans Chaudière-Appalaches: fusions et regroupements dans le collimateur de la Régie. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (3 octobre 1995). Sanatorium Bégin. Rochon s'en mêle. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelchat, P. (10 janvier 1996). Hôpital de Beauceville. Il y a des risques de fermeture dans l'air. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (11 décembre 1997). Chaudière-Appalaches. 1 million \$ d'économie par an avec les nouveaux services de buanderie. *Le Soleil*, p. A8.
- Pelchat, P. (16 mars 1996). Santé: nombreuses fusions en Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. A11.
- Pelchat, P. (24 janvier 1996). Beauceville. Les administrateurs en ont gros sur le coeur. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (30 septembre 1995). Transfert de services de santé vers la Beauce. Lac Etchemin crie au vol. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelletier, R. (7 octobre 2009). L'hôpital de Matane ferme graduellement son unité de soins de longue durée, *La Voix Gaspésienne* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=112432&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).

- Pelletier, R. (8 juillet 1997). Matane: des services de santé rajeunis. L'hôpital et le Foyer seront retapés. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelletier, R. (8 novembre 1995). Surplus pour trois établissements de la santé. *Le Soleil*, p. A4.
- Pelletier, R. (11 juillet 1994). 19 millions \$ pour l'hôpital de Matane. *Le Soleil*, p. B1.
- Pelletier, R. (16 mai 1996). Matane. Branle-bas pour sauver l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Pelletier, R. (27 mai 1995). Matane fête les 60 ans de son centre hospitalier. *Le Soleil*, p. A14.
- Pelletier, R. (27 octobre 1997). Matane: le sort du CLSC connu en janvier. Fusionné ou uni avec l'hôpital et le Foyer d'accueil. *Le Soleil*, p. A4.
- Petterson, I. J., Nyland, K., & Kaarboe, K. (2012). Governance and the functions of boards: An empirical study of hospital boards in Norway. *Health Policy*, 107, p. 269-275.
- Pierson, P. (1993). When effect becomes cause: Policy feedback and political change. *World Politics*, 45(4), p. 595-628.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), p. 251-267.
- Posnett, J. (1999). Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal*, 319(7216), p. 1063-1065.
- Poulin, A. (9 août 1995). 2500 personnes manifestent au Sanatorium Bégin. *Le Soleil*, p. A4.
- Poulin, A. (15 février 1994). Pour conserver son centre hospitalier psychiatrique. La région des Etchemins se concerta. *Le Soleil*, p. B2.
- Poulin, D. (1984). *L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales: analyse décisionnelle. Annexe II - Fusion de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce et de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville: Chronologie détaillée*. Québec: Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales, 122 p.
- Premier's Advisory Council on Health for Alberta. (2002). *A framework for reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Alberta: Premier's Advisory Council on Health (Commissioner Don Mazankowski), 72 p.
- Prior, M., Farmer, J., Godden, D. J., & Taylor, J. (2010). More than health: The added value of health services in remote Scotland and Australia. *Health & Place*, 16(6), p. 1136-1144.

- Québec. (22 décembre 1987). *Décret concernant la révision des limites des régions administratives du Québec (2000-87). Loi sur la division territoriale (c. D-11)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, p.
- Québec. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 176 p.
- Québec. (2000). *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, Projet de loi no. 107 (2000, chapitre 17)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 5 p.
- Québec. (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Projet de loi no. 25 (2003, chapitre 21)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 16 p.
- Québec. (2005). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, Projet de loi no 83 (chapitre 32)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 134 p.
- Québec. (2010). *Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, Projet de loi no 100 (2010, chapitre 20)*. Québec: Éditeur officiel du Québec, 34 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1994). *Projet régional: «Bâtir ensemble une région en santé»*. Ste-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995a). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix*. Ste-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 80 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995b). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix - décisions*. Ste-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 104 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995c). *Plan d'action 1995-1996: «L'opportunité de transformer». Plan de contribution et d'allocation régionale*. Ste-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 25 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1999). *Plan de consolidation 1999-2002*. Ste-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 108 p.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1996). *Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 64 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1999). *Plan d'action 1999-2002: Pour l'amélioration des services*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 90 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *Plan stratégique régional 2003-2006*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 56 p.
- Rein, M., & Schön, D. (1993). Reframing policy discourse. Dans F. Fisher & J. Forester (Eds.), *The argumentative turn in policy analysis and planning* (pp. 145-166). Durham: Duke University Press.
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28(8), p. 1243-1264.
- Ricard-Châtelain, B. (17 janvier 2004). La fusion de services de santé déjà en gestation. *Le Soleil*, p. A8.
- Ricard-Châtelain, B. (23 avril 2004). Fusions en santé dans Chaudière-Appalaches. Quatre grands réseaux déjà contestés. *Le Soleil*, p. A6.
- Ricard-Châtelain, B. (29 octobre 2003). Rationalisation dans les urgences. La Régie de la santé de Chaudière-Appalaches consulte pour savoir où couper. *Le Soleil*, p. A1.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., & Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux: recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), p. 151-164.
- Rocher, G. (2008). Les réformes: une perspective sociologique. Dans P. Laborier, P. Noreau, M. Rioux & G. Rocher (Eds.), *Les réformes en santé et en justice: le droit et la gouvernance* (pp. 9-22). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 387 p.
- Sabatier, P. A. (Ed.). (2007). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, 344 p.
- Sabatier, P. A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder: Westview Press, 290 p.

- Salamon, L. M. (2002). The new governance and the tools of public action: An introduction. Dans L. M. Salamon & O. V. Elliott (Eds.), *The tools of government: A guide to the new governance* (pp. 1-47). New York: Oxford University Press.
- Salisbury, R. H. (1969). An exchange theory of interest groups. *Midwest Journal of Political Science*, 13(1), p. 1-32.
- Saltman, R., & Figueras, J. (Eds.). (1998). *European health care reform: Analysis of current strategies*. Brussels: World Health Organization, 310 p.
- Saltman, R., Figueras, J., & Sakellarides, C. (Eds.). (1998). *Critical challenges for healthcare reform in Europe*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press/World Health Organization, 424 p.
- Saskatchewan Commission on Medicare. (2001). *Caring for Medicare: Sustaining a quality system*. Saskatchewan: Commission on Medicare (Commissioner Kenneth J. Fyke), 154 p.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000). *Remaking health care in America: The evolution of organized delivery systems* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 368 p.
- Simoens, S., & Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: To what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research*, 18(1), p. 25-40.
- Skocpol, T., & Kennan Seliger, P. (2004). Cross pressures: The contemporary politics of health reform. Dans D. Mechanic, L. B. Rogut, D. C. Colby & J. R. Knickman (Eds.), *Policy challenges in modern health care* (pp. 26-36). New Brunswick: Rutgers University Press.
- SRC Est du Québec. (2 octobre 2007). Le CSSS privilégie les services à domicile. *SRC Est du Québec*.
- SRC Est du Québec. (5 octobre 2005). Nouveau directeur des établissements de santé de Rimouski. *SRC Est du Québec*.
- SRC Est du Québec. (22 novembre 2006). Raymond Coulombe est nommé directeur général. *SRC Est du Québec*.
- SRC Est du Québec. (27 mai 2011). Services de santé. Bas-Saint-Laurent: fusion de services entre les centres de santé de l'Est. *SRC Est du Québec*.
- SRC Est du Québec. (28 août 2007). Un édifice tout neuf à Rivière-du-Loup. *SRC Est du Québec*.

- SRC Est du Québec. (31 mars 2006). Autre concours pour le DG du CHRR. *SRC Est du Québec*.
- St-Pierre, M. (20 novembre 1999). Hôpitaux de Chaudière-Appalaches. Déficit de 10M\$. *Le Soleil*, p. A4.
- St-Pierre, M. (25 mai 1994). Le CLSC des Appalaches craint une fusion avec Trois-Saumons. Moins de lits, de soins et de services. *Le Soleil*, p. B2.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. London: SAGE Publications, 175 p.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3e ed., pp. 443-466). London: SAGE publications.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press, 342 p.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press, 438 p.
- Starfield, B. (2004). Primary health care reform in contemporary health care systems. Dans R. Wilson, S. Shortt & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 151-164). Montreal & Kingston: School of Policy Studies.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), p. 457-502.
- Stevenson Rowan, M., Hogg, W., & Huston, P. (2007). Integrating public health and primary care. *Healthcare Policy*, 3(1), p. 1-22.
- Stone, D. (2002). *Policy paradox: The art of political decision making*. New York: WW Norton & Company, 428 p.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Waddell, C., Armitage, G. D., & Huebner, L.-A. (2007). *Health systems integration: Definitions, processes and impact. A research synthesis*. Calgary: Alberta Health Services/Calgary Health Region, 153 p.
- Thaldorf, C., & Liberman, A. (2007). Integration of health care organizations: Using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health systems. *Health Care Manager*, 26(2), p. 116-127.
- The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. (2002). *The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report*. Canada: The Senate, 325 p.
- Thelen, K., & Steinmo, S. (1992). Historical institutionalism in comparative politics. Dans S. Steinmo, K. Thelen & F. Longstreth (Eds.), *Structuring politics: Historical*

institutionalism in comparative analysis (pp. 1-32). Cambridge: Cambridge University Press.

- Thériault, C. (1^{er} juin 2001). Pénurie de spécialistes. Rimouski trouve des solutions: le centre hospitalier accueillera des stagiaires de l'Université Laval. *Le Soleil*, p. A5.
- Thériault, C. (2 avril 1998). Hôpital de Rimouski: «quasi-faillite». Malgré la suppression de 11 lits, le déficit annuel reste à 2,5 millions \$. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (4 avril 1996). Hachoir à l'hôpital de Rimouski: des postes de cadres disparaissent. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (4 avril 1997). Bas-Saint-Laurent: la Santé écope encore. Coupes supplémentaires de 30% en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (5 octobre 2000). Réforme au CHRR de Rimouski. Le personnel médical fulmine. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (6 avril 1998). Hôpitaux de l'Est et de la Côte-Nord: 10 M\$ en déficit en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (6 juin 2009). Quatre étudiants en formation médicale à Rimouski. *Le Soleil*, p. 29.
- Thériault, C. (8 avril 1994). Réseau de la santé et des services sociaux: la Régie du Bas-Saint-Laurent coupera 5 millions \$. *Le Soleil*, p. B2.
- Thériault, C. (8 octobre 1994). L'hôpital de Rimouski devra restreindre ses services. *Le Soleil*, p. B16.
- Thériault, C. (9 février 2005). Lettre ouverte à la population de Rimouski-Neigette. «La vie de cette patiente a été mise en péril inutilement». *Le Soleil*, p. A16.
- Thériault, C. (9 juin 2000). Rimouski. Manque de médecins spécialistes. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (9 novembre 1992). Les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en bonne santé. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (11 décembre 2003). Fusion des établissements de santé. Un guichet unique apprécié. *Le Soleil*, p. A15.
- Thériault, C. (11 septembre 1995). Rivière-du-Loup: 80 lits en moins. *Le Soleil*, p. A6.
- Thériault, C. (12 février 2005). Crise au CHR de Rimouski. Plaintes, démissions et enquêtes pleuvent. *Le Soleil*, p. A30.

- Thériault, C. (13 octobre 1999). Centre hospitalier de Rimouski. Tout est sur la table, même un partenariat avec le secteur privé. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (13 septembre 1996). Plan de redressement à l'hôpital de Rimouski. On saura le 23 octobre où s'effectueront les coupes. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (15 mars 2004). Satisfaction élevée au CHRR. *Le Soleil*, p. A19.
- Thériault, C. (16 novembre 2000). Pétition de 15 600 noms au CHRR: le projet de fusion suspendu. Le plan d'affaire triennal sera dévoilé. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (17 mai 2001). CHRR. À un pas de la tutelle. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (19 février 1994). Centre hospitalier multidisciplinaire: Rivière-du-Loup est hors course. *Le Soleil*, p. F4.
- Thériault, C. (20 janvier 1996). Centre hospitalier de Rimouski. Un centre de cancérologie tout neuf... sans budget! *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (20 juin 1996). Régie de la Santé du Bas-Saint-Laurent: pas de décision pour Matane. Une partie du plan de transformation reportée à l'automne. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (20 juin 2002). Rimouski: la pénurie de médecins spécialistes de résorbe. *Le Soleil*, p. A17.
- Thériault, C. (22 décembre 1993). Rivière-du-Loup veut être désigné hôpital multidisciplinaire. Pressions des médecins spécialistes. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (22 octobre 1992). À Rivière-du-Loup: une équipe de santé sera maintenue. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (23 décembre 2005). CHRR. Dernière tournée du personnel pour Daniel Petit. *Le Soleil*, p. A16.
- Thériault, C. (23 mars 1995). 50 millions \$ d'immobilisations à réviser. BSL: près de 7 millions de moins à la santé. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (26 avril 2003). Un enjeu de 150M\$. Les hôpitaux de l'est et de la Côte-Nord dressent la liste de leurs besoins pour remplir les promesses de Jean Charest. *Le Soleil*, p. A26.
- Thériault, C. (26 décembre 1996). Bas-Saint-Laurent: la transformation du réseau de la santé aboutira à la fermeture de 280 postes. *Le Soleil*, p. A7.
- Thériault, C. (26 janvier 2002). Hôpitaux de Rimouski et de Mont-Joli: 3000 personnes sur des listes d'attente. *Le Soleil*, p. A15.

- Thériault, C. (26 janvier 2010). Est-du-Québec. Le système de santé dans le rouge. *Le Soleil*, p. 20.
- Thériault, C. (30 octobre 2000). Hôpital de Rimouski: médecins sur la place publique. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C., & Larouche, M. (10 décembre 2003). Fusion des établissements de santé et de services sociaux. Le Bas-St-Laurent a pris de l'avance. Cinq des ses huit MRC ont fait de l'intégration des services une réalité. *Le Soleil*, p. A19.
- Thériault, C., & Paradis, S. (9 février 2002). Est du Québec et Côte-Nord: dix hôpitaux sur 12 dans le rouge. *Le Soleil*, p. A19.
- Tjerbo, T. (2009). The politics of local hospital reform: A case study of hospital reorganization following the 2002 Norwegian hospital reform. *BMC Health Services Research*, 9, p. 212-224.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Pineault, R., & Tremblay, D. (2006). Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: Advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health Services Management Research*, 19(2), p. 105-122.
- Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hebert, R., & Rochette, L. (2004). Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3), p. 231-246.
- Tracy, S. (2010). Qualitative quality: Eight "big tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), p. 837-851.
- Trouvé, H., Couturier, Y., Etheridge, F., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2010). The path dependency theory: Analytical framework to study institutional integration. The case of France. *International Journal of Integrated Care*, 10, p. 1-9.
- Tuohy, C. H. (1999a). *Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada*. New York: Oxford University Press, 326 p.
- Tuohy, C. H. (1999b). Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada. *Health Affairs*, 18(3), p. 114-134.
- Tuohy, C. H. (2002). The costs of constraint and prospects for health care reform in Canada. *Health Affairs*, 21(3), p. 32-46.
- Tuohy, C. H. (2003). Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28(2-3), p. 195-215.

- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Les réformes des systèmes de santé, ici et ailleurs. Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les tribunes de la santé*, 30(1), p. 57-85.
- Turgeon, J., & Sabourin, P. (1996). Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec: la place des regroupements interétablissements. *Administration publique du Canada*, 39(2), p. 192-212.
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., & Paulus, A. (1999). Understanding the feasibility of integrated care: A rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *International Journal of Health Planning and Management*, 14(3), p. 235-248.
- Vedel, I., Monette, M., Béland, F., Monette, J., & Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: Backwards and forwards. The case of the province of Quebec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11, p. 1-11.
- Vérificateur général du Québec. (1er mars 2012). *Communiqué de presse. Le vérificateur général par intérim du Québec dépose son rapport sur la vérification de l'information financière et autres travaux connexes*. Québec: Vérificateur général du Québec, 1 p.
- Wadmann, S., Stranberg-Larsen, M., & Vrangbaek, K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 9, p. 1-14.
- Walker, D., & Myrick, F. (2006). Grounded theory: An exploration of process and procedure. *Qualitative Health Research*, 16(4), p. 547-559.
- Walt, G. (1998). Implementing health care reform: A framework for discussion. Dans R. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (Eds.), *Critical challenges for health care reform in Europe* (pp. 365-384). Buckingham: Open University Press.
- Weatherford, S. M., & Mayhew, T. B. (1995). Tax policy and presidential leadership: Ideas, interests, and the quality of advice. *Studies in American Political Development*, 9(2), p. 287-330.
- Wells, E. (27 septembre 1995). Foyer de Rimouski. 20 patients de longue durée relocalisés avant Noël. *Le Soleil*, p. A3.
- Wells, E. (28 février 1994). L'hôpital de Rimouski ferme une semaine pour sauver 250 000\$. *Le Soleil*, p. B1.
- World Health Organization. (1996). *Integration of health care delivery: Report of a WHO study group*. Geneva: WHO, 68 p.

World Health Organization. (2008). *Making health systems work: Integrated health services - what and why?* Geneva: WHO, 10 p.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE, 181 p.

Annexe 1 : Formulaire de consentement éthique

Titre du projet : Conditions politiques de réalisation de la réforme des services de santé et des services sociaux au Québec (2003) : le cas de l'intégration verticale de la gouvernance administrative des établissements offrant des services de 1re et de 2e ligne

No. et date d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : 2009-184/25-08-2009

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DES INFORMATEURS

Présentation de la chercheuse étudiante

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat en santé communautaire d'Elisabeth Martin, étudiante dirigée par Daniel Reinharz du département de médecine sociale et préventive (Faculté de médecine) à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

L'objectif de cette étude est d'identifier les conditions de réalisation (soit les facteurs facilitants et les barrières) du processus d'intégration verticale de la gouvernance administrative des établissements de santé offrant des services de 1^{re} et de 2^e ligne entreprise dans le cadre de la réforme sociosanitaire québécoise lancée en 2003. Plus particulièrement, nous voulons décrire le contexte de cette réforme et analyser les expériences de fusion des établissements de santé (CLSC, CHSLD et CH).

Déroulement de la participation

Afin de mener à bien ce projet, nous réalisons des entrevues individuelles semi-dirigées avec des gestionnaires et des décideurs ayant pris part à ces processus de fusion, de même qu'avec divers décideurs gouvernementaux et politiques. Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue, réalisée en face à face ou par téléphone, d'une durée d'environ une heure, visant à recueillir votre point de vue sur le déroulement du processus d'intégration. L'entrevue se déroulera à une date et une heure qui seront déterminées à votre convenance. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions. L'entrevue sera enregistrée afin d'en faciliter l'analyse.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. Le principal coût est le temps que vous consacrerez à l'entrevue. Dans le cas où l'entretien serait réalisé par

téléphone, nous assumerons les frais liés à la communication. Il est possible qu'il y ait de modestes coûts sociaux et psychologiques associés à votre participation dans cette étude. Par exemple, lorsque nous vous demanderons de témoigner de votre expérience, il est possible que vous ressentiez que vous révélez des informations sensibles pour vous ou votre organisation. Afin de minimiser ces coûts, nous assurerons la confidentialité de vos réponses et nous vous offrons le choix du moment et du lieu de l'entrevue.

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir au processus d'intégration dans lequel votre organisation et vous avez été parties prenantes. De plus, vous pourrez bénéficier des résultats de la recherche qui dressera un portrait global de l'expérience d'établissements de santé québécois à ce chapitre.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse étudiante dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les transcriptions des entretiens seront identifiées à l'aide d'un code alphanumérique et seuls la chercheuse étudiante et son directeur de recherche auront accès à la liste des noms et des codes;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- les fichiers informatisés et les enregistrements audio seront protégés par des mots de passe et les documents papier seront conservés dans un endroit sécuritaire sous clé à l'Université. Les matériaux de la recherche (données informatisées et enregistrements audio) seront conservés pendant deux ans après la fin de la recherche, à la suite de quoi ils seront détruits;
- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu. Si un extrait de votre entrevue est cité dans nos rapports de recherche, votre identité demeurera confidentielle afin que les lecteurs ne puissent pas vous attribuer ces propos. Durant l'entrevue, si vous communiquez des informations de nature privée, sensible, ou confidentielle, vous pouvez le préciser à la chercheuse étudiante en indiquant si ces informations peuvent être citées.

Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec :

Elisabeth Martin, candidate au doctorat
Département de médecine sociale et préventive
Pavillon De l'Est
2180, Chemin Ste-Foy
Local 2104
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Téléphone : (418) 656-2131, 4233
Courriel : elisabeth.martin.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Signature du participant

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Conditions politiques de réalisation de la réforme des services de santé et des services sociaux au Québec (2003) : le cas de l'intégration verticale de la gouvernance administrative des établissements offrant des services de 1re et de 2e ligne ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant(e)

Date

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature de la chercheuse étudiante

Date

Un résumé des résultats de la recherche peut être expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. L'adresse à laquelle je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche est la suivante :

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Télécopieur : (418) 656-3846

Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Signature du participant

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Conditions politiques de réalisation de la réforme des services de santé et des services sociaux au Québec (2003) : le cas de l'intégration verticale de la gouvernance administrative des établissements offrant des services de 1re et de 2e ligne ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse étudiante m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant(e)

Date

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature de la chercheuse étudiante

Date

Un résumé des résultats de la recherche peut être expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. L'adresse à laquelle je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche est la suivante :

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Télécopieur : (418) 656-3846

Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie de la chercheuse étudiante

Annexe 2 : Guide d'entretien – acteurs régionaux

GUIDE D'ENTRETIEN

ACTEURS RÉGIONAUX (AGENCES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX)

PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE :

Dans le cadre d'un projet de recherche doctoral, nous nous intéressons aux conditions politiques de réalisation de la réforme sociosanitaire entreprise au Québec en 2003-2004. Nous nous penchons sur un volet particulier de la transformation soit le processus d'intégration verticale de la gouvernance des établissements (CLSC, CHSLD et CH) pour créer les instances locales (Centres de santé et de services sociaux). Plus précisément, nous étudions des expériences de fusion d'établissements ayant impliqué l'intégration d'un centre hospitalier, et ce, dans six territoires de deux régions sociosanitaires. Notre objectif est d'identifier, d'un point de vue politique, les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre de ce processus d'intégration de la gouvernance au niveau local.

- Rappel des modalités de consentement éthique
- Durée de l'entrevue : environ 1 heure
- Questions

INTRODUCTION :

- 1. Pour débiter, pourriez-vous me dresser un bref portrait de votre carrière et de vos responsabilités actuelles?**
- 2. Quelles fonctions occupiez-vous en 2003-2004 lorsque la réforme sociosanitaire a été lancée? Quel rôle avez-vous joué dans cette transformation?**

MISE EN CONTEXTE DE LA RÉFORME DE 2003-2004 :

- 3. Pourriez-vous me brosser un bref portrait de la réforme entreprise en 2003-2004?**

Par exemple :

- Les objectifs et les moyens choisis pour la mettre en œuvre

- Les étapes charnières
- Les enjeux principaux
- La réaction du milieu de la santé par rapport à la réforme

4. Comment situeriez-vous cette dernière réforme par rapport aux autres phases d'intégration des établissements de santé vécues dans le système de santé québécois depuis les 20 dernières années?

ÉLABORATION DU MODÈLE D'ORGANISATION RÉGIONAL DES INSTANCES LOCALES ET DE LEURS RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Dans cette section, nous aborderons le processus d'élaboration du modèle régional d'organisation des instances locales et de leurs réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent/en Chaudière-Appalaches.

5. Comment s'est déroulé le développement du modèle régional d'organisation des instances locales et de leurs réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent/en Chaudière-Appalaches?

Par exemple :

- Les événements charnières du processus
- Les enjeux principaux
- La stratégie d'élaboration du modèle

6. Pourriez-vous me parler des dynamiques politiques qui ont ponctué le processus d'élaboration du modèle d'organisation dans votre région?

Par exemple :

- Les acteurs et les organisations en présence et leur influence relative
- Leur positionnement et leur argumentaire
- Leurs stratégies pour influencer l'élaboration
- Les oppositions ou les blocages survenus

7. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont le plus influencé le processus d'élaboration du modèle régional? Quels ont été les principaux facteurs facilitants et obstacles rencontrés?

LE PROCESSUS D'IMPLANTATION DES INSTANCES LOCALES AU BAS-SAINT-LAURENT/EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Dans cette section, nous aborderons le processus de mise en place des instances locales dans votre région. Trois cas particuliers nous intéressent soit ceux des expériences de

fusion des établissements de santé survenues dans les territoires de [Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford]. Les questions portent donc plus spécifiquement sur ces expériences dans la mesure où il vous est possible de partager des informations susceptibles d'éclairer ces cas.

8. Pourriez-vous me dresser un portrait de la situation dans chacun des trois territoires [Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford] avant la création de l'instance locale?

Par exemple :

- L'état des relations entre les établissements de santé
- Les rapprochements amorcés sur le plan de la gouvernance
- Le positionnement des établissements par rapport au projet d'intégration

9. Pourriez-vous me dire comment s'est déroulé le processus d'implantation de l'instance locale dans chacun des trois territoires [Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford]?

Par exemple :

- Les étapes charnières menant à l'intégration
- La stratégie de mise en œuvre du changement
- Les principaux enjeux

10. Pourriez-vous me parler des dynamiques politiques qui ont ponctué le processus de fusion des établissements dans chacun des trois territoires [Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford]?

Par exemple :

- Les acteurs et les organisations en présence et leur influence relative
- Leur positionnement et leur argumentaire
- Leurs stratégies pour influencer la mise en œuvre
- Les oppositions ou les blocages survenus

11. Sur le plan de la gouvernance, comment s'est vécue la transition vers la nouvelle organisation dans chacun des trois territoires [Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford]?

Par exemple :

- Le choix et la nomination des membres des conseils d'administration
- Le choix et la nomination des équipes de direction

12. Selon vous, quels sont les principaux facteurs qui ont influencé la mise en place des instances locales dans chacun des trois territoires [Rivière-du-Loup, Rimouski et

Matane OU Beauce, Montmagny-L'Islet et Thetford]? Quels ont été les principaux facteurs facilitants et obstacles rencontrés lors du processus d'intégration de la gouvernance?

CONCLUSION :

13. À votre avis, l'intégration d'établissements de santé de nature, de taille et de missions différentes a-t-elle représenté un défi particulier?

14. À votre avis, l'intégration de la gouvernance s'est-elle traduite par une intégration des services?

15. Quel bilan politique tirez-vous de la mise en place des Centres de santé et de services sociaux dans votre région?

En terminant, pourriez-vous identifier quelques personnes qui pourraient compléter les informations que vous avez vous-même fournies? Nous vous remercions pour votre aide. Si vous avez d'autres informations ou de la documentation pertinente à nous transmettre, n'hésitez pas à le faire.

Merci de votre collaboration!

Annexe 3 : Guide d'entretien – acteurs locaux

GUIDE D'ENTRETIEN

ACTEURS LOCAUX

(CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX/ÉTABLISSEMENTS)

PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE :

Dans le cadre d'un projet de recherche doctoral, nous nous intéressons aux conditions politiques de réalisation de la réforme sociosanitaire entreprise au Québec en 2003-2004. Nous nous penchons sur un volet particulier de la transformation soit le processus d'intégration verticale de la gouvernance des établissements (CLSC, CHSLD et CH) pour créer les instances locales (Centres de santé et de services sociaux). Plus précisément, nous étudions des expériences de fusion d'établissements ayant impliqué l'intégration d'un centre hospitalier, et ce, dans six territoires de deux régions sociosanitaires. Notre objectif est d'identifier, d'un point de vue politique, les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre de ce processus d'intégration de la gouvernance au niveau local.

- Rappel des modalités de consentement éthique
- Durée de l'entrevue : environ 1 heure
- Questions

INTRODUCTION :

- 1. Pour débiter, pourriez-vous me dresser un bref portrait de votre carrière et de vos responsabilités actuelles?**
- 2. Quelles fonctions occupiez-vous en 2003-2004 lorsque la réforme sociosanitaire a été lancée? Quel rôle avez-vous joué dans cette transformation?**

ÉLABORATION DU MODÈLE D'ORGANISATION RÉGIONAL DES INSTANCES LOCALES ET DE LEURS RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Dans cette section, nous aborderons le processus d'élaboration du modèle régional d'organisation des instances locales et de leurs réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent/en Chaudière-Appalaches.

3. Comment s'est déroulé le développement du modèle régional d'organisation des instances locales et de leurs réseaux locaux de services au Bas-Saint-Laurent/en Chaudière-Appalaches?

Par exemple :

- Les événements charnières du processus
- Les enjeux principaux

4. Pourriez-vous me parler des dynamiques politiques qui ont ponctué le processus d'élaboration du modèle d'organisation dans votre région?

Par exemple :

- Les acteurs et les organisations en présence et leur influence relative
- Leur positionnement et leur argumentaire
- Leurs stratégies pour influencer l'élaboration
- Les oppositions ou les blocages survenus

5. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont le plus influencé le processus d'élaboration du modèle régional? Quels ont été les principaux facteurs facilitants et obstacles rencontrés?

MISE EN CONTEXTE SUR L'IMPLANTATION

Dans cette section, nous brosserons un état de la situation qui prévalait dans les établissements de santé du territoire de [Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, Matane, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet ou Thetford] avant qu'ils ne fusionnent.

6. Pourriez-vous me dresser un bref portrait général de la situation de chacun des établissements et ensuite décrire la nature des relations qui existaient entre eux avant la fusion?

7. Au plan de la gouvernance, des rapprochements avaient-ils déjà été amorcés entre ces établissements?

Par exemple :

- Conseil d'administration unique
- Partages administratifs/de l'équipe de gestion

8. Comment les établissements visés se sont-ils positionnés par rapport au projet d'intégration pour créer l'instance locale?

Par exemple :

- Les supporteurs et les opposants au projet
- Leur argumentaire

LE PROCESSUS D'IMPLANTATION DE L'INSTANCE LOCALE

Les prochaines questions porteront sur le processus de mise en place de l'instance locale du CSSS de [Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, Matane, Beauce, Montmagny-L'Islet ou Thetford].

9. Comment s'est déroulé le processus de fusion des établissements de santé en vue de mettre en place l'instance locale du Centre de santé et de services sociaux de [Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette, Matane, Beauce, Montmagny-L'Islet ou Thetford]?

Par exemple :

- Les événements charnières de l'intégration
- Les enjeux principaux
- Les stratégies et les instruments de mise en œuvre retenus

10. Pourriez-vous me parler des dynamiques politiques qui ont ponctué le processus de mise en place des instances locales par le biais des fusions d'établissements?

Par exemple :

- Les acteurs et les organisations en présence et leur influence relative
- Leur positionnement et leur argumentaire
- Leurs stratégies pour influencer la mise en œuvre
- Les oppositions ou les blocages survenus

11. Au plan de gouvernance, comment s'est vécue la transition vers la nouvelle organisation?

Par exemple :

- Le choix et la nomination des membres des conseils d'administration
- Le choix et la nomination des équipes de direction

12. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont le plus influencé la mise en place de l'instance locale? Quels ont été les principaux facteurs facilitants et obstacles rencontrés?

13. L'intégration d'établissements de santé de nature, de taille et de missions différentes a-t-elle représenté un défi particulier?

14. Comment l'intégration des missions de 1^{re} et de 2^e ligne s'est-elle actualisée au sein de l'instance locale? Dans quelle mesure ces maillages ont-ils été facilités par l'existence d'une nouvelle structure de gouvernance commune entre les établissements autrefois autonomes?

CONCLUSION ET PERSPECTIVES FUTURES

15. Comment votre organisation a-t-elle évolué au cours des dernières années? Au plan de la gouvernance, êtes-vous toujours confronté à des défis particuliers? Si oui, lesquels?

16. À votre avis, l'intégration de la gouvernance s'est-elle traduite par une intégration des services?

17. Quel bilan politique tirez-vous de cette expérience?

En terminant, pourriez-vous identifier quelques personnes qui pourraient compléter les informations que vous avez vous-même fournies? Nous vous remercions pour votre aide. Si vous avez d'autres informations ou de la documentation pertinente à nous transmettre, n'hésitez pas à le faire.

Merci de votre collaboration!

Annexe 4 : Tableau synoptique de la région du Bas-Saint-Laurent

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
8 avril 1994	La Régie régionale devra appliquer des compressions budgétaires de 5M\$ (Thériault, 8 avril 1994).	
11 mai 1994	La Régie régionale adopte un plan de réduction budgétaire de 5M\$ pour l'année 1994-1995 (Thériault, 12 mai 1994).	
Janvier 1995 à février 1996	Démarche d'élaboration d'un plan triennal de transformation du réseau des services (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	
Février 1995	Adoption d'un cadre de référence sur la transformation du réseau régional (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	
23 mars 1995	La répartition de la réduction des crédits se fera dorénavant par MRC et non plus par établissement (Thériault, 23 mars 1995).	- « Obligera les administrateurs des différents établissements à réorienter leurs choix en fonction de la clientèle » (Thériault, 23 mars 1995, p. B1).
Avril 1995	La Régie régionale soumet à l'ensemble des acteurs du réseau régional un « projet de transformation du réseau régional » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	
Mai 1995	Le conseil d'administration adopte un cadre d'action pour l'amélioration des services hospitaliers (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	
2 juin 1995	Adoption d'un plan de compression de 7M\$ pour 1995-1996 (Thériault, 2 juin 1995).	
Septembre 1995	La Régie régionale et tous les établissements s'entendent sur les principes devant soutenir le Plan régional de transformation du réseau et retiennent le document « Projet de transformation du réseau régional » comme base des travaux à venir (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 10).	
Novembre 1995	Démarche d'information et de consultation autour du projet de transformation du réseau des services élaboré conjointement par	- « Les opinions exprimées manifestent un accord général sur l'approche proposée concernant les services de base par MRC et le

	la Régie régionale et les établissements (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	développement d'alternatives aux pratiques institutionnelles » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 11). - « La majorité des CLSC font valoir leur volonté de conserver leur autonomie administrative. Concernant la gestion des services, les positions sont difficilement conciliables, certaines étant en faveur d'une administration unifiée alors que d'autres s'y opposent étant préoccupés par les impacts appréhendés » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 11).
Décembre 1995	Le comité du plan analyse les rapports de consultations locales et régionales puis trace les grandes lignes du projet de <i>Plan triennal de transformation du réseau</i> (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 11).	
20 décembre 1995	Le conseil d'administration de la Régie régionale rend public le projet de <i>Plan triennal</i> et le soumet à une consultation publique qui s'étend jusqu'au 25 janvier 1996 (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 10).	
26 décembre 1995	« Dans 5 des 8 MRC, il y aura une seule unité administrative pour les établissements de santé et de services sociaux. Pour ce qui est des trois autres (Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette et Mitis) des études de réorganisation administrative seront réalisées d'ici décembre 1996 » (Thériault, 26 décembre 1996, p. A7).	
22-25 janvier 1996	Tenue de huit rencontres de consultation sur le projet de transformation du réseau qui sera adopté par le conseil d'administration (Inconnu, 8 janvier 1996).	
21 février 1996	Adoption du plan triennal de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux.	- Devant une assistance de moins de 150 personnes (Thériault, 21 février 1996). Dans la lettre du ministre Rochon à la présidente du CA de la Régie régionale : - « Je note et j'appuie l'intention affirmée de fonctionner en réseau intégré de services » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 2).

		<ul style="list-style-type: none"> - « La choix de la MRC comme aire géographique privilégiée dans l'organisation et la dispensation des services de première ligne est tout à fait approprié » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 2). - « Enfin, j'appuie vos démarches privilégiant l'unification administrative, au plan local, pour les services de première ligne et, au palier régional, pour certains services spécialisés. Ainsi, les rapprochements administratifs entre les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de moins de 50 lits, les CHSLD et les CLSC, dans les territoires à moins forte densité de population, pouvant mener ultimement à une fusion de ces établissements situés dans une même MRC, sont très intéressants » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 3). <p>Le plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de 25 conseils d'administration d'établissements publics exploitant 36 centres de services; - « Les populations locales se montrent très attachées aux établissements qui œuvrent chez elles et, en même temps qu'elles défendent la présence des services dans leur milieu, elles défendent aussi des emplois, la préservation de l'identité locale et parfois la survie de la communauté » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 8) <p>Orientations majeures du plan triennal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Des services de base accessibles à la population de chaque territoire de MRC ». - « Des services de santé et des services sociaux fonctionnant en réseau intégré et en multisectorialité » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 13). - « Privilégier le territoire de MRC comme principal lieu d'organisation et de dispensation des services de base » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 17)
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « Bâtir un réseau intégré de services est un objectif ultime qui rejoint une aspiration fréquemment exprimée par les établissements et leur partenaires » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 19). <p>Une modalité administrative facilitant le fonctionnement en réseau intégré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Privilégier l'unification administrative, au palier local, pour les services de base, au palier régional, pour certains services spécialisés et spécifiques; - Parler d'unification administrative c'est parler d'un seul conseil d'administration et d'une seule direction générale pour plusieurs établissements ou plusieurs centres. Cette unification doit cependant respecter et protéger les missions et les ressources des centres concernés. L'unification administrative est mise de l'avant dans le Plan triennal comme un moyen, comme une modalité d'administration susceptible de favoriser le fonctionnement en réseau intégré [...]; - Il sera demandé aux établissements de chacune des MRC d'examiner la pertinence et les opportunités de rechercher l'unification administrative comme modalité privilégiée pour favoriser le fonctionnement en réseau intégré et la réalisation d'économie au profit des services directs à la population » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 21). - « Confier au CHRR et au CHRGP le mandat d'offrir les spécialités secondaires [...] Confier au CHRR le mandat d'offrir les spécialités tertiaires » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 25). - « Prioriser le territoire local (MRC) comme base d'organisation et de dispensation de l'ensemble des services aux personnes en perte d'autonomie » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 31). <p>Les services de soutien et les structures administratives :</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des mises en commun des services administratifs et de soutien. - « Produire d'ici juin 1996, et déposer à la Régie régionale pour approbation, un plan d'unification administrative de tous les établissements de chacune des MRC de Kamouraska, de Témiscouata, des Basques, de la Matapédia et de Matane. Le territoire de Matane, sous réserve des décisions des ministères concernés relativement au projet CLSC-MRC à l'étude, demeure soumis à l'orientation d'unification administrative des services de base par MRC. L'unification administrative planifiée devra être effective avant avril 1997 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39). - « Finaliser le projet d'unification du CHSLD et du CH de la MRC de Rivière-du-Loup » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39). - « Produire, d'ici décembre 1996, et déposer à la Régie régionale pour approbation, un projet de mise en commun et d'organisation des services en réseau intégré pour chacune des MRC de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de la Mitis » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39)
Mars 1999	Adoption du plan d'action 1999-2002 de la RRSSS du Bas-Saint-Laurent (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le nombre de lits en soins de courte durée est passé de 617 au 31 mars 1996 à 458 en décembre 1998. Cette diminution a été accompagnée de mesures de soutien au virage ambulatoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 4). - « Dans les 6 centres hospitaliers de courte durée, on s'entend pour assurer des services dispensés par des chirurgiens généraux, des anesthésistes, des radiologistes et des internistes rattachés à ces établissements. Ces spécialistes dispensent localement les services de premier niveau et les services spécialisés de deuxième niveau sont dispensés en complémentarité avec les CHHRDL et le CHRR. Les services de troisième niveau quant à eux sont offerts par le CHRR. Les travaux se poursuivront au cours du présent exercice et devraient conduire à la mise en place de réseaux de services de

		<p>base intégrés dans chaque territoire de MRC et d'un réseau de services spécialisés intégrés à l'échelle régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour les trois prochaines années, il est important de souligner que les efforts financiers seront surtout orientés vers l'atteinte de l'équilibre budgétaire pour les établissements du secteur hospitalier qui affichent collectivement un déficit récurrent de 5,7M\$ » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 7).
26 juin 2000	Tous les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent déposent un budget équilibré pour l'année financière 2000-2001 (Thériault, 26 juin 2000).	
18 décembre 2000	Dépôt du rapport de la Commission Clair.	<ul style="list-style-type: none"> - Propose le modèle de CSSS
Juin 2002	Entrée en fonction de Lise Verreault comme PDG de la Régie régionale (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 28 février 2007).	
2003	Dépôt du plan stratégique régional 2003-2006 de la Régie régionale.	<ul style="list-style-type: none"> - « Le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est composé de 18 établissements (décembre 2002) dont 15 sont publics et 3 privés (CHSLD) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 10). - « Au cours des dernières années, la région a connu une révision importante de la manière dont les services sont configurés. Sans mettre de côté les efforts réalisés dans tous les établissements, les éléments majeurs de cette transformation ont touché le nombre d'établissements et leur structure de gestion, le nombre de lits en santé physique et les alternatives à l'hospitalisation, le nombre de lits en CHSLC et la mise en place de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel ainsi que le nombre de lits en santé mentale et la mise en place de soins et de services dans la communauté » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 17). - « Le regroupement des établissements par territoire de MRC a fait passer leur nombre de 25 en 1996 à 15 en 2002. Ainsi, en 2002-

		<p>2003, suite au processus de regroupement administratif, les établissements de six des huit MRC sont gérés par un conseil d'administration unique ou par une direction unique. Dans ces MRC, les établissements regroupent l'une ou l'autre des missions de CLSC, de centre hospitalier ou de centre d'hébergement et de soins de longue durée. Outre ces missions locales, un de ces établissements exploite un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et un autre, un centre de réadaptation en déficience physique » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 17).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « De plus, en raison de l'étendue du territoire et de la dispersion de la population, la région compte six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés parmi lesquels figurent, notamment, deux centres hospitaliers offrant des services médicaux de 2^e ligne dont l'un offre également des services médicaux de 3^e ligne. Au total, pour les huit MRC du territoire, on dénombre : huit services d'urgence dans 7 MRC, 9 laboratoires, 9 services d'imagerie médicale, 6 blocs opératoires et une clinique de santé ouverte 7 jours par semaine » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 18). - « La région dispose de 1332 lits en CHSLD, ce qui représente un ratio de 4,31 lits en CHSLD par 100 personnes âgées de 65 ans et plus alors que le ratio de lits prévus en 2008 [...] est de 3,7 places par 100 personnes de 65 ans et plus » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 20). - « Les fusions ou les alliances administratives réalisées au cours des dernières années par les établissements dispensant des services de base dans sept des huit MRC de la région ont permis de faciliter la mise en place d'une offre de service mieux intégrée » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 22). <p>Enjeux et défis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Garantir la stabilité du panier de service »;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « Concevoir une organisation de service efficiente dont l'offre permet un accès rapide et facile aux services tout en offrant les meilleures garanties de continuité et d'intégration. Compte tenu des faibles bassins de population à desservir dans les centres de service de la région, l'organisation des services généraux devrait se concrétiser autour d'un point central, impliquant une unique porte d'entrée à ces services pour l'ensemble des missions du réseau public. Ce défi est important dans la mesure où il peut signifier, pour les établissements et le personnel des MRC où les établissements ne sont pas fusionnés ou lorsque l'unification n'est pas complétée, la perte de leur identité corporative dans l'affichage et la localisation » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 25). - « Ajuster l'accès à des services continus et intégrés par la mise en place de mécanismes de liaison, tels que les gestionnaires de cas, des corridors de service et un système d'échange d'information convivial et utile. Le fait que les établissements de santé soient gérés par un conseil d'administration unique ou par une direction unique dans sept des huit MRC de la région constitue une opportunité » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 25).
16 juin 2003	Le Bas-Saint-Laurent est la seule région à avoir instauré un service de dépannage des urgences fonctionnant sur une base intrarégionale (Thériault, 16 juin 2003).	
26 septembre 2003	Adoption du rapport annuel 2002-2003 de la RRSSS du Bas-Saint-Laurent par le conseil d'administration (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite des efforts pour instaurer l'approche milieu de vie dans le secteur de l'hébergement.
Automne 2003	Consultation de plusieurs groupes sur la proposition de modèle d'organisation régional (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004).	
28-29 octobre 2003	Tenue d'une rencontre au Bic entre les directeurs généraux et l'Agence pour développer le modèle d'organisation régional.	
Novembre	« Tenue d'un exercice perceptuel auprès de professionnels et de	

2003	responsables de programmes pour estimer le réseautage présent dans chacune des MRC entre les établissements ou entre les missions » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 8).	
11 novembre 2003	Présentation du projet de loi 25 à l'Assemblée Nationale	
2-16 décembre 2003	Tenue de la Commission parlementaire sur la Loi 25	
10 décembre 2003		<ul style="list-style-type: none"> - « Sans confrontation, la fusion se vit au quotidien » (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003, p. A19). - « La concertation, le travail à la base et l'étapisme ont été les formules employées pour réussir l'intégration des services de santé et des services sociaux dans les huit MRC du Bas-St-Laurent » (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003, p. A19). - « La fusion des réseaux est complétée dans cinq des huit MRC de la région. Et les réseaux de Matane, Rivière-du-Loup et Rimouski sont partiellement fusionnés » (Thériault, 11 décembre 2003, p. A15). - « Résultat : 6 établissements sur 10 ont disparu. Ils sont 15 aujourd'hui au lieu des 36 d'il y a huit ans. Et 12 conseils d'administration au lieu de 26 » (Thériault, 11 décembre 2003, p. A15).
17 décembre 2003	Adoption de la Loi 25 à l'Assemblée Nationale	
18 décembre 2003	Sanction de la Loi 25	
30 janvier 2004	Transformation de la Régie régionale en Agence	
	Modèle d'organisation régional du BSL : <ul style="list-style-type: none"> - 8 CSSS pour 8 territoires de MRC (dont 6 avec CH : 2 CH de référence et 4 CH locaux) - 2 établissements régionaux spécialisés (CJ & CRDI) - CRDP : sous la responsabilité du CSSS Mitis 	4 CH locaux : La Pocatière, Amqui, Notre-Dame-du-Lac, Matane. <ul style="list-style-type: none"> - Omni et spécialités de base : chirurgie générale, anesthésiologie, med. interne, radiologie, orthopédie (Matane seulement) 2 CH de référence : <ul style="list-style-type: none"> - Rimouski : Rimouski, Mitis, Matane, Matapédia + Gaspésie, Côte-

	<ul style="list-style-type: none"> - CRAT : sous la responsabilité du CSSS RDL (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004). 	<p>Nord. Toutes les spécialités (n=31) sauf chirurgie cardiaque, physiothérapie et neurochirurgie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDL : RLS, Kamouraska, Témiscouata, Les Basques. 18 spécialités (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004).
26 février 2004	Adoption du modèle d'organisation des RLS par le conseil d'administration de l'Agence.	<ul style="list-style-type: none"> - « Les limites du territoire local que nous proposons correspondent à celles des MRC. - Des instances locales regroupant différentes missions sont déjà présentes dans cinq MRC du Bas-Saint-Laurent : Basques, Kamouraska, Témiscouata, Matapédia et La Mitis. - Nous avons choisi de ne pas fusionner ces territoires avec leurs voisins et pour les raisons suivantes nous décidons de maintenir une instance locale dans chacun de ces deux territoires : <ul style="list-style-type: none"> a) La présence sur place des dirigeants de l'instance locale permet à ces derniers d'être plus facilement à l'écoute des besoins de la population et ainsi fournir des services plus adéquats; b) Ces territoires correspondent au découpage actuel des MRC et des CLSC et constituent des lieux d'échanges intersectoriels [...]; c) Le maintien de l'instance locale permet une implication plus significative de la population dans son conseil d'administration donc une appropriation plus grande de leur institution; d) Chacun de ces territoires constitue en soi une société établie de longue date [...] e) La population de chacun de ces territoires ne s'identifierait pas à un nouveau territoire créé par une fusion avec les territoires voisins respectifs, qui sont géographiquement relativement distants et plus urbains » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 6). - « La transformation est donc largement amorcée à l'échelle territoriale des MRC de notre région » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 6)
30 avril 2004	Dépôt d'un document sur les projets cliniques qui décrit les contours, les contenus et le fonctionnement des RLS (Agence de	

	développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004).	
Septembre 2004	Adoption du rapport annuel de gestion de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Huit réseaux locaux de services seront mis sur place dans la région et les territoires de desserte correspondront à ceux de MRC ». - « Les projets cliniques concerneront les clientèles suivantes : personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques, les jeunes ayant des problèmes d'adaptation sociale et leurs familles » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2004, p. 2). - « Huit réseaux locaux seront mis sur pied dans la région et les territoires de desserte de ces réseaux correspondront à ceux des MRC. Ce modèle d'organisation des services s'inscrit dans la démarche entreprise par les établissements depuis plusieurs années en vue de créer des réseaux locaux de services » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2004, p. 22).
10 décembre 2004	Présentation du projet de loi 83.	
Septembre 2005	Adoption du rapport annuel de gestion 2004-2005 de l'ADRLSSS du Bas-Saint-Laurent (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « Nos efforts ont porté principalement sur l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur notre territoire et la poursuite de la démarche d'élaboration des projets cliniques ». - « L'Agence a élaboré un document de soutien à l'implantation des projets cliniques » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2005, p. 1).
25 novembre 2005	Adoption de la Loi 83.	
Septembre 2006	Adoption du rapport annuel 2005-2006 de l'Agence de santé et de services sociaux par le conseil d'administration (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien aux établissements pour la mise en place des projets cliniques.

Décembre 2006	Le Ministre Couillard permet à l'Agence de recruter 16 nouveaux médecins généralistes (Inconnu, 6 décembre 2006).	
Mars 2007	Départ de Lise Verreault, la PDG de l'Agence (Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2007, p. 3).	- Alain Paquet est nommé PDG par intérim.
Novembre 2007	80 personnes sont en attente d'hébergement dans la région (Thériault, 1 novembre 2007).	
30 juin 2008	Claude Lévesque est nommé PDG de l'Agence (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009, p. 6).	
29 juillet 2008	L'Agence demande au Ministre de mettre l'établissement de Trois-Pistoles sous administration provisoire (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 29 juillet 2008).	
Septembre 2009	Dépôt du rapport annuel 2008-2009 de l'ASSS du Bas-Saint-Laurent (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009).	- « La venue prochaine d'un GMF dans Rimouski-Neigette fera en sorte que, dans un avenir rapproché, sept des huit territoires de réseau local de services (RLS) de la région pourront compter sur ce type d'infrastructure » (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009, p. 7)
Automne 2009	Début des travaux de la planification stratégique pluriannuelle 2010-2015 (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2010, p. 94).	

Bibliographie

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *La population du Bas-Saint-Laurent desservie par huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 32 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 87 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 93 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 69 p.

Agence de la santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 122 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (28 février 2007). *Communiqué de presse: Changements à la présidence-direction générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 1 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (29 juillet 2008). *Communiqué de presse: L'Agence du Bas-Saint-Laurent présente le processus de l'administration provisoire mise en place au CSSS des Basques*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 2 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 143 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 130 p.

Inconnu. (6 décembre 2006). L'agence de santé autorisée à actualiser son plan. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (8 janvier 1996). Bas-Saint-Laurent: Consultation du 22 au 25. *Le Soleil*, p. A4.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1996). *Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 64 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1999). *Plan d'action 1999-2002: Pour l'amélioration des services*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 90 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2003). *Rapport annuel d'activités 2002-2003*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 77 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *Plan stratégique régional 2003-2006*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 56 p.

Thériault, C. (1 novembre 2007). Place dans les CHSLD de l'Est. Au moins 80 personnes dans l'attente. *Le Soleil*, p. 28.

Thériault, C. (2 juin 1995). Domaine de la santé. Compressions de près de 7 millions \$ au Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. A5.

Thériault, C. (8 avril 1994). Réseau de la santé et des services sociaux: La régie du Bas-Saint-Laurent coupera 5 millions \$. *Le Soleil*, p. B2.

Thériault, C. (11 décembre 2003). Fusion des établissements de santé. Un guichet unique apprécié. *Le Soleil*, p. A15.

Thériault, C. (12 mai 1994). Les coupes dans la santé: cinq millions dans le Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (16 juin 2003). Bas-Saint-Laurent. Mise en place du premier service intra-régional de médecine d'urgence. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (21 février 1996). Réseau de la santé du Bas-St-Laurent: le plan est adopté. La Régie attire moins de 200 personnes. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (23 mars 1995). 50 millions \$ d'immobilisations à réviser. BSL: près de 7 millions de moins à la santé. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (26 décembre 1996). Bas-Saint-Laurent: La transformation du réseau de la santé aboutira à la fermeture de 280 postes. *Le Soleil*, p. A7.

Thériault, C. (26 juin 2000). Régie du Bas-Saint-Laurent: Les établissements évitent le pire. *Le Soleil*, p. A6.

Thériault, C., & Larouche, M. (10 décembre 2003). Fusion des établissements de santé et de services sociaux. Le Bas-St-Laurent a pris de l'avance. Cinq des ses huit MRC ont fait de l'intégration des services une réalité. *Le Soleil*, p. A19.

Annexe 5 : Tableau synoptique du territoire de Rivière-du-Loup

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
28 décembre 1962	Création du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (mission CH) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	<ul style="list-style-type: none"> - Portera ce nom jusqu'en juin 1996, au moment de la fusion avec les CHSLD. - À partir de 1996, il s'appellera : Centre hospitalier de Rivière-du-Loup.
9 avril 1968	Création de la Villa Fraserville (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	
19 juin 1969	Création du Foyer de St-Antonin (mission CHSLD) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	
21 novembre 1973	Création de l'Hôpital St-Joseph-Rivière-du-Loup (CHSLD) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	
20 mai 1985	Création du CLSC Rivières et Marées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).	
Juin 1987	Mise sur pied de la Fondation du centre hospitalier du Grand Portage (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2004).	
1987	Mise en opération de la Fondation du CHRGP (LeBel, 22 septembre 2009).	
21 février 1992	Des anomalies financières et administratives sont relevées à la Villa Fraserville.	<ul style="list-style-type: none"> - Résiliation du contrat du directeur-général - « Le conseil d'administration n'est pas aussi exempt d'observations relativement à ses responsabilités » (Thériault, 21 février 1992, p. B14). - « A été victime d'irrégularités administratives de la part de deux directeurs généraux pendant 15 ans » (Thériault, 21 mai 1992, p. B14).
31 mars 1992	Déficit de 42 500\$ pour l'hôpital (Thériault, 9 novembre 1992).	
4 novembre 1992	Les résidents de l'Île Verte obtiennent la réouverture d'un point de service d'infirmier (Thériault, 4 novembre 1992).	
1 ^{er} avril	Intégration des deux départements de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - « Existence de deux écoles de pensée dans la façon de travailler des

1993	(Rivière-du-Loup et Rimouski) en une nouvelle direction de santé publique (Thériault, 22 octobre 1992).	équipes des DSC du Grand Portage à Rivière-du-Loup et de Rimouski que l'on tente d'ailleurs de rapprocher à l'aide d'un médiateur » (Thériault, 22 octobre 1992, p. B1).
10 novembre 1993	Attribution au CHRGP d'une somme de 10M\$ pour le développement de la médecine nucléaire (Thériault, 18 novembre 1993).	
Décembre 1993	Le CHRGP tente de se faire désigner comme centre hospitalier multidisciplinaire (Thériault, 22 décembre 1993).	- Des pressions sont exercées par les médecins spécialistes pour obtenir la reconnaissance (Thériault, 22 décembre 1993).
1994 ou 1995	Regroupement du centre d'hébergement St-Joseph, de la Villa Fraserville et du Foyer St-Antonin (BSLRL-12).	- Un DG et un conseil d'administration (BSLRL-12).
4 février 1994	Le CHRGP est blâmé par le conseil d'administration de la Régie régionale pour les primes d'installation qu'il offre aux médecins spécialistes (Thériault, 4 février 1994).	
19 février 1994	Le CHRGP ne sera pas reconnu comme hôpital multidisciplinaire (Thériault, 19 février 1994).	- « Un seul serait reconnu pour le Bas-St-Laurent soit celui de Rimouski » (Thériault, 19 février 1994, p. F4). - « Risque de nuire à moyen et long terme au recrutement et à la rétention des médecins spécialistes » (Thériault, 19 février 1994, p. F4).
Avril 1994	Abolition de postes dans les services de soutien, administratif et d'encadrement au CHRGP (Thériault, 26 avril 1994).	
18 mai 1994	Adoption du plan de réduction budgétaire pour 1994-1995 au CHRGP (Thériault, 26 avril 1994).	- Le plan de réduction budgétaire prévoit des coupures de 2M\$ sur un budget de 32M\$ (Thériault, 26 avril 1994).
13 mai 1995	Les hôpitaux de Rimouski et de Rivière-du-Loup demandent une révision des compressions budgétaires pour 1995-1996 (Thériault, 13 mai 1995a).	- Pour le CHRGP, les coupures sont de 936,000\$. - « Les deux établissements s'opposent à ce que des dizaines de milliers de dollars soient versés aux CLSC par une réallocation de leur budget pour des soins à domicile dans le cadre du virage ambulatoire » (Thériault, 13 mai 1995a, p. A13). - 55 lits seront fermés dont 43 de courte durée (Thériault, 13 mai 1995a).
Septembre 1995	La MRC de Rivière-du-Loup devra couper 80 lits de longue durée dans la prochaine année (Thériault, 11 septembre 1995).	- « La MRC de Rivière-du-Loup compte quatre lieux d'hébergement et de soins de longue durée : hôpital St-Joseph (137 lits), Villa Fraserville (65 lits), Foyer St-Antonin (39 lits) et le CHRGP (31 lits) » (Thériault, 11 septembre 1995, p. A6).
Septembre	4 établissements de santé formeront le Réseau intégré de santé	- Trois centres d'activités opéreront dans ce territoire : centre

1995	de Rivière-du-Loup (Thériault, 13 mai 1995b).	hospitalier de courte durée, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-St-Laurent (Thériault, 13 mai 1995b).
26 décembre 1995	« Dans 5 des 8 MRC, il y aura une seule unité administrative pour les établissements de santé et de services sociaux. Pour ce qui est des trois autres (Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette et Mitis) des études de réorganisation administrative seront réalisées d'ici décembre 1996 » (Thériault, 26 décembre 1996, p. A7).	
Janvier 1996	La réforme de la santé et des services sociaux ne rencontre pas d'opposition dans le territoire de Rivière-du-Loup (Thériault, 25 janvier 1996).	- « Entraîne une diminution de 30% des lits de courte durée en santé physique et des soins de longue durée en centre d'hébergement » (Thériault, 25 janvier 1996, p. A3).
21 février 1996	Adoption du plan triennal de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux.	- « Finaliser le projet d'unification du CHSLD et du CH de la MRC de Rivière-du-Loup; - Produire, d'ici décembre 1996, et déposer à la Régie régionale pour approbation, un projet de mise en commun et d'organisation des services en réseau intégré pour chacune des MRC de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de la Mitis » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39).
19 juin 1996	Fusion de : - L'hôpital St-Joseph-Rivière-du-Loup - Foyer St-Antonin - Villa Fraserville - Centre hospitalier régional du Grand-Portage (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b)	- Regroupement des mission CH et CHSLD.
20 juin 1996	Les administrateurs de la Régie régionale sanctionnent la fermeture de la Villa Fraserville (Thériault, 20 juin 1996).	
1997	Fermeture de la Villa Fraserville (BSLRL-12).	
Avril 1997	La Régie régionale suspend l'engagement d'un directeur-général du CLSC Rivières et Marées (Thériault, 4 avril 1997).	
18 juin 1997	Projet de fusion entre les CLSC Rivières et Marées et celui des Basques (Larouche, 18 juin 1997).	- « La Régie est saisi du projet sans qu'aucun des établissements concernés n'ait été invité à se prononcer » (Larouche, 18 juin 1997, p. A3). - « Cette suggestion vise à rétablir l'équité budgétaire entre les

		<p>établissements » (Larouche, 18 juin 1997, p. A3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le DG du CLSC des Basques dit craindre car la population de son territoire est moins élevée. « Notre représentativité en souffrirait et les décisions prises pourraient être à notre désavantage » (Larouche, 18 juin 1997, p. A3).
Avril 1998	Le CHRGP a un déficit de 3M\$ et une dette accumulée de 5M\$ sur un budget de 36M\$ (Thériault, 6 avril 1998).	
19 juin 1998	Le CLSC de Rivière-du-Loup reçoit 375 000\$ pour désengorger les services d'urgence de l'hôpital et les lits de courte durée (Thériault, 19 juin 1998).	
Décembre 1998	Le CHRGP est incapable de produire un plan d'équilibre budgétaire à long terme afin de faire disparaître le déficit récurrent (Inconnu, 23 décembre 1998).	
1999	Instauration de l'Alliance entre le CH et le CLSC (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - « A permis de mettre en commun plusieurs ressources des deux établissements afin de créer un réseau local continu des services de santé et de services sociaux » (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003, p. A19). - « Nous voulons bien nous fusionner, si c'est le souhait du ministre. Mais nous ne voulons pas d'un mariage forcé. Nous désirons pouvoir établir les règles et identifier les problématiques qui pourraient survenir, de manière à pouvoir les contrer lorsqu'elles se présenteront. Les missions respectives du CLSC et du CH doivent être respectées dans l'optique de l'alliance [...] » (Thériault & Larouche, 10 décembre 2003, p. A19).
Mars 1999	Adoption du plan d'action 1999-2002 de la RRSSS du Bas-Saint-Laurent (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans les 6 centres hospitaliers de courte durée, on s'entend pour assurer des services dispensés par des chirurgiens généraux, des anesthésistes, des radiologistes et des internistes rattachés à ces établissements. Ces spécialistes dispensent localement les services de premier niveau et les services spécialisés de deuxième niveau sont dispensés en complémentarité avec les CHHRDL et le CHRR. Les services de troisième niveau quant à eux sont offerts par le CHRR. Les travaux se poursuivront au cours du présent exercice et devraient conduire à la mise en place de réseaux de services de base intégrés dans chaque territoire de MRC et d'un réseau de services

		<p>spécialisés intégrés à l'échelle régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 4).</p> <p>- « Des travaux se poursuivent pour effectuer un rapprochement administratif entre les centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup et le CLSC Rivières et Marées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 7)</p>
Avril 2000	Le Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup obtient 4,5M\$ pour éponger son déficit (Thériault, 13 avril 2000).	
15 juin 2000	Les médecins des MRC de Rimouski, Kamouraska et Rivière-du-Loup ne seront plus considérés comme exerçant en région éloignée (Thériault, 15 juin 2000).	
26 juin 2000	Tous les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent déposent un budget équilibré pour l'année financière 2000-2001 (Thériault, 26 juin 2000).	
Septembre 2000	Le CHRGP fait face à une grave pénurie de psychiatres (Larouche, 14 septembre 2000).	
Janvier 2001	Transfert de patients gaspésiens pour recevoir des soins orthopédiques à Rivière-du-Loup (Briand, 16 janvier 2001).	
28 janvier 2001	Un homme de 87 ans meurt dans des circonstances nébuleuses au CHRGP (Larouche, 7 février 2001).	
26 mai 2001	Déficit de 1,2M\$ pour le CHRGP (Thériault & Paradis, 28 mai 2001).	
Octobre 2001	Fin de la psychiatrie légale au CHRGP (Larouche, 29 octobre 2001).	
Novembre 2001	Le CHRGP affiche un déficit de 585 000\$ (Thériault, 15 novembre 2001).	
Février 2002	Le CHRGP pourra retrouver l'équilibre budgétaire grâce à l'adoption d'un plan de redressement (Thériault & Paradis, 9 février 2002).	
Février 2002	Le CLSC Rivières et Marées doit couper dans les services pour rembourser 612 000\$ (Larouche, 13 février 2002).	
2 mars 2002	Dépôt du rapport du coroner concernant le décès d'un octogénaire au CHRGP (Larouche, 2 mars 2002).	
30 mars	Les employés du Département de santé publique de Rivière-du-	

2002	Loup craignent la fermeture de leur unité et son déménagement vers Rimouski (Larouche, 30 mars 2002).	
Septembre 2002	Dans le bulletin du MSSS, le CHRGP obtient un C pour la performance financière, un A pour l'accessibilité et la qualité et un B pour la continuité des services et l'urgence (Thériault, 30 septembre 2002).	
Mars 2003	Blitz opératoire au CHRGP pour diminuer les listes d'attente en chirurgie (Thériault, 26 avril 2003).	
Mai 2003	Le Centre hospitalier doit référer 700 à Lévis en l'absence d'un service de résonance magnétique (Larouche, 14 mai 2003).	
Décembre 2003	Ouverture d'un premier GMF à Rivière-du-Loup (Larouche, 29 décembre 2003).	
26 février 2004	Adoption du modèle d'organisation des RLS par le conseil d'administration de l'Agence.	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans la MRC de Rivière-du-Loup, les deux établissements devant se regrouper ont adopté une résolution créant un Comité d'alliance mandaté d'effectuer les démarches de rapprochement et de donner suite aux orientations ministérielles de former une instance locale » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 7).
Mars 2004	Les résidences privées pour personnes âgées se dotent d'un guide d'éthique (Larouche, 16 mars 2004).	
Avril 2004	Production d'un plan d'action à la suite d'une démarche d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4).	
Avril 2004	Une visite de l'équipe d'appréciation du MSSS à l'hôpital St-Joseph dénote une problématique majeure relativement à la nourriture (Inconnu, 22 novembre 2006).	<p>Autres problèmes soulevés par le rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La vision hospitalière véhiculée par la direction de l'établissement »; (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 22). - « Des difficultés de collaboration persistantes entre la direction, le conseil d'administration de l'établissement et son comité d'usagers »; (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 23). - « Confidentialité et respect de la vie privée » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 24).
29 avril 2004	Création du CSSS de Rivière-du-Loup.	Issu de la fusion du Centre hospitalier de Rivière-du-Loup et du CLSC Rivières et Marées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c).
Septembre	Fermeture de 4 lits tampons en pédiatrie à l'hôpital (Centre de	

2004	santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2).	
Octobre 2004	Début des activités de l'unité SARM (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2).	
Novembre 2004	Le CSSSRL prévoit un déficit de 1M\$ au 31 mars 2005 (Thériault & Paradis, 15 novembre 2004).	- Sur un budget de 67M\$ (Thériault & Paradis, 15 novembre 2004).
Novembre 2004	Instauration de mesures pour diminuer les temps d'attente à l'urgence (Larouche, 15 avril 2005).	- Le conseil d'administration décrète que l'urgence est la première de priorités (Larouche, 15 avril 2005).
Décembre 2004	Fermeture de 5 lits de médecine à l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2).	
8 février 2005	Le CSSSRL obtient ses lettres patentes (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 8 février 2005).	- Issu de la fusion du CLSC Rivières et Marées, du Centre hospitalier du Grand-Portage, de la Résidence St-Joseph et du Foyer St-Antonin, et de l'Estran (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 8 février 2005).
15 mars 2005	La durée moyenne de séjour à l'urgence diminue. Mise en place d'un système de triage universel (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 15 mars 2005).	- « La durée moyenne de séjours sur civière passe de 18 à 12 heures; - Le pourcentage de séjours sur civières dépassant 48 heures est passé de 6% à 2%; - L'on pourra, grâce aux surcroîts de personnel infirmier ainsi évités, ajouter des ressources humaines permettant de mettre en place un système de triage (pré-évaluation) où les clients seront évalués par une personne infirmière avant leur inscription à l'urgence et ainsi être dirigés vers la bonne ressource si leur état de santé n'est pas considéré comme une urgence médicale » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 15 mars 2005).
25 avril 2005	Annonce de l'acquisition d'un appareil de résonance magnétique.	- « Le Ministre Couillard annonce un investissement de 2,8 millions; - L'effort récent d'optimisation à l'interne qui a permis au CA d'adopter un plan de retour à l'équilibre budgétaire pour l'année 2005-2006 et a fait en sorte que le Ministre a pu faire cette annonce tant attendue » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 25 avril 2005).
Mai 2005	Pour atteindre l'équilibre budgétaire, le CSSSRL prévoit la transformation de 23 postes d'infirmières (Larouche, 15 mai 2005).	- Les postes sont abolis, mais transformés en postes de préposés aux bénéficiaires (Larouche, 15 mai 2005).
Juin 2005	Dépôt du rapport annuel 2004-2005 du CSSSRL.	- « La première année, a outre la fusion, été marquée par la démarche d'optimisation des services qui, par sa rapidité et les résultats

		<p>attendus, bouleversa complètement l'organisation. La démarche d'optimisation visait à réorganisation des soins en courte durée (CHRGP) et en longue durée (Foyer de St-Antonin) ainsi que la performance clinique pour l'urgence et les services ambulatoires à l'intérieur des balises fixées par le conseil d'administration, soit le respect de la personne et le maintien ou l'amélioration de la qualité des services » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au niveau médical, les efforts de recrutement ont particulièrement visé le Département d'anesthésiologie, durement affecté par une pénurie d'effectifs » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 1). - « L'établissement passe de 26 accréditations syndicales à 4 » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 1). - « La satisfaction globale de la clientèle en courte durée d'élève à 84% avec un taux global de réponse de 25% » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 1). - « L'établissement a enregistré 60 nouvelles plaintes, soit 20% de moins que l'année précédente » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 1). - « 2 lits de soins palliatifs disponibles au Foyer St-Antonin ont été transférés au CHRGP » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2). - « Les visites à l'urgence ont diminué de 7% par rapport à l'année précédente [...] et les activités du bloc opératoire de 5% » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2). - « La révision de la performance clinique de l'unité ambulatoire pour ce qui concerne l'antibiothérapie, l'anticoagulothérapie, le centre d'enseignement sur l'asthme, le diabète, la maladie cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) s'est faite dans l'optique de donner le service au bon endroit, soit au CLSC ou au CHRGP. Des modalités de fonctionnement de la clinique des maladies du sein ont aussi été changées » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 2).
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « Hausse de 7% de l'utilisation des services du CLSC [...] et de 13,5% de l'utilisation des services de soutien à domicile » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 3). - « Le pourcentage d'occupation à la résidence St-Joseph et au Foyer St-Antonin demeure proche du 100% » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 3). - « Le Conseil canadien d'agrément des services de santé a confirmé l'agrément de l'établissement pour une période de 3 ans. À la suite de cette visite, un plan d'action et des suivis ont été produits en avril 2004 et octobre 2005 » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4). - « En coute durée, la centrale des rendez-vous a été mise en place afin de gérer adéquatement les rendez-vous des cliniques externes » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4). - « En longue durée, à la suite de la visite d'appréciation de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux en mars 2004, un plan d'action et des suivis lui ont été transmis à sa satisfaction en novembre 2004 et avril 2005 » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4). <p>Objectifs 2005-2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Élaboration de 4 projets cliniques concernant les personnes âgées, les malades chroniques ou atteints de cancer, les personnes en santé mentale et les jeunes; - Mise en place de la résonance magnétique » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4).
23 septembre 2005	En 2004-2005, le taux de satisfaction de la clientèle au CHRGP a été de 84% (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 23 septembre 2005).	
Octobre 2005	Un rapport de suivi est produit suite à une visite d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2005, p. 4).	
Octobre	Un deuxième GMF ouvre à Rivière-du-Loup (Inconnu, 21 octobre	<ul style="list-style-type: none"> - « L'implantation du premier groupe de médecine familiale a déjà eu

2005	2005).	un effet positif sur la fréquentation de l'urgence du Centre hospitalier » (Inconnu, 21 octobre 2005).
Novembre 2005	La situation se redresse au CHSLD de l'hôpital St-Joseph (Inconnu, 15 novembre 2005).	- À la suite d'une visite d'appréciation, le ministère avait émis une dizaine de recommandations (Inconnu, 15 novembre 2005).
23 novembre 2005	Disparition de 23 places en hébergement institutionnel sur les 231 disponibles (Inconnu, 23 novembre 2005).	- « L'investissement dans les services à domicile destinés aux personnes âgées sera accru » (Inconnu, 23 novembre 2005).
14 janvier 2006	Le Foyer St-Antonin et l'Hôpital Saint-Joseph sont menacés de fermeture (Larouche, 14 janvier 2006).	- « La construction d'une bâtisse neuve qui accueillerait l'ensemble des résidents des deux CHSLD est envisagée » (Larouche, 14 janvier 2006, p. A30). - « Pour atteindre les normes, le nombre de résidents à l'hôpital Saint-Joseph devra passer de 145 à 95 et des transformations très importantes devraient être réalisées pour aménager des chambres individuelles » (Larouche, 14 janvier 2006, p. A30). - « Nous devons, d'ici 2010, fermer 14 lits, qui s'ajouteront aux 11 déjà coupés, pour atteindre le nombre de 208 » (Larouche, 14 janvier 2006, p. A30).
Février 2006	Création d'une UMF du KRTB qui comptera un point de service à Rivière-du-Loup (Larouche, 23 février 2006).	- « Le cœur sera l'hôpital de Trois-Pistoles, et les médecins résidents pratiqueront aux hôpitaux de Rivière-du-Loup, de Notre-Dame-du-Lac, de La Pocatière et au CLSC de St-Pascal » (Larouche, 23 février 2006).
Avril 2006	Un homme meurt peu après sa visite à l'urgence du CH (Larouche, 14 avril 2006).	
Juin 2006	Dépôt du rapport annuel 2005-2006 du CSSSRL.	- « L'unité de médecine familiale (UMF) a ouvert ses portes à l'été 2006 et accueille ses trois premiers résidents pour une période de 2 ans » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 2). Objectifs 2006-2007 : - « Mettre en place un nouveau plan d'organisation visant la réalisation finale du CSSS de Rivière-du-Loup et de son réseau; - Exécuter les travaux d'aménagement et d'agrandissement permettant, entre autres, de mettre en place la résonance magnétique et d'accueillir les résidents en médecine familiale; - Réaliser les plans d'action des quatre projets cliniques qui concernent

		<p>les personnes âgées, les jeunes, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, ainsi que les personnes atteintes de maladies chroniques dont le cancer;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir un équilibre budgétaire durable et, si possible, dégager une marge de manœuvre » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 1). - « Le nombre total de visites à l'urgence a diminué [...], mais la durée moyenne de leur séjour à l'urgence est passé de 14 heures en 2004-2005 à moins de 10 heures en 2005-2006 soit moins que la cible de 12 heures qui avait été fixée par le ministère » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 2). - « Un nouveau programme est offert au Foyer de Saint-Antonin pour optimiser l'autonomie fonctionnelle des personnes. Ce programme et la nouvelle ressource intermédiaire ont permis de faire diminuer le nombre de lits d'hébergement à la Résidence St-Joseph et au Foyer de St-Antonin » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 2). - « Hausse de 12% de l'utilisation des services du CLSC » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3). - « La démarche d'optimisation services hospitaliers a eu un impact sur le CLSC Rivières et Marées puisque toutes les personnes qui se sont présentées à l'urgence du CHRGP avec des besoins de services infirmiers ont été dirigés vers les cliniques de soins infirmiers du CLSC » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3). - « Le CLSC s'est aussi impliqué dans la mise en place d'un réseau local de services en établissant des partenariats avec les groupes de médecine familiale qui viennent améliorer l'accessibilité aux services médicaux sur le plan géographique et horaire » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3). - « L'établissement a réalisé une vaste démarche d'élaboration des projets cliniques » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3).
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « À l'urgence l'implantation d'un système universel de triage » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3). - « Des visites ont eu lieu dans 8 des 9 ressources intermédiaires pour les personnes âgées. La qualité des services offerts par les ressources intermédiaires a été soulignée et le suivi aux recommandations émises vise à l'améliorer davantage » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3). - « Taux global de satisfaction : 83% » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2006, p. 3)
18 juillet 2006	Le CSSSRL reçoit une mention spéciale visant à reconnaître les urgences les plus performantes lors de la remise des prix d'excellence du réseau de la Santé et des Services sociaux (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 18 juillet 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « La durée moyenne de séjours à l'urgence est passée de 14 heures l'an passé à 9,8 heures cette année; - Le pourcentage de séjours dépassant 48 heures qui est passé de 4,3% à moins de 0,5% en 2005-2006 » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 18 juillet 2006).
Octobre 2006	Rivière-du-Loup prend en charge le service de mammographie mobile (Inconnu, 11 octobre 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le nouveau service devrait être offert à compter de septembre 2007 dans les cinq MRC du Bas-St-Laurent » (Inconnu, 11 octobre 2006).
23 octobre 2006	Élections au conseil d'administration du CSSS.	
18 novembre 2006	Le coroner exonère le CSSSRL pour la mort d'un patient à l'urgence en avril 2006 (Larouche, 18 novembre 2006).	
1 avril 2007	Fermeture du Foyer de St-Cyprien (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - Non-renouvellement du contrat qui lie l'ASSS du BSL au Foyer St-Cyprien : l'établissement fermera le 31 mars 2007 (Inconnu, 25 juillet 2006). - 37 résidents à relocaliser (Inconnu, 25 juillet 2006). - L'édifice ne rencontre plus les normes du ministère (Inconnu, 25 juillet 2006). - « L'équipe de visite [du MSSS] s souligné en avril 2006 le dévouement et la grande créativité du personnel de ce centre. Mais les problèmes d'aménagement physique ont eu raison du contrat » (Inconnu, 22 novembre 2006, p. 7).
1 avril 2007	Transfert des activités en provenance du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de St-Cyprien vers le CSSS (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2007).	

17 avril 2007	Le CHRGP est classé au 14 ^e rang provincial et au 1 ^{er} rang régional dans le palmarès des hôpitaux de l'Actualité (Larouche, 17 avril 2007).	
Août 2007	Annonce d'un investissement de 11M\$ pour la construction d'un nouveau centre d'hébergement de 72 places (Inconnu, 28 août 2007).	- Pour accueillir la clientèle du Foyer St-Antonin et une partie de celle du Centre St-Joseph (Inconnu, 28 août 2007).
Novembre 2007	Le nombre de place en hébergement passera de 231 à 180 (Thériault, 1 novembre 2007).	
29 novembre 2007	Inauguration de la résonance magnétique.	
12 décembre 2007	Reconnaissance de l'équipe d'oncologie du CSSS de Rivière-du-Loup (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 12 décembre 2007).	
31 mars 2008	Fermeture de 30 places d'hébergement au Centre d'hébergement de St-Cyprien (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 21 mai 2008).	
Mai 2008	Rivière-du-Loup adhère au programme « Ville-Amie des aînés » (LeBel, 10 mai 2008).	
21 mai 2008	La cote de l'urgence du CHRGP a baissé de A à C+ (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 21 mai 2008).	- « Deux indicateurs pris en compte de sont détériorés, soit la durée moyenne de séjour sur civière, passant de 11,6 heures à 14,8 heures et le pourcentage de séjours dépassant 48 heures passant de 1,2% à 3,5% » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 21 mai 2008).
27 mai 2008	Le CSSSRL franchit une autre étape en vue de devenir la certification hôpital « Ami des bébés » (Inconnu, 27 mai 2008).	
27 mai 2008	Le taux de satisfaction de la clientèle est de 90% au CSSSRL (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 27 mai 2008).	
Juin 2008	Dépôt du rapport annuel 2007-2008 du CSSSRL.	- « L'équipe du CSSS de Rivière-du-Loup a été désignée <i>Équipe locale interdisciplinaire de lutte contre le cancer</i> » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008a, p. 2). - « Avec la résonance magnétique à Rivière-du-Loup, la population du KRTB a maintenant accès à un nouveau service diagnostique très

		<p>efficace qui lui évite dorénavant de se déplacer vers Rimouski, Lévis ou Québec » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008a, p. 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup, SARA, l'unité mobile de mammographie du Bas St-Laurent offre à toutes les femmes, sur leur territoire respectif, un service de qualité optimale » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008a, p. 2). - « À la suite de la fermeture du Foyer de St-Cyprien, les 18 personnes qui y étaient hébergées ont été relocalisées dans les installations du CSSS de Rivière-du-Loup » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008a, p. 2).
Juin 2008	Le CSSSRL termine l'année avec un surplus de 235 475\$ (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008b).	<ul style="list-style-type: none"> - « Ce surplus sera appliqué contre le déficit non autorisé qui ainsi passera cette année de 1 450 626\$ à 765 355\$, nous permettant d'accélérer notre plan de remboursement » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2008b).
Juin 2008	Visite d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a).	
Juillet 2008	Le CSSSRL réorganise ses services afin de désengorger l'urgence (Inconnu, 11 juillet 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le fait que presque tous les médecins de Rivière-du-Loup sont presque tous membres de l'un ou l'autre des deux groupes de médecine de familiale, facilite la mise en place de cette nouvelle gestion des services » (Inconnu, 11 juillet 2008).
2009	Instauration du plan d'organisation final (BSLRL-12).	
Janvier 2009	Dépôt du rapport provisoire faisant suite à la visite d'Agrément Canada (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009c).	
Mars 2009	Le CSSSRL reçoit son agrément pour 3 ans.	<ul style="list-style-type: none"> - « Agrément Canada a reconnu une pratique exemplaire au CSSS de Rivière-du-Loup pour la mise en place du CHSLD évolutif à Saint-Cyprien » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 6 avril 2009).
Juin 2009	Le CSSSRL termine l'année avec un surplus de 139 339\$ (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009b).	<ul style="list-style-type: none"> - Servira remboursement du déficit non autorisé qui se situe au 1^{er} avril 2009 à 835 766\$ (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009b).
Juin 2009	Dépôt du rapport annuel 2008-2009 du CSSSRL.	<ul style="list-style-type: none"> - « Les importants changements réalisés au plan d'organisation ont

		<p>provoqué instabilité et insécurité, particulièrement chez les cadres et les professionnels, mais ils nous paraissaient nécessaires pour assurer, à long terme, un contexte de travail porteur de notre responsabilité eu égard à la santé et au bien-être de la population » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a, p. 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les ajustements ont été apportés dans le respect tant de la mission générale du CSSS de Rivière-du-Loup que des missions spécifiques de centre hospitalier (Centre hospitalier régional du Grand-Portage), de centre d'hébergement et de soins de longue durée (Centres d'hébergement Saint-Joseph, de Saint-Antonin, de Saint-Cyprien et les ressources intermédiaires), de centre local de services communautaires (CLSC Rivières et marées) et de centre de réadaptation en dépendance (L'Estran) » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a, p. 2). - « Si le mot consolidation peut prendre tout son sens lors d'un changement majeur comme la mise en place d'un nouveau plan d'organisation basé sur une approche originale de « réseau/programmes », on pourra considérer l'année 2008-2009 comme étant celle de la réelle mise en place de la mission du CSSS de Rivière-du-Loup après la fusion des établissements en 2005. Les quatre grands axes mis en place sont : Réseau (ensemble des activités de soins et de services à la clientèle selon quatre grands réseaux : accompagnement à l'autonomie, santé physique, santé mentale, famille-enfance-jeunesse); Programmes (famille-enfance jeunesse, santé physique, santé mentale et personnes âgées); Qualité, compétence, pertinence (direction des soins infirmiers, direction multidisciplinaire et direction des services professionnels); Support (direction des ressources humaines, direction des services techniques et direction des ressources financières et informationnelles) » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a, p. 2). - « Parallèlement, après l'intégration du personnel et de la clientèle du Foyer de Saint-Cyprien l'an dernier, c'était au tour cette année
--	--	--

		<p>d'intégrer clientèle et personnel du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent œuvrant à Saint-Cyprien. Opération réussie encore une fois grâce au travail, à la bonne volonté et à la compétence des gens concernés » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a, p. 2).</p> <p>Objectifs 2009-2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « En perspective pour l'année 2009-2010, nous allons bien sûr continuer la consolidation des dossiers débutés auparavant, dont l'actualisation des lits de transition en ressources privées et la mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique. Nous mettrons également l'accent sur les grands projets de développement dont les immobilisations (construction du centre d'hébergement et de soins de longue durée de 72 lits et du dispensaire sur l'Île Verte), le projet de « Centre de la famille », la robotisation en pharmacie, le dossier en lien avec l'enseignement universitaire et, enfin, nous tenir toujours prêts à réagir face aux crises nationales comme l'ont été le doute sur la qualité des tests en pathologie de cancer du sein, la crise des radio-isotopes, la pénurie du personnel spécialisé et la grippe A(H1N1); cette dernière s'annonçant d'ailleurs comme un événement majeur pour l'automne » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2009a, p. 2).
19 juin 2009	88 personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein sont visées par la reprise de certains tests de pathologie (Ouellet, 19 juin 2009).	
22 septembre 2009	La Fondation du CHRGP change de nom pour la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup (LeBel, 22 septembre 2009).	- Après 22 ans d'existence et plus de 4M\$ amassés (LeBel, 22 septembre 2009).
Janvier 2010	Déficit anticipé de 4,1M\$ pour le CSSSRL (Thériault, 26 janvier 2010).	
Février 2010	Le CSSSRL a de la difficulté à répondre aux besoins en médecine générale malgré un plan d'effectifs atteint (Inconnu, 3 février 2010).	
Février	Allégations d'erreur médicale sur un bébé de 2 mois au CHRGP.	- « Le personnel du centre hospitalier aurait mal installé le soluté dans

2010		le bras du bébé [...] qui a été transféré à l'hôpital Sainte-Justine où il a subi deux interventions chirurgicales » (Ouellet, 2 mars 2010).
17 mars 2010	La direction du CSSSRL réagit concernant un enfant qui a connu des complications à la suite de l'infiltration d'un soluté (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 17 mars 2010).	
Juin 2010	Dépôt du rapport annuel du CSSSRL.	<p>Réseau d'accompagnement à l'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ce réseau a bénéficié cette année de la mise en place d'une équipe d'intervention gériatrique interdisciplinaire dont le mandat premier est d'implanter l'approche gériatrique dans tout le CSSS de Rivière-du-Loup et de proposer des solutions simples mais novatrices pour restructurer l'offre de service aux patients avec profil gériatrique à la fin de la période de soins aigus en courte durée » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2010a, p. 2). - « Sur le terrain, l'équipe du réseau accompagnement à l'autonomie a poursuivi, entre autres, ses efforts à l'amélioration de l'apport nutritionnel en CHSLD dans une approche « milieu de vie ». De plus, le projet de construction d'un centre d'hébergement de 72 lits a largement occupé les responsables du réseau et des immobilisations » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2010a, p. 2). - « Transfert de 9 places d'hébergement temporaire dans la communauté » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2010a, p. 2). <p>Réseau santé physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le point fort de l'année dans ce programme réside dans l'adhésion du CSSS de Rivière-du-Loup au projet du programme québécois de lutte contre le cancer qui a choisi le CSSS comme centre de démonstration d'une clinique d'accès rapide de dépistage du cancer colorectal » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2010a, p. 2). - « L'ouverture de la Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB fut l'occasion de créer un partenariat intéressant et bénéfique pour la population » (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-

		Loup, 2010a, p. 2).
Septembre 2010	Désignation par l'Agence du CSSSRL comme centre de référence en oncologie pour le KRTB et comme partenaire principal de l'équipe interdisciplinaire régionale d'oncologie (sous la responsabilité du CSSSRN) (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 2010b).	
24 septembre 2010	Démission du président du conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 24 septembre 2010).	
18 octobre 2010	Des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne font leur entrée au CSSSRL (Agence de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 18 octobre 2010).	
Novembre 2010	Le DG du CSSSRL annonce son départ à la retraite (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 4 novembre 2010).	
5 novembre 2010	Annonce de la construction d'un nouveau CHSLD à Rivière-du-Loup (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 novembre 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - « Investissement de 19 millions de \$ pour se doter d'un nouvel immeuble fonctionnel qui pourra accueillir 72 résidents sur le site du Centre hospitalier régional du Grand Portage » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 novembre 2010). - « Permettra le transfert dans un même endroit de 72 résidents actuellement logés au Centre d'hébergement de St-Antonin (38) et au Centre d'hébergement Saint-Joseph (34) » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 novembre 2010). - « Un tunnel reliera le CHSLD au Centre hospitalier régional du Grand Portage » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 novembre 2010). - « L'immeuble sera aménagé selon le modèle du milieu de vie, avec des chambres individuelles ainsi que des espaces communautaires, cuisine et salon, afin que les résidents se sentent plus comme à la maison que un milieu institutionnalisé » (Larouche, 6 novembre 2010).
16 mars 2011	Un sous-centre régional d'hémodialyse pourrait être implanté prochainement au CHRGP de Rivière-du-Loup (LeBel, 16 mars 2011).	

17 mars 2011	Bébé de 5 mois blessé par un capteur de saturation au CHRGP (Ouellet, 17 mars 2011).	
1 avril 2011	La directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles, est nommée à titre de directrice générale par intérim du CSSSRL (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 29 avril 2011).	
11 avril 2011	Création d'une coopération de solidarité de santé à St-Hubert-de-Rivière-du-Loup (Inconnu, 11 avril 2011).	
18 mai 2011	Un directeur général est nommé au CSSSRL (Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, 18 mai 2011).	
27 mai 2011	Fusion de services administratifs entre les Centre de santé de l'Est (Inconnu, 27 mai 2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements visés sont : CSSS de Matane, d'Amqui, Mitis et Rimouski-Neigette de même que le Centre de réadaptation du Bas-St-Laurent et le Centre Jeunesse. - Le CSSS des Basques, de Rivière-du-Loup et du Kamouraska ne sont pas associés au projet. - Regroupement de services comme la paie, les services juridiques, et informatiques. - Coupures de 3,7M\$ d'ici 2014 (Inconnu, 27 mai 2011).
28 mai 2011	La durée moyenne de séjour à l'urgence du CHRGP est de 15h54 (Thériault, 28 mai 2011).	
23 juin 2011	La performance du CSSSRL se classe sous la moyenne provinciale selon un rapport de l'AQESSS (Inconnu, 23 juin 2011).	

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *La population du Bas-Saint-Laurent desservie par huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 32 p.

Agence de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent. (18 octobre 2010). *Communiqué de presse: Trois première infirmières spécialisées intègrent le réseau de la santé à Rivière-du-Loup et au Témiscouata*. Rimouski: ASSS du Bas-St-Laurent, p.

Briand, N. (16 janvier 2001). Transfert des patients gaspésiens. Prescription: le silence. *Le Soleil*, p. A4.

- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (4 novembre 2010). *Communiqué de presse: Départ à la retraite du directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup, monsieur Raymond April*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (6 avril 2009). *Communiqué de presse: Agrément pour trois ans*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (8 février 2005). *Communiqué de presse: Lettres patentes pour le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (12 décembre 2007). *Communiqué de presse: Programme régional de lutte contre le cancer: Reconnaissance de l'équipe d'oncologie du CSSS de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (15 mars 2005). *Communiqué de presse: Urgence du CHRGP: Amélioration du fonctionnement et mise en place du système de triage universel*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (17 mars 2010). *Communiqué de presse: Le CHRGP réagit à la suite du reportage de TVA concernant l'enfant blessé au bras*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (18 juillet 2006). *Communiqué de presse: Mention spéciale du Ministre de la Santé et de Services sociaux au CSSS de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (18 mai 2011). *Communiqué de presse: Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup procède à la nomination de son nouveau directeur général*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (21 mai 2008). *Communiqué de presse: L'urgence du CHRGP a été moins performante l'an passé*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (23 septembre 2005). *Communiqué de presse: CHRGP: Clientèle satisfaite à 84%*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (24 septembre 2010). *Communiqué de presse: Au revoir à un administrateur très impliqué*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (25 avril 2005). *Communiqué de presse: Résonance magnétique au Centre hospitalier régional du Grand-Portage*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (27 mai 2008). *Communiqué de presse: Satisfaction de la clientèle du CSSS de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (29 avril 2011). *Communiqué de presse: Nomination de madame Caroline Mailloux à titre de directrice générale par intérim du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2004). Fondation, [En ligne]. <http://www.csssriviereduloup.qc.ca/fondation/default.html> (Page consultée le 1 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2005). *CSSSRL. Rapport annuel 2004-2005*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 4 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2006). *CSSSRL. Rapport annuel 2005-2006*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 4 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2007). *Écho du C.A. du 28 mars 2007*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2008a). *CSSSRL. Rapport annuel 2007-2008*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2008b). *Écho du C.A. du 18 juin 2008*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2009a). *CSSSRL. Rapport annuel 2008-2009*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2009b). *Écho du C.A. du 17 juin 2009*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2009c). *Écho du C.A. du 28 janvier 2009*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2010a). *CSSSRL. Rapport annuel 2009-2010*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. (2010b). *Écho du C.A. du 22 septembre 2010*. Rivière-du-Loup: CSSS de Rivière-du-Loup, 2 p.
- Équipe ministérielle d'appréciation. (2004). *Rapport d'appréciation de la qualité de vie en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 p.
- Inconnu. (3 février 2010). *CSSS de Rivière-du-Loup: Difficile de répondre à la demande. SRC Est du Québec*.

Inconnu. (11 avril 2011). Soins de santé: Nouvelle coopérative de santé à Saint-Hubert-de-Rivière-du-Loup. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (11 juillet 2008). Nouvelle ordonnance. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (11 octobre 2006). Rivière-du-Loup prend en charge le service de mammographie mobile. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (15 novembre 2005). La situation se redresse dans trois résidences pour personnes âgées. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (21 octobre 2005). Un nouveau groupe de médecine familiale à Rivière-du-Loup. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (22 novembre 2006). Bas-St-Laurent: Le lot des régions. *Le Soleil*, p. 7.

Inconnu. (23 décembre 1998). Rivière-du-Loup: Incapable de sortir du rouge. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (23 juin 2011). Soins de santé. Bas-Saint-Laurent: Une performance à améliorer en santé à Rivière-du-Loup et Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (23 novembre 2005). Moins de places en hébergement et plus de soins à domicile. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (25 juillet 2006). 37 résidents à relocaliser. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (27 mai 2008). Pour devenir «Ami des bébés». *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (27 mai 2011). Services de santé. Bas-Saint-Laurent: fusion de services entre les centres de santé de l'Est. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (28 août 2007). Un édifice tout neuf à Rivière-du-Loup. *SRC Est du Québec*.

Larouche, M. (2 mars 2002). Rivière-du-Loup. Le coroner note plusieurs déficiences. *Le Soleil*, p. A15.

Larouche, M. (6 novembre 2010). Rivière-du-Loup. 19M\$ pour un CHSLD. *Le Soleil*, p. 50.

Larouche, M. (7 février 2001). Hôpital de Rivière-du-Loup: Le coroner enquête. Retenu par des sangles, un octogénaire meurt dans son lit. *Le Soleil*, p. A3.

Larouche, M. (13 février 2002). Réseau de la santé: Déficits au Kamouraska, à Notre-Dame-du-Lac et à Rivière-du-Loup. *Le Soleil*, p. A13.

Larouche, M. (14 avril 2006). Rivière-du-Loup. Un homme meurt peu après sa visite à l'urgence. *Le Soleil*, p. A1.

- Larouche, M. (14 janvier 2006). Rivière-du-Loup. Deux CHSLD menacés de fermeture. *Le Soleil*, p. A30.
- Larouche, M. (14 mai 2003). Rivière-du-Loup. Plus de 5000 personnes réclament la résonance magnétique. Le Centre hospitalier doit référer 700 patients pour des examens à Lévis parce qu'il ne possède pas cet appareil. *Le Soleil*, p. A19.
- Larouche, M. (14 septembre 2000). Rivière-du-Loup: Grave pénurie de psychiatres au Centre hospitalier de Grand-Portage. *Le Soleil*, p. A6.
- Larouche, M. (15 avril 2005). Centre hospitalier de Rivière-du-Loup. L'urgence est en voie de guérison: Réduction considérable de la durée des séjours sur civière. *Le Soleil*, p. A14.
- Larouche, M. (15 mai 2005). Services de santé au Bas-St-Laurent. 23 postes transformés et 33 lits fermés. Personne ne perd son emploi. *Le Soleil*, p. A16.
- Larouche, M. (16 mars 2004). MRC de Rivière-du-Loup. Les propriétaires de résidences privées pour personnes âgées se dotent d'un guide d'éthique. *Le Soleil*, p. A17.
- Larouche, M. (17 avril 2007). Rivière-du-Loup. L'actualité corrige son palmarès des hôpitaux. *Le Soleil*, p. 26.
- Larouche, M. (18 juin 1997). Rivière-du-Loup: Projet de fusion entre deux CLSC mais les établissements concernés n'ont même pas été consultés par la Régie du Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. A3.
- Larouche, M. (18 novembre 2006). Mort d'Elvis Bernier: Le coroner exonère le CH de Rivière-du-Loup. *Le Soleil*, p. 27.
- Larouche, M. (23 février 2006). Le Bas-St-Laurent aura une deuxième unité de médecine familiale. *Le Soleil*, p. A14.
- Larouche, M. (29 décembre 2003). Rivière-du-Loup a son groupe de médecine familiale. *Le Soleil*, p. A17.
- Larouche, M. (29 octobre 2001). Rivière-du-Loup: Finie la psychiatrie légale. *Le Soleil*, p. A17.
- Larouche, M. (30 mars 2002). Rivière-du-Loup. Le département de santé publique déménagerait. *Le Soleil*, p. A15.
- LeBel, G. (10 mai 2008). Rivière-du-Loup adhère au programme «Ville-Amie des aînés», *Le St-Laurent Portage* [En ligne].
<http://lesaintlaurentportage.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=58530&id=1901&classif=Nouvelles> (Page consultée le 15 juillet 2011).

- LeBel, G. (16 mars 2011). L'hémodialyse se rapproche du CHRGP de Rivière-du-Loup, *Le St-Laurent Portage* [En ligne]. <http://lesaintlaurentportage.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=182546&id=1900> (Page consultée le 15 juillet 2011).
- LeBel, G. (22 septembre 2009). Le Fondation du CHRGP se donne un nouveau nom et une nouvelle image, *Le St-Laurent Portage* [En ligne]. <http://lesaintlaurentportage.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=109898&id=1900> (Page consultée le 15 juillet 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (5 novembre 2010). *Communiqué de presse. Le ministre Yves Bolduc et le député Jean d'Amour annoncent une nouvelle étape dans la réalisation du projet de construction d'un CHSLD à Rivière-du-Loup*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Répertoire des établissements - CLSC RIVIÈRES ET MARÉES (2311-9837), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=557> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement Centre hospitalier de Riviere-du-Loup (1104-2645) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=559&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004c). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement CSSS de Riviere-du-Loup (1104-4104) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02HistEtab.asp?CdIntervSocSan=97&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 1 août 2011).
- Ouellet, N. (2 mars 2010). Erreur médicale au CHRGP: un bébé de 2 mois transféré à Sainte-Justine. *Infodimanche.com*. Retrieved from http://www.infodimanche.com/index.asp?s=detail_actualite&id=134531
- Ouellet, N. (17 mars 2011). Bébé de 5 mois blessé au CHRGP. *Infodimanche.com*. Retrieved from http://www.infodimanche.com/index.asp?s=detail_actualite&ID=139720
- Ouellet, N. (19 juin 2009). Cancer du sein: le CHRGP a déjà repris des tests de pathologie. *Infodimanche.com*. Retrieved from http://www.infodimanche.com/index.asp?s=detail_actualite&ID=131470
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1996). *Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 64 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1999). *Plan d'action 1999-2002: Pour l'amélioration des services*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 90 p.
- Thériault, C. (1 novembre 2007). Place dans les CHSLD de l'Est. Au moins 80 personnes dans l'attente. *Le Soleil*, p. 28.

Thériault, C. (4 avril 1997). Bas-Saint-Laurent: La Santé écope encore. Coupes supplémentaires de 30% en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (4 février 1994). Hôpital du Grand-Portage à Rivière-du-Loup. Les primes aux médecins divisent la régie. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (4 novembre 1992). L'Île-Verte obtient les services de santé réclamés. *Le Soleil*, p. B2.

Thériault, C. (6 avril 1998). Hôpitaux de l'Est et de la Côte-Nord: 10 M\$ en déficit en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (9 novembre 1992). Les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en bonne santé. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (11 septembre 1995). Rivière-du-Loup: 80 lits en moins. *Le Soleil*, p. A6.

Thériault, C. (13 avril 2000). Bas-St-Laurent: 17M\$ pour la santé. La somme épongera les déficits récurrents des établissements du réseau. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (13 mai 1995a). Deux hôpitaux du Bas-St-Laurent demandent une révision des coupes. *Le Soleil*, p. A13.

Thériault, C. (13 mai 1995b). Rivière-du-Loup: Réseau de santé. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (15 juin 2000). MRC Rimouski, Kamouraska et Rivière-du-Loup. Les omnipraticiens privés de leur bonus. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (15 novembre 2001). Réseau de la santé du Bas-St-Laurent. La moitié des établissements en redressement budgétaire. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (18 novembre 1993). Cadeau pour le CH régional du Grand-Portage: L'hôpital attend 10 millions \$. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (19 février 1994). Centre hospitalier multidisciplinaire: Rivière-du-Loup est hors course. *Le Soleil*, p. F4.

Thériault, C. (19 juin 1998). Nouveau budget en santé: Le «gros lot» aux personnes âgées. 900 000\$ pour assurer le maintien à domicile. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (20 juin 1996). Régie de la Santé du Bas-Saint-Laurent: Pas de décision pour Matane. Une partie du plan de transformation reportée à l'automne. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (21 février 1992). Villa Fraserville: plusieurs anomalies financières relevées. *Le Soleil*, p. B14.

Thériault, C. (21 mai 1992). Villa Fraserville: Nouveau cas de malversations administratives. *Le Soleil*, p. B14.

- Thériault, C. (22 décembre 1993). Rivière-du-Loup veut être désigné hôpital multidisciplinaire. Pressions des médecins spécialistes. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (22 octobre 1992). À Rivière-du-Loup: Une équipe de santé sera maintenue. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (25 janvier 1996). Audiences sur la santé: Pas d'opposition farouche à Rivière-du-Loup. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (26 avril 1994). Centre hospitalier régional du Grand-Portage: Abolition de postes dès cette année. *Le Soleil*, p. B2.
- Thériault, C. (26 avril 2003). Un enjeu de 150M\$. Les hôpitaux de l'est et de la Côte-Nord dressent la liste de leurs besoins pour remplir les promesses de Jean Charest. *Le Soleil*, p. A26.
- Thériault, C. (26 décembre 1996). Bas-Saint-Laurent: La transformation du réseau de la santé aboutira à la fermeture de 280 postes. *Le Soleil*, p. A7.
- Thériault, C. (26 janvier 2010). Est-du-Québec. Le système de santé dans le rouge. *Le Soleil*, p. 20.
- Thériault, C. (26 juin 2000). Régie du Bas-Saint-Laurent: Les établissements évitent le pire. *Le Soleil*, p. A6.
- Thériault, C. (28 mai 2011). Palmarès des urgences au Québec. Rimouski rayonne de santé. *Le Soleil*, p. 36.
- Thériault, C. (30 septembre 2002). L'équilibre financier pour 2004. Le Centre hospitalier du Grand-Portage mise sur la robotisation et la polyvalence pour épargner 2 millions \$. *Le Soleil*, p. A12.
- Thériault, C., & Larouche, M. (10 décembre 2003). Fusion des établissements de santé et de services sociaux. Le Bas-St-Laurent a pris de l'avance. Cinq des ses huit MRC ont fait de l'intégration des services une réalité. *Le Soleil*, p. A19.
- Thériault, C., & Paradis, S. (9 février 2002). Est du Québec et Côte-Nord: Dix hôpitaux sur 12 dans le rouge. *Le Soleil*, p. A19.
- Thériault, C., & Paradis, S. (15 novembre 2004). Est du Québec et Côte-Nord: Les hôpitaux seront incapables d'assurer l'équilibre budgétaire. *Le Soleil*, p. A19.
- Thériault, C., & Paradis, S. (28 mai 2001). Hors-la-loi! Si les hôpitaux de la Côte-Nord s'en sortent avec leur budget, ceux de l'Est restent en déficit. *Le Soleil*, p. A14.

Annexe 6 : Tableau synoptique du territoire de Rimouski-Neigette

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
Juillet 1923	L'Hôpital Saint-Joseph est fondé par les Sœurs de la Charité de Québec (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	- « L'idée d'un hôpital n'est pourtant pas nouvelle à l'époque. Elle remonte à l'origine du diocèse en 1867. Il faut cependant attendre qu'une épidémie de grippe espagnole fasse de nombreuses victimes en 1918 pour que le projet se concrétise » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).
1926	Construction d'un nouvel hôpital plus fonctionnel (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
1936	On annexe le Pavillon St-Joseph à l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
1939	On annexe le Pavillon d'Youville à l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
1944	Ouverture d'une école d'infirmières (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
1950	L'hôpital est lourdement endommagé par le grand incendie de la ville (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	- L'hospice des vieillards des Sœurs de la Charité est détruit (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011b). - L'hôpital est reconstruit. Ajout du Pavillon Ste-Marie (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).
1958	Construction de la Maison de la Charité administré par la communauté religieuse des Filles de Jésus (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011b).	- Hébergement
1962	Ajout du Pavillon Notre-Dame à l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
6 mars 1969	Ouverture de la Maison de la Charité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).	
1970	L'administration de la Maison de la Charité est confiée à une corporation publique. L'établissement prend le nom de Foyer de Rimouski (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011b).	
30 avril	Création du Centre hospitalier régional de Rimouski (Ministère	

1975	de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	
1981	Rimouski se bat pour ne pas perdre les services de chimiothérapie (Thériault, 3 juillet 1998).	
1 avril 1981	Ouverture du CLSC de L'Estuaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).	<ul style="list-style-type: none"> - Le dernier CLSC du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie à être ouvert (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011c). - Offre principalement des services de santé.
1983	L'hôpital St-Joseph change de nom (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011a).	
1985	Mise sur pied de la Fondation du CHRR (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 15).	
1985	Les services sociaux et les services d'intervention communautaire se développent au CLSC de l'Estuaire (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011c).	
1991	L'ensemble des programmes du CLSC sont implantés (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2011c).	
31 mars 1992	L'hôpital de Rimouski déclare un déficit de 65 000\$ (Thériault, 9 novembre 1992).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le Centre hospitalier régional de Rimouski vit à l'heure d'un important plan de redressement budgétaire » (Thériault, 9 novembre 1992, p. B1). - « Pour l'année d'opérations 1992-1993 des réductions de dépenses de 1M\$ auxquelles s'ajoutent une somme de 154 000\$ qui sera puisée à même les opérations de l'année 1993-1994 » (Thériault, 9 novembre 1992, p. B1). - « Depuis 1986-1987, il y a un manque à gagner d'un demi-million par année » (Thériault, 9 novembre 1992, p. B1).
Décembre 1992	Expérimentation d'une carte-santé à puce à Rimouski (Wells, 11 décembre 1992).	
11 septembre 1993	Investissements de 50M\$ pour instaurer d'ici 18 mois un centre de radiothérapie au CHRR (Dionne, 11 septembre 1993).	
Décembre 1993	Le CLSC de l'Estuaire anticipe un déficit de 100 000\$ pour l'année en cours.	<ul style="list-style-type: none"> - Attribuable aux soins à domicile pour les personnes âgées (Thériault, 2 décembre 1993).
31 janvier 1994	Le CHRR doit réduire son déficit de 1,1M\$ (Wells, 31 janvier 1994).	
Février 1994	Lancement d'un 2 ^e concours pour trouver un nouveau directeur général au CHRR.	<ul style="list-style-type: none"> - « Les 30 candidats inscrits au 1^{er} concours ne répondaient pas aux critères » (Wells, 31 janvier 1994).

19 février 1994	Le CHRR serait le seul hôpital du Bas-St-Laurent à se faire reconnaître comme hôpital multidisciplinaire (Thériault, 19 février 1994).	
28 février 1994	L'hôpital de Rimouski cesse ses activités pour une semaine pour sauver 250 000\$ (Wells, 28 février 1994).	- « Toutes les activités cessent, sauf le service d'urgence » (Wells, 28 février 1994, p. B1).
14 avril 1994	Le CHRR aura à résorber un déficit de 1M\$ et des coupures budgétaires de 900 000\$ (Thériault, 14 avril 1994).	
21 avril 1994	Nouveau directeur général nommé au CHRR (Inconnu, 21 avril 1994).	
8 octobre 1994	Abolition de 17 des 68 postes de cadres au CHRR (Thériault, 8 octobre 1994).	
25 novembre 1994	La résidence privée pour personnes âgées Gertrude-Potvin de Rimouski est fermée par la police.	- « Les propriétaires sont arrêtés et ses accusations de voie de faits et de vol sont déposées contre eux » (Wells, 25 novembre 1994, p. B1).
11 janvier 1995	Un budget de 552 000\$ est accordé au CHRR pour développer un service de dialyse (Inconnu, 11 janvier 1995).	
13 mai 1995	Les hôpitaux de Rimouski et de Rivière-du-Loup demandent une révision des compressions budgétaires pour 1995-1996 (Thériault, 13 mai 1995).	- « Pour le CHRGP, les coupures se chiffrent à 1,3M\$. L'impact total se chiffre à 2,3M\$ en tenant compte de plusieurs facteurs » (Thériault, 13 mai 1995, p. A13). - « Les deux établissements s'opposent à ce que des dizaines de milliers de dollars soient versés aux CLSC par une réallocation de leur budget pour des soins à domicile dans le cadre du virage ambulatoire » (Thériault, 13 mai 1995, p. A13).
2 juin 1995	Le CHRR écope d'une baisse de son budget de 2,3M\$ (Thériault, 2 juin 1995).	
2 août 1995	« Le comité des usagers fait circuler une pétition demandant au MSSS et à la Régie régionale de sauvegarder le statut régional du CHRR » (Thériault, 2 août 1995, p. A4).	
7 septembre 1995	95 lits seront fermés au CHRR (Thériault, 7 septembre 1995).	
27 septembre 1995	Fermeture de l'unité de soins prolongés du CHRR.	- 30 lits d'hébergement fermés : les patients sont transférés au Foyer de Rimouski (Wells, 27 septembre 1995). - 11 000 personnes ont signé la pétition contre la fermeture (Wells, 27

		septembre 1995).
26 décembre 1995	« Dans 5 des 8 MRC, il y aura une seule unité administrative pour les établissements de santé et de services sociaux. Pour ce qui est des trois autres (Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette et Mitis) des études de réorganisation administrative seront réalisées d'ici décembre 1996 » (Thériault, 26 décembre 1996, p. A7).	
20 janvier 1996	Le centre de cancérologie de l'est du Québec risque de ne pas ouvrir ses portes faute de budget (Thériault, 20 janvier 1996).	
20 janvier 1996	Les administrateurs du CHRR mettent sur la table un projet de l'unification du CHRR, du CLSC de l'Estuaire et du Foyer de Rimouski sous une seule direction (Thériault, 20 janvier 1996).	
21 février 1996	Adoption du plan triennal de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux.	- « Produire, d'ici décembre 1996, et déposer à la Régie régionale pour approbation, un projet de mise en commun et d'organisation des services en réseau intégré pour chacune des MRC de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de la Mitis » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39).
11 mars 1996	La situation financière du CHRR fera l'objet d'une rencontre au sommet avec le ministre Rochon (Thériault, 11 mars 1996).	
31 mars 1996	Le déficit accumulé du CHRR dépasse 400 000\$ (Thériault, 4 avril 1996).	
4 avril 1996	Abolition des postes d'adjoint au directeur général et de directeur des services hospitalier au CHRR (Thériault, 4 avril 1996).	- Deuxième réorganisation administrative en deux ans (Thériault, 4 avril 1996).
23 octobre 1996	Adoption d'un plan de redressement de 3,2M\$ pour 1996 et de 2,9M\$ pour 1997-1998 au CHRR (Thériault, 13 septembre 1996).	
9 décembre 1996	La fermeture de la 5 ^e salle d'opération du CHRR rencontre d'importances résistances à l'intérieur de l'établissement (Inconnu, 9 décembre 1996).	
13 décembre 1996	Décès d'une pensionnaire du Foyer de Rimouski (Wells, 13 décembre 1996).	
13 février	Le CHRR devient le gestionnaire du programme de santé	- « L'hôpital de Mont-Joli conservera les lits de longue durée et la

1997	mentale pour le secteur est du Bas-Saint-Laurent (Thériault, 13 février 1997).	psychiatrie légale sous la responsabilité du CHRR » (Thériault, 25 septembre 1997, p. A3).
4 avril 1997	La Régie régionale suspend l'engagement d'un directeur général du CLSC de l'Estuaire à Rimouski (Thériault, 4 avril 1997).	
27 juin 1997	1997-1998 nouveau déficit budgétaire de 3,4 millions\$ qui s'ajoute au déficit accumulé de 2M\$ (Thériault, 27 juin 1997).	
22 janvier 1998	Trois appels à la bombe en 7 jours au CHRR (Wells, 22 janvier 1998).	
12 février 1998	Déficit accumulé de 6,2M\$ au CHRR (Thériault, 12 février 1998).	
Mars 1998	Adoption d'un plan de redressement de 2M\$ au CH (Thériault, 6 avril 1998).	
13 mars 1998	Le Groupe tactique d'intervention (GTI) du MSSS visite l'urgence du CHRR pour trouver une solution à l'engorgement (Inconnu, 13 mars 1998).	
2 avril 1998	Malgré la suppression de 111 lits, la déficit annuel du CHRR se chiffre à 2,5M\$ (Thériault, 2 avril 1998).	- Adoption d'un plan de redressement de 2M\$.
6 avril 1998	Le CH de Rimouski a un déficit de 4,5M\$ et une dette accumulée de 6,7M\$ sur un budget de 48M\$ (Thériault, 6 avril 1998).	
19 juin 1998	Le CLSC de Rimouski reçoit 535 000\$ pour désengorger les services d'urgence de l'hôpital et les lits de courte durée (Thériault, 19 juin 1998).	
Octobre 1998	Arrivée de l'unité de médecine familiale (Inconnu, 27 octobre 1998).	
24 novembre 1998	Détérioration des relations de travail des infirmières au CHRR (Thériault, 24 novembre 1998).	- Le syndicat dépose une pétition signée par 300 des 410 infirmières du CHRR « afin de dénoncer l'institution qui veut couper dans ce secteur en récupérant 34 000 heures/soins » (Thériault, 24 novembre 1998, p. A3).
19 décembre 1998	Fusion du CLSC de l'Estuaire avec le Foyer de Rimouski.	- Création du CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).
23 décembre 1998	Travaux d'agrandissement du Foyer de Rimouski retardés en raison de dépassement de coûts (Inconnu, 23 décembre 1998).	

15 février 1999	Ouverture du centre de cancer au CHRR (Thériault, 20 janvier 1999).	
Mars 1999	Adoption du plan d'action 1999-2002 de la RRSSS du Bas-Saint-Laurent.	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans les 6 centres hospitaliers de courte durée, on s'entend pour assurer des services dispensés par des chirurgiens généraux, des anesthésistes, des radiologistes et des internistes rattachés à ces établissements. Ces spécialistes dispensent localement les services de premier niveau et les services spécialisés de deuxième niveau sont dispensés en complémentarité avec les CHHRDL et le CHRR. Les services de troisième niveau quant à eux sont offerts par le CHRR. Les travaux se poursuivront au cours du présent exercice et devraient conduire à la mise en place de réseaux de services de base intégrés dans chaque territoire de MRC et d'un réseau de services spécialisés intégrés à l'échelle régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 4).
31 mars 1999	Déficit accumulé de 10M\$ au CHRR (Thériault, 24 novembre 1998).	
Novembre 1999	Le CHRR devra récupérer, en cinq mois, une somme de 800 000\$ (Thériault, 4 novembre 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - Devra aussi récupérer, 3M\$ sur une base annuelle. Des projets de développement de 2M\$ sont mis sur la glace (Thériault, 4 novembre 1999)
17 décembre 1999	La directrice générale du CHRR remet sa démission pour des raisons de santé (Thériault, 17 décembre 1999).	
31 mars 2000	Le déficit du CHRR atteint 14M\$ (Thériault, 13 octobre 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - Le déficit a doublé depuis 98-99.
Avril 2000	Le Centre hospitalier régional de Rimouski obtient 8,4M\$ pour éponger son déficit (Thériault, 13 avril 2000).	
9 juin 2000	Pénurie de médecins : 20% des effectifs médicaux spécialisés du CHRR ne sont pas comblés (Thériault, 9 juin 2000).	
15 juin 2000	Les médecins des MRC de Rimouski, Kamouraska et Rivière-du-Loup ne seront plus considérés comme exerçant en région éloignée (Thériault, 15 juin 2000).	
26 juin 2000	Tous les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent déposent un budget équilibré pour l'année financière 2000-2001 (Thériault, 26 juin 2000).	

17 juillet 2000	Le Foyer de Rimouski espère pouvoir entreprendre une deuxième phase de rénovations (Thériault, 17 juillet 2000).	
3 octobre 2000	Annonce du regroupement des soins coronariens et des soins intensifs au CHRR (Thériault, 5 octobre 2000).	- Suscite la colère des médecins et des infirmières.
30 octobre 2000	Sortie publique du CMDP du CHRR contre la fusion des soins coronariens et intensifs (Thériault, 30 octobre 2000).	
16 novembre 2000	Le projet de fusion de l'unité des soins coronariens à celle des soins intensifs est suspendu (Thériault, 16 novembre 2000).	- Dépôt d'une pétition de 5600 signatures; - 150 personnes assistent à la réunion du conseil d'administration; - Le Dr. Yves Bolduc est mandaté comme expert externe pour revoir le projet (Thériault, 16 novembre 2000).
16 novembre 2000	Le contenu du plan d'affaire triennal du CHRR préparé par la firme CGI est rendu public par le conseil d'administration (Thériault, 16 novembre 2000).	- « Confirme la vocation locale, régionale et suprarégionale de l'établissement en plus d'une mission de 3 ^e ligne pour les services ultra spécialisés en radio-oncologie, dialyse, néonatalogie et enseignement » (Thériault, 16 novembre 2000, p. A4). - « Identifie un potentiel d'amélioration des coûts de l'établissement de 4 millions de \$ » (Thériault, 16 novembre 2000, p. A4). - « La réduction des taux d'hospitalisation est identifiée comme un objectif prioritaire » (Thériault, 16 novembre 2000, p. A4). - « Le rapport constate l'essoufflement des ressources humaines et souligne que les processus administratifs ne font pas ou peu appel à la participation des responsables médicaux et que l'imputabilité des gestionnaires n'est pas arrêtée » (Thériault, 16 novembre 2000, p. A4).
28 février 2001	Le CHRR reçoit 2,1M\$ pour l'acquisition d'un appareil de résonance magnétique (Thériault, 28 février 2001).	
17 mai 2001	Adoption par le conseil d'administration du CHRR d'un budget déficitaire de 2,4M\$. Menace de tutelle (Thériault, 17 mai 2001).	
1 juin 2001	Le CHRR obtient un statut d'institution universitaire affiliée. La pénurie de spécialistes atteint des proportions inégalées (Thériault, 1 juin 2001).	
14 juin 2001	Le projet de coopérative de santé à Pointe-au-Père échoue (Thériault, 14 juin 2001).	
Novembre 2001	Le CH de Rimouski affiche un déficit de 1,5M\$ (Thériault, 15 novembre 2001).	
6	Le conseil d'administration du CHRR repousse la signature	

décembre 2001	d'une entente de retour à l'équilibre budgétaire avec le MSSS (Thériault, 6 décembre 2001).	
28 janvier 2002	2100 personnes sont en attente de chirurgie au CHRR (Thériault, 26 janvier 2002).	
6 février 2002	Autorisation pour l'agrandissement du département de radio-oncologie (Inconnu, 6 février 2002).	
20 juin 2002	Le CHRR sort de la pénurie de spécialistes qui l'affectait (Thériault, 20 juin 2002).	
22 juillet 2002	Un fils tue sa mère au Foyer de Rimouski (Thériault, 25 juillet 2002).	
25 octobre 2002	Les propriétaires de résidences privées de la MRC de Rimouski refusent d'assumer les coûts d'un bain hebdomadaire que le CLSC/CHSLD veut enlever aux bénéficiaires (Thériault, 25 octobre 2002).	- Le CLSC recule finalement sur le projet (Thériault, 3 décembre 2002).
12 février 2003	Le CLSC de Rimouski obtient une note parfaite dans son bulletin gouvernemental (Ricard-Châtelain, 12 février 2003).	
17 février 2003	150 personnes attendent pour un traitement du cancer à Rimouski (Wells, 17 février 2003).	
Avril 2003	Le CH est confronté à une liste d'attente de plus de 2000 patients (Thériault, 26 avril 2003).	- Octroi de 16,5M\$ pour diminuer les listes d'attente (Thériault, 26 avril 2003).
Juin 2003	Arrivée d'un nouveau directeur des soins infirmiers au CHRR (Michaud, 17 juin 2011).	
Octobre 2003	Appui de l'Agence à un réseau de services gériatriques intégrés pour la MRC de Rimouski-Neigette comme solution au problème d'accessibilité (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, 2004, p. 18).	
4 novembre 2003	Le CHRR fait campagne pour l'obtention de l'hémodynamie (Thériault, 4 novembre 2003).	
12 novembre 2003	Fermeture d'une dizaine de lits de débordement pour des raisons budgétaires (Thériault, 12 novembre 2003).	
9 janvier	Une clinique privée vient en soutien à l'urgence du CHRR	

2004	(Thériault, 9 janvier 2004).	
26 février 2004	Adoption du modèle d'organisation des RLS par le conseil d'administration de l'Agence.	- « Les deux établissements de la MRC de Rimouski-Neigette ont adopté des résolutions créant un comité conjoint dont le mandat est de regrouper les établissements en une seule entité légale » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 7).
15 mars 2004	Le taux de satisfaction de la clientèle du CHRR varie de 78% à 94% (Thériault, 15 mars 2004).	
15 mars 2004	Le CHRR demande la fusion avec le CLSC/CHSLD de Rimouski-Neigette (Thériault, 15 mars 2004).	- L'établissement portera le nom de <i>Centre régional de services de santé et de services sociaux de Rimouski</i> (Thériault, 15 mars 2004).
Avril 2004	Dépôt du rapport d'appréciation de la qualité de vie au CLSC/CHSLD Rimouski-Neigette (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le concept milieu de vie est vu comme prioritaire à rendre concret tant pour les résidents et leurs proches que pour le personnel » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 10). - « Bien que la qualité des services ne semble pas poser problème, il apparaît que le milieu de vie est peu dynamisé et dynamisant » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 13). - « L'approche milieu de vie fait partie des préoccupations de l'établissement depuis 2002 » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 15). - « Les résidents se sentent chez eux » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 16). - « L'équipe d'appréciation a pu constater que la clientèle se sent bien, respectée et en sécurité au CHSLD Rimouski-Neigette. Le personnel est poli et courtois et les résidents se sentent comme chez eux » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 20). - « On constate une grande préoccupation de la part de la direction pour implanter les orientations ministérielles » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 20).
30 avril 2004	Création du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette.	Issu de la fusion de : <ul style="list-style-type: none"> - CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette - Centre hospitalier régional de Rimouski (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).
Mai 2004	Un directeur général et un directeur général adjoint sont nommés (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette,	

	2007).	
25 mai 2004	Tenue de la rencontre de travail pour élaborer le mode de gouvernance clinique (#19).	
Juin 2004	Création de deux groupes de travail pour assurer la transition et mettre en place l'instance locale : Groupe de travail sur les programmes cliniques et Groupe de travail sur la transition (#19).	
7 juillet 2004	Un troisième GMF est en attente d'une approbation ministérielle (Thériault, 7 juillet 2004).	
Automne 2004	Début des projets cliniques avec une structure de gestion transitoire.	<ul style="list-style-type: none"> - « Les travaux visant l'élaboration des projets cliniques ont débuté à l'automne 2004 par la mise en place de huit équipes de travail. Le conseil d'administration suit de près l'évolution de chacune de ces équipes de travail, entre autres par la mise en place du comité clinicoadministratif dont l'un de ses mandats est de suivre la progression de chacun des projets cliniques » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9). - « Ces travaux se déroulent à notre satisfaction bien que certains échéanciers doivent être prolongés. Nous prévoyons maintenir l'échéancier final pour l'adoption des projets cliniques qui est prévu à l'automne 2005. Les membres du conseil d'administration soulignent leur satisfaction en regard de la représentativité au sein de chacune des équipes de travail et se réjouissent de la présence médicale » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9).
Septembre 2004	Visite d'agrément (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005).	
30 septembre 2004	Les deux groupes de travail (programmes cliniques et gestion de la transition) doivent remettre leur rapport.	<ul style="list-style-type: none"> - Début des travaux sur les projets cliniques (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 17).
6 décembre 2004	Inauguration de service d'hémodialyse à l'hôpital (Thériault, 6 décembre 2004).	
9 février 2005	Publication d'une lettre ouverte écrite par les médecins du service d'urgence du CHRR dans le journal le Soleil pour dénoncer le transfert d'une patiente à Matane pour des tests	<ul style="list-style-type: none"> - « Le mercredi 2 février 2005, une patiente âgée dans la quarantaine s'est vu refuser un examen radiologique de base au CHRR. Elle a dû être transférée au Centre hospitalier de Matane pour obtenir une

	diagnostiques (Thériault, 9 février 2005).	<p>échographie. Elle était dans un état critique et a été retransférée à Rimouski pour subir une intervention chirurgicale. La vie de cette patiente a été mise en péril inutilement. C'est une situation totalement inacceptable » (Thériault, 9 février 2005, p. A16).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La situation que nous dénonçons persiste de façon chronique au sein du CHRR et l'institution laisse traîner cette problématique depuis trop longtemps » (Thériault, 9 février 2005, p. A16). - « Nous devons faire des moyens de pression : [...] à partir du lundi 14 février 8h, seulement les cas majeurs ou critiques seront évalués par l'équipe médicale de l'urgence. [...] De plus, l'enseignement aux résidents en médecine d'urgence cessera » (Thériault, 9 février 2005, p. A16).
10 février 2005	Le CHRR ouvre une enquête au sujet des problèmes de comportement du radiologiste qui a refusé de faire l'échographie à la patiente (Thériault, 10 février 2005).	
12 février 2005	Le radiologiste visé par la sortie publique des médecins et le chef du service d'urgence remettent leur démission. L'Association des radiologistes du Québec dépose une plainte au CHRR et au Collège des médecins concernant les 22 médecins signataires de la lettre (Thériault, 12 février 2005).	
15 février 2005	Les moyens de pression des médecins de l'urgence sont annulés. Le radiologiste visé se retire de la garde pour 15 jours (Thériault, 15 février 2005).	
Juin 2005	Dépôt du rapport annuel 2004-2005 du Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « Depuis près de deux ans, les directions avaient établi un mode de fonctionnement facilitant un rapprochement administratif et clinique. Un comité de direction conjoint avait été mis sur pied dans le but de discuter des dossiers communs. Ce comité se réunissait toutes les six ou huit semaines. Cette initiative a été sans aucun doute un des éléments qui a favorisé l'harmonie tout au long des discussions menant à la fusion » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9). - « La résultante de nos efforts fait en sorte que le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski s'est implanté dans l'harmonie, la confiance et le respect » (Centre régional de santé et de services

		<p>sociaux de Rimouski, 2005, p. 9).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski a adopté une structure de gestion provisoire [...]. En conséquence, nous avons décidé de mettre en avant-plan les projets cliniques et par la suite de définir la structure de gestion qui favorisera l'atteinte des objectifs cliniques » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9). - « Au cours de cette première année d'opération, nous avons eu la préoccupation de favoriser la fusion des conseils professionnels, soit le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières et infirmiers ainsi que le conseil multidisciplinaire. Nous avons également favorisé la fusion des comités des usagers » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 9). <p>Projets cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La fusion volontaire du CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette et du Centre hospitalier régional de Rimouski traduit cette volonté et l'établissement a amorcé en cours d'année une démarche menant à l'élaboration des projets cliniques auxquels contribuent différents acteurs du réseau local de service. De par le volet régional de sa mission, la collaboration avec les autres réseaux locaux de la région se poursuit et s'intensifiera dans les prochains mois pour consolider davantage les corridors de service » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 16). <p>Agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agrément obtenu - « L'équipe des visiteurs a souligné le fort sentiment de fierté et d'appartenance des employés et des médecins. Pour toutes les équipes impliquées dans la dispensation de soins et de services, il a été souligné le niveau élevé de la satisfaction de la clientèle » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 19). <p>Ressources humaines :</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « Cette fusion fut principalement réalisée au niveau des services administratifs afin de pouvoir assurer le support aux directions cliniques qui ont entrepris une démarche visant l'élaboration des projets cliniques » (Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, 2005, p. 26).
11 juin 2005	Lancement d'un projet de rénovation du département de radiologie au coût de 16M\$ (Thériault, 11 juin 2005).	
11 juillet 2005	Le CHRR devient un des établissements les plus attractifs pour les médecins (Thériault, 11 juillet 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « En 5 ans, le CHRR a réussi à équilibrer son budget et à renverser la tendance quant au recrutement des médecins » (Thériault, 11 juillet 2005, p. A16).
19 août 2005	Fusion des deux fondations du secteur de la santé à Rimouski (Inconnu, 19 août 2005).	
Septembre 2005	Le CSSSRN reçoit son agrément pour 3 ans (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 9).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le CSSSRN devient l'un des premiers centres de santé et de services sociaux au Québec à obtenir une telle accréditation pour l'ensemble de ses installations » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 10).
Octobre 2005	Le GMF de Rimouski tarde à se mettre en place en raison d'une mésentente entre les médecins sur le partage des tâches (Inconnu, 21 octobre 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - 2006 : Le GMF de Rimouski a été dissous, faute de pouvoir répondre à l'offre de service déposée au ministère de la Santé et des Services sociaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2006, p. 31).
9 octobre 2005	Le délai d'attente pour un traitement de radiothérapie à Rimouski n'est que de 4 semaines (Thériault, 9 octobre 2005).	
22 octobre 2005	Le Foyer privé Ste-Bernadette de Rimouski obtient une cote d'appréciation de moins de 60% lors d'une visite d'inspection du MSSS (Inconnu, 22 octobre 2005).	
31 octobre 2005	Abolition officielle des deux postes de directeur général au CSSS (Inconnu, 5 octobre 2005). Lancement du premier concours pour trouver un directeur général.	<ul style="list-style-type: none"> - À l'issue du concours, aucun candidat n'est nommé.
Novembre 2005	La situation se redresse au Foyer Ste-Bernadette (Inconnu, 15 novembre 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - A reçu la visite de l'équipe d'appréciation du MSSS à deux reprises. - « La première fois, le rapport remettait en cause l'encadrement clinique des intervenants et la négligence dans l'utilisation des contentions. La seconde équipe d'inspection a constaté que des changements ont été apportés » (Inconnu, 15 novembre 2005).
Novembre	Réalisation de sondages de satisfaction de la clientèle auprès	<ul style="list-style-type: none"> - Taux moyen de satisfaction de 85% (Centre de santé et de services

2005	des usagers et résidents (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 33).	sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 33).
Décembre 2005	Obtention d'un agrément avec suivi pour le programme d'hébergement et de soins de longue durée (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 32).	
31 décembre 2005	Départ du directeur général du CSSS (Thériault, 23 décembre 2005).	- Nomination d'un directeur général intérimaire.
1 février 2006	L'Agence ne renouvelle pas son contrat avec le Foyer Ste-Bernadette. 24 patients transférés au CSSS de Rimouski-Neigette (Inconnu, 1 février 2006).	
28 février 2006	Le radiologiste visé contre la sortie publique des urgentologues poursuit ses ex-collègues.	- « Le radiologiste leur reproche d'avoir organisé une véritable vendetta à son endroit qui a finalement conduit à un lynchage sur la place publique » (Inconnu, 28 février 2006).
Mars 2006	Fermeture du Foyer Ste-Bernadette (Larouche, 5 août 2006).	- 21 résidents sont transférés (Larouche, 5 août 2006). - « Vingt-deux clients de l'unité Sainte-Bernadette ont été admis au Centre d'hébergement aux unités 1 et 3 en mars 2006. Ce transfert a fait passer la capacité d'accueil de 250 à 272 résidents. De plus, deux places ont été ajoutées en ressources intermédiaires spécialisées, ce qui nous permet d'accueillir 135 résidents en RI. Trente-deux employés de l'unité Sainte-Bernadette ont été transférés dans notre centre » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 24).
31 mars 2006	Lancement d'un 2 ^e concours pour le poste de directeur général du CSSS Rimouski-Neigette (Inconnu, 31 mars 2006).	
Juin 2006	Dépôt du rapport annuel 2005-2006 du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006).	- « Au Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, l'année 2005-2006 fut l'opportunité d'une réflexion et d'une mobilisation de l'ensemble des intervenants et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux autour d'un projet commun, le développement de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population de notre territoire » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 9). - « Par ailleurs, des travaux visant l'adoption du plan d'organisation du nouvel établissement, le Centre de santé et de services sociaux de

		<p>Rimouski-Neigette, ont débuté. Une première étape a été franchie, soit l'adoption, par le conseil d'administration, de l'ensemble des organigrammes des directions à l'exception de celle de la Direction générale. Cette démarche vient stabiliser l'équipe de gestionnaires et assure une prise en charge des dossiers administratifs. Durant la prochaine année, nous prévoyons compléter cette démarche en adoptant les différentes composantes devant faire partie du plan d'organisation » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 9).</p> <p>Décisions prises par le conseil d'administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La réaffirmation de la volonté de l'établissement d'agir comme centre de traumatologie de niveau secondaire; - La conclusion d'une entente relative aux transferts des patients requérant des soins et des services en chirurgie générale avec le CSSS de Matane, et ce, dans le cadre de notre mission régionale» (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 10). <p>Direction des affaires médicales et des services professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La venue d'un directeur des affaires médicales et d'un service professionnel à temps plein a contribué, en cours d'année, à faciliter la collaboration de l'ensemble du corps médical et de la direction de l'établissement » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 17). - « Amélioration de la situation en radiologie » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 17). - « À noter qu'en terme de résultats, les listes d'attente dans ce secteur n'ont que très légèrement augmenté dans cette spécialité et nous vivons actuellement une situation de stabilité en attendant le recrutement de nouveaux radiologistes » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 18). - « Finalement, la direction a participé à l'ouverture de 10 lits d'hospitalisation temporaire de 72 heures et moins dans le but d'alléger l'encombrement des corridors à l'urgence » (Centre de santé et de
--	--	---

		<p>services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 18).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « En étroite collaboration avec le président du comité exécutif du CMDP, une clarification des rôles et responsabilités entre cette instance et les responsabilités des chefs de départements et services a été apportée. Cet exercice permet maintenant d'éliminer de nombreuses sources de conflits et de progresser plus rapidement vers l'atteinte des différents objectifs qui appartiennent en propre à la structure médicale » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 19). <p>Santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La clientèle de longue durée psychiatrique qui était au Centre de santé et des services sociaux de La Mitis a été localisée dans une ressource d'établissement où il est plus facile d'appliquer les principes de réadaptation psychosociale » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 21). <p>Personnes en perte d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Élaboration d'un nouveau modèle de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 23). <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Passage de 32 à 4 accréditations syndicales » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 28). <p>Qualité des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Diminution de 14% du nombre de plaintes » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2006, p. 32).
23 octobre 2006	Élections au conseil d'administration du CSSS.	
22 novembre 2006	Nouveau directeur général nommé au CSSS Rimouski-Neigette (Inconnu, 22 novembre 2006).	

Décembre 2006	Ouverture de lits transitoires pour les gens en attente d'hébergement.	- « En décembre 2006, considérant les besoins accrus pour l'hébergement en soins de longue durée, nous avons initié une nouvelle formule dans notre offre de service. Il s'agit de lits transitoires pour des personnes qui étaient en attente d'hébergement à l'hôpital. Ainsi, nous nous sommes dotés de trois lits transitoires d'hébergement qui ont été disponibles selon les besoins » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 33).
Janvier 2007	2 ^e organigramme transitoire : Nomination de cadres intermédiaires dans le but de stabiliser l'équipe de gestion (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 9).	- « Cette instabilité venait ralentir la mise en œuvre des cibles identifiées en regard des projets cliniques et la gestion courante de certains secteurs d'activité » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 9).
8 mars 2007	L'hôpital régional de Rimouski se classe au 3 ^e rang des 11 hôpitaux qui ont une mission régionale selon le bilan des hôpitaux publié par l'Actualité (Inconnu, 8 mars 2007).	
8 mars 2007	Une ressources intermédiaire met fin à son contrat avec le CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 33).	- 19 résidents à relocaliser.
9 juin 2007	17M\$ pour l'agrandissement de l'imagerie médicale, de la pharmacie et des archives (Thériault, 9 juin 2007).	
Septembre 2007	Dépôt du rapport annuel 2006-2007 du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007).	- « Parallèlement à ces changements organisationnels, nous avons poursuivi la mise en œuvre des actions priorisées par le conseil d'administration en décembre 2005 dans le cadre des projets cliniques. Selon l'état d'avancement des travaux, 60 % de ces cibles priorisées ont été réalisées » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 9). Direction des affaires médicales et des services professionnels : - « La réduction du taux d'occupation des lits de l'établissement sera placée en priorité » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 22). Programme soutien à domicile : - « Développer un service social à l'urgence de l'hôpital » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 32).

		<ul style="list-style-type: none"> - « Nous avons débuté le plan de fermeture des lits excédentaires de l'Unité Sainte-Bernadette. Au 31 mars 2007, nous avons fermé 9 lits excédentaires sur 22 lits. Il reste donc 13 lits excédentaires à fermer pour le 31 mars 2008» (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 32). <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ainsi, en début d'année, nous avons intégré les activités et le personnel du Foyer Sainte-Bernadette à l'intérieur de nos activités au Centre d'hébergement – Rimouski » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2007, p. 38).
17 octobre 2007	Le CSSSRN anticipe un déficit de 260 000\$ (Inconnu, 17 octobre 2007).	
26 octobre 2007	Le centre de cancer sera agrandi au coût de 6M\$ (Thériault, 26 octobre 2007).	
Novembre 2007	37 personnes sont en attente d'hébergement dans le territoire de Rimouski (Thériault, 1 novembre 2007).	
Février 2008	Le CCCRN projette construire à Mont-Joli un centre de réadaptation pour héberger et traiter sa clientèle psychiatrique (Lévesque, 15 février 2008).	
Mars 2008	Visite du Conseil canadien d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 26).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'établissement a reçu un agrément pour 3 ans conditionnel à la production d'un plan d'action » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 26). <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - «La mobilisation autour de la visite d'agrément signe de notre désir d'amener la qualité vers de nouveaux sommets; - L'existence des projets cliniques qui constituent une bonne base pour la planification des soins et services; - Un climat de travail positif; - La présence d'équipes interdisciplinaires solides qui peuvent servir de modèles » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 26).

		<p>Améliorations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Une collecte de données systématiques sur les besoins de la population pour s'assurer de l'identification des clientèles vulnérables; - Une planification stratégique pour guider la priorisation et l'action; - Un plan d'organisation qui favorise l'intégration des missions; - L'affirmation que la sécurité des patients est une priorité d'importance majeure et qu'il s'agit d'un principe à inscrire dans la culture organisationnelle; - L'émergence du volet de la promotion et prévention de la santé et la faire jaillir comme une nécessité » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, pp. 26-27).
1 avril 2008	Adoption du Plan d'organisation final du CSSSRN.	<ul style="list-style-type: none"> - « Les programmes clientèles sont reconnus comme le core business de l'organisation » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008a, p. 11). - Instauration d'un conseil des partenaires : « a comme mandat de donner des avis au directeur général sur les orientations stratégiques qu'entend prendre l'organisation. [...] Ce conseil des partenaires est constitué de représentants des groupes de partenaires du milieu de la santé » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008a, p. 44).
22 avril 2008	Des gens d'affaire travaillent à l'ouverture d'une clinique de soins de santé privés à Rimouski (Inconnu, 22 avril 2008).	
Mai 2008	Création d'une équipe mobile de gériatrie (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 20).	
16 mai 2008	Le temps d'attente à l'urgence de l'hôpital régional de Rimouski augmente (Inconnu, 16 mai 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « Il était de moins de 8 heures en 2003-2004 et il est passé à 12,5 heures en 2007-2008 » (Inconnu, 16 mai 2008).
Juin 2008	Dépôt du rapport annuel 2007-2008 du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b).	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette année a, entre autres été marquée par l'adoption du plan d'organisation et la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 10). - « L'UMF a comblé toutes les places de stage » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 18). <p>Principales réalisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mise en place d'un comité stratégique sur l'accès et le continuum de

		soins; - Le service de radiologie a repris la lecture des mammographies; - Mise en place d'une équipe de première ligne pour offrir des services spécialisés en santé mentale au moins de 18 ans; - Développement de 12 lits en soins post-hospitalier avec le CSSS de la Mitis; - Signature des conventions collectives locales » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, pp. 19-21). - « Mise en place d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ses services pour les chirurgies non-urgentes » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 24). - «Nouveaux locaux pour le CLSC; - Travaux de réaménagement à l'hôpital » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2008b, p. 25).
6 août 2008	Rimouski devient une Ville amie des aînés (Thériault, 6 août 2008).	
28 janvier 2009	Le CSSSRN reçoit la certification d'Agrément Canada (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 9).	
29 janvier 2009	Une résidence intermédiaire hors des murs du Foyer de Rimouski ouvrira ses portes en avril (Inconnu, 29 janvier 2008).	
11 février 2009	Le ministre Bolduc se dit ouvert à la création d'un campus de formation médicale à Rimouski (Inconnu, 11 février 2009).	
Avril 2009	18 résidents d'unité de psychogériatrie sont du CHSLD sont transférés dans une ressources intermédiaire spécialisée (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 19).	
6 juin 2009	Accueil des premiers externes en médecine (Thériault, 6 juin 2009).	
Juin 2009	Mise sur pied d'une table médicale territoriale du Bas-Saint-Laurent (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 16).	
Juillet 2009	Adoption du rapport annuel 2008-2009 du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009).	- « L'année 2008-2009 a été fructueuse en ce qui concerne les réalisations. Elle a débuté par la mise en œuvre du plan d'organisation. Cinq nouveaux directeurs ont été nommés [...] » (Centre de santé et de

		<p>services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 9).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Autorisation officielles pour inscrire le projet de Centre affilié universitaire régional parmi les priorités organisationnelles » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 9). <p>Faits saillants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mise à profit d'Info-Santé dans le suivi de la clientèle vulnérable » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 19). - « Importante démarche de certification des résidences privées » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 21). - « Équipe de suivi intensif dans la communauté a amélioré les services rendus à la clientèle » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 21). - « Exercice pour octroyer un poste à l'ensemble des infirmières, infirmières-auxiliaires et inhalothérapeutes » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2009, p. 23).
Juillet 2009	Regroupement des soins intensifs et des soins coronariens (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 22).	
Septembre 2009	Venue prochaine d'un GMF dans Rimouski-Neigette (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2009, p. 7).	
Décembre 2009	Une résidence supervisée en psychiatrie de 17 chambres sera construite à Mont-Joli (Le Journal, 15 décembre 2009).	
Janvier 2010	Déficit anticipé de 5,7M\$ pour le CSSSRN (Thériault, 26 janvier 2010).	
Février 2010	L'hôpital régional offrira des soins pédiatriques aux populations du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, des Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord (Inconnu, 11 février 2010).	
Février 2010	Accréditation du premier GMF de la MRC (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2010, p. 8).	
31 mai	Journée porte ouverte au CSSS pour souligner le 25 ^e	

2010	anniversaire de la Fondation (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 15).	
Juin 2010	Adoption du rapport annuel 2009-2010 du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le dossier « mission universitaire » a franchi une étape importante, soit l'accueil de nos quatre premiers externes en médecine provenant de l'Université Laval » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 5). - « La confection d'une offre de service novatrice avec l'équipe médicale de première ligne est née durant l'année 2009, se traduisant par le projet de l'accueil clinique et l'émergence de la phase II des maladies chroniques. Le résultat de cette nouvelle approche est axé vers une offre de service permettant aux médecins en cabinet privé d'avoir accès à un plateau technique et clinique beaucoup plus rapidement, et ce, tout en étant près des préoccupations de la clientèle et des médecins » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 14). - « Le projet de la trajectoire pour clientèle adulte présentant une problématique multiple avec troubles de comportement est né de l'initiative des quatre directeurs généraux des CSSS de La Mitis, CSSS de Rimouski Neigette, CSSS de Rivière-du-Loup et du CRDITED du Bas-St-Laurent à la suite de l'implication des différents établissements dans des ruptures de services pour la clientèle présentant une problématique multiple avec troubles de comportement » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 14). - « Le projet PHARE est sous la responsabilité des directeurs cliniques. Il a deux grands objectifs. Le premier vise à développer des services en continuum entre les différentes missions de l'établissement, l'hôpital, le CLSC et les ressources d'hébergement de façon à ce que les clients puissent circuler plus facilement entre les services qui lui sont requis » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 15). - « Implantation d'un premier GMF fonctionnel sur le territoire » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 17). - « Possibilité pour toutes les infirmières qui le désirent d'obtenir un poste à temps complet » (Centre de santé et de services sociaux de

		<p>Rimouski-Neigette, 2010, p. 22).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Réaménagement de la clinique externe de pédiatrie, de néphrologie et de gynécologie-obstétrique » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 2010, p. 23).
18 juin 2010	Québec impose des coupures de 900 000\$ au CSSSRN (Michaud, 18 juin 2010).	
6 juillet 2010	L'équipe multidisciplinaire en oncologie du CSSSRN obtient un mandat régional (Inconnu, 6 juillet 2010).	
Octobre 2010	Annonce de la mise en place d'un campus clinique de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Rimouski (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 1 octobre 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le campus clinique satellite de Rimouski se consacrera à la formation d'étudiants en médecine faisant leur externat, ainsi que de résidents en médecine familiale et dans les spécialités de base » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 1 octobre 2010).
Novembre 2010	Création d'une nouvelle ressource en hébergement temporaire pour la clientèle en santé mentale (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 18 novembre 2010).	
11 mars 2011	L'hôpital inaugure ses nouveaux locaux des départements de radiologie, d'archives médicales et de pharmacie (Michaud, 11 mars 2011).	
16 mars 2011	Le CSSSRN souhaite implanter un service d'hémodynamie (Inconnu, 16 mars 2011).	
6 avril 2011	Possible transfert des services administratifs du CSSSRN dans une bâtisse à l'extérieur de l'hôpital (Inconnu, 6 avril 2011).	
Mai 2011	Le CSSSRN obtient un taux de conformité de 88% lors de la démarche d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, mai 2011).	
Mai 2011	Annonce du départ du directeur général adjoint du CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, mai 2011).	
Mai 2011	Annonce de l'ouverture d'un 2 ^e GMF sur le territoire (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, mai 2011).	
27 mai 2011	Fusion de services administratifs entre les Centre de santé de l'Est (Inconnu, 27 mai 2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements visés sont : CSSS de Matane, d'Amqui, Mitis et Rimouski-Neigette de même que le Centre de réadaptation du Bas-St-Laurent et le Centre Jeunesse. - Le CSSS des Basques, de Rivière-du-Loup et du Kamouraska ne sont

		<p>pas associés au projet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regroupement de services comme la paie, les services juridiques, et informatiques. - « Les 6 centres de santé doivent sabrer 3,7M\$ dans leur budget d'ici 2014 » (Inconnu, 27 mai 2011). - « Sur une base volontaire, nous avons décidé d'examiner la possibilité de mettre en commun nos forces dans sept chantiers bien précis, dans une démarche qui vise des mises en commun d'expertise, d'activités ou de services » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 30 mai 2011). - « 7 secteurs administratifs sont actuellement analysés afin d'améliorer l'efficacité de ces services, et ce sur une base inter-établissements. Ces 7 chantiers sont : <ul style="list-style-type: none"> - La paie et les avantages sociaux - La publicité et le recrutement - La gestion des services de santé et sécurité au travail - La comptabilité - La fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité - L'informatique : la garde et les rappels au travail - Les frais juridiques. - « La durée de vie et les objectifs de l'Alliance ne sont pas figés dans le temps puisque toute économie et toute efficacité obtenues ensemble seront autant de gains individuels permettant de maintenir les services à la population » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 30 mai 2011). - « L'Alliance de santé et de services sociaux de l'Est du Bas-Saint-Laurent travaille avec le support de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et en lien avec les établissements de l'Ouest du Bas-St-Laurent » (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 30 mai 2011).
28 mai	Le palmarès des urgences de La Presse donne la note de A à	- Elle est passé en trois ans de B- à A- à A (Thériault, 28 mai 2011).

2011	l'urgence du CSSSRN (Thériault, 28 mai 2011).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'hôpital se classe premier dans la catégorie des hôpitaux à mission régionale avec un temps moyen de séjour de 10h48 » (Thériault, 28 mai 2011, p. 36). - A pris un virage dans notre réseau de première ligne qui influence l'achalandage à l'urgence : alternatives à l'hospitalisation, augmentation des soins à domicile, organisation de santé mentale passablement autonome, mise en place graduelle de l'accueil clinique qui, par des protocoles faits par des médecins, font que les patients sont pris en charge par des infirmières (Thériault, 28 mai 2011, p. 36).
8 juin 2011	Dépôt d'une pétition de 900 noms au CSSSRN pour que le centre offre des soins de dégénérescence maculaire (Thériault, 8 juin 2011).	
23 juin 2011	La performance du CSSSRL se classe sous la moyenne provinciale selon un rapport de l'AQESSS (Inconnu, 23 juin 2011).	
23 juin 2011	Un nouveau directeur général par intérim est nommé au CSSSRN (Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 23 juin 2011).	

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *La population du Bas-Saint-Laurent desservie par huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 32 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 93 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 69 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 143 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 130 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (1 octobre 2010). *Communiqué de presse: Formation en médecine - le Ministre Yves Bolduc annonce un investissement de 2 747 000\$ pour le campus clinique de l'hôpital régional de Rimouski*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (18 novembre 2010). *Communiqué de presse*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (23 juin 2011). *Communiqué de presse: M. Jacques A. Lévesque est nommé directeur-général par intérim du CSSS de Rimouski-Neigette*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (30 mai 2011). *Communiqué de presse: Compressions exigées par la loi 100 dans le secteur de la santé: Les établissements de santé et de services sociaux dans l'Est du Bas-Saint-Laurent s'allient pour trouver des solutions communes*. Rimouski: CSSS de Rimouski-Neigette, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2006). *CSSSRN. Rapport annuel 2005-2006*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 50 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2007). *CSSSRN. Rapport annuel 2006-2007*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 63 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2008a). *CSSSRN. Plan d'organisation*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 46 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2008b). *CSSSRN. Rapport annuel 2007-2008*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 49 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2009). *CSSSRN. Rapport annuel 2008-2009*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 50 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2010). *CSSSRN. Rapport annuel 2009-2010*. Rimouski: CSSS Rimouski-Neigette, 48 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011a). Notre organisation. L'hôpital régional, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/hopital/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011b). Notre organisation. Le Centre d'hébergement, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/centre/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (2011c). Notre organisation. Le CLSC, [En ligne]. <http://www.chrr.qc.ca/organisation/clsc/index.php> (Page consultée le 18 août 2011).
- Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette. (mai 2011). *Info-CA*. Rimouski: Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, 4 p.

Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski. (2005). *CRSSSR. Rapport annuel 2004-2005*. Rimouski: CRSSS de Rimouski, 43 p.

Dionne, M.-L. (11 septembre 1993). Rimouski: 50\$ pour aménager le centre de radiothérapie. *Le Soleil*, p. A3.

Équipe ministérielle d'appréciation. (2004). *Rapport d'appréciation de la qualité de vie en milieu d'hébergement et de soins de longue durée: CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 p.

Inconnu. (1 février 2006). Le CHSLD de Rimouski hérite de 24 nouveaux pensionnaires. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (5 octobre 2005). Nouveau directeur des établissements de santé de Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (6 avril 2011). La résidence Lionel Roy de Rimouski bientôt transformée en bureaux administratifs. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (6 février 2002). Rimouski: feu vert à l'agrandissement de la radio-oncologie. Québec ajoute 2,4 millions \$. *Le Soleil*, p. A13.

Inconnu. (6 juillet 2010). Centre de santé de Rimouski-Neigette: Un mandat régional en oncologie. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (8 mars 2007). Rimouski est au troisième rang. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (9 décembre 1996). C.H. de Rimouski. Résistance à la fermeture d'une 5e salle d'opération. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (11 février 2009). Le ministre Bolduc se montre ouvert. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (11 février 2010). Soins pédiatriques: Nouveau mandat pour Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (11 janvier 1995). Rimouski: 552 000\$ pour la dialyse. *Le Soleil*, p. B1.

Inconnu. (13 mars 1998). Rimouski. Le GTI à l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (15 novembre 2005). La situation se redresse dans trois résidences pour personnes âgées. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (16 mai 2008). Le temps d'attente augmente. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (16 mars 2011). Soins de santé: La chirurgie cardiovasculaire pourrait voir le jour au CSSS Rimouski-Neigette. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (17 octobre 2007). Un déficit anticipé de 260 000\$. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (19 août 2005). Fusion sans heurt des fondations du secteur de la santé de Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (21 avril 1994). Laurent Bouillon directeur au CHRR. *Le Soleil*, p. B2.

Inconnu. (21 octobre 2005). Un nouveau groupe de médecine familiale à Rivière-du-Loup. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (22 avril 2008). Un projet en préparation à Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (22 novembre 2006). Raymond Coulombe est nommé directeur général. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (22 octobre 2005). Un tiers des CHSLD du Québec offre des conditions de vie indignes aux aînés. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (23 décembre 1998). Rimouski. Travaux retardés. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (23 juin 2011). Soins de santé. Bas-Saint-Laurent: Une performance à améliorer en santé à Rivière-du-Loup et Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (27 mai 2011). Services de santé. Bas-Saint-Laurent: fusion de services entre les centres de santé de l'Est. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (27 octobre 1998). Rimouski: le «nouveau» CLSC. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (28 février 2006). Un radiologiste poursuit ses ex-collègues. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (29 janvier 2008). Résidence d'un nouveau modèle à Rimouski. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (31 mars 2006). Autre concours pour le DG du CHRR. *SRC Est du Québec*.

Larouche, M. (5 août 2006). Le foyer de Saint-Cyprien devra fermer. Le bâtiment ne répondrait plus aux normes. *Le Soleil*, p. 23.

Le Journal. (15 décembre 2009). 3 M \$ investis en psychiatrie à Mont-Joli. *Le Rimouskois*. Retrieved from <http://progresecho.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=122113&id=1644>

Lévesque, S. (15 février 2008). Le Centre de santé de Rimouski-Neigette construira un centre d'hébergement à Mont-Joli. *L'Information*.

- Michaud, P. (11 mars 2011). L'hôpital régional inaugure des travaux de 17M\$. *Le Rimouskois*. Retrieved from <http://progresecho.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=181895&id=659>
- Michaud, P. (17 juin 2011). Concert d'éloges pour le directeur du Centre de santé. *Le Rimouskois*. Retrieved from <http://progresecho.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=195597&id=659>
- Michaud, P. (18 juin 2010). Québec impose des coupures de 90 000\$ au Centre de santé de Rimouski. *Le Rimouskois*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette (1104-3619) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=562&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 16 août 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement CSSS de Rimouski-Neigette (1104-4096) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02HistEtab.asp?CdIntervSocSan=99&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 16 août 2011).
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1996). *Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 64 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1999). *Plan d'action 1999-2002: Pour l'amélioration des services*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 90 p.
- Ricard-Châtelain, B. (12 février 2003). Des clients satisfaits des CLSC... quand ils réussissent à y entrer. *Le Soleil*, p. A1.
- Thériault, C. (1 juin 2001). Pénurie de spécialistes. Rimouski trouve des solutions: Le centre hospitalier accueillera des stagiaires de l'Université Laval. *Le Soleil*, p. A5.
- Thériault, C. (1 novembre 2007). Place dans les CHSLD de l'Est. Au moins 80 personnes dans l'attente. *Le Soleil*, p. 28.
- Thériault, C. (2 août 1995). CH régional de Rimouski. Les usagers s'occupent de l'avenir de l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (2 avril 1998). Hôpital de Rimouski: «Quasi-faillite». Malgré la suppression de 11 lits, le déficit annuel reste à 2,5 millions \$. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (2 décembre 1993). Le CLSC de l'Estuaire en piètre santé. *Le Soleil*, p. B2.
- Thériault, C. (2 juin 1995). Domaine de la santé. Compressions de près de 7 millions \$ au Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. A5.

Thériault, C. (3 décembre 2002). Bain hebdomadaire assuré pour 146 personnes âgées. Le CLSC/CHSLD de l'Estuaire abolit sa compression budgétaire. *Le Soleil*, p. A13.

Thériault, C. (3 juillet 1998). Radio-oncologie à Rimouski: la force d'une région. *Le Soleil*, p. A15.

Thériault, C. (4 avril 1996). Hachoir à l'hôpital de Rimouski: des postes de cadres disparaissent. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (4 avril 1997). Bas-Saint-Laurent: La Santé écope encore. Coupes supplémentaires de 30% en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (4 novembre 1999). Rimouski. Le Centre hospitalier régional a cinq mois pour «faire sa preuve». *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (4 novembre 2003). Rimouski. En campagne pour obtenir l'hémodynamie. *Le Soleil*, p. A13.

Thériault, C. (5 octobre 2000). Réforme au CHRR de Rimouski. Le personnel médical fulmine. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (6 août 2008). Rimouski et Rivière-du-Loup. Villes Amies des aînés. *Le Soleil*, p. 27.

Thériault, C. (6 avril 1998). Hôpitaux de l'Est et de la Côte-Nord: 10 M\$ en déficit en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (6 décembre 2001). Hôpital de Rimouski: Dans le rouge à cause des aînés. Des patients monopolisent 12 lits de courte durée. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (6 décembre 2004). Nouvelles installations en hémodialyse au CHRR. De quoi satisfaire la demande jusqu'en 2010. *Le Soleil*, p. A18.

Thériault, C. (6 juin 2009). Quatre étudiants en formation médicale à Rimouski. *Le Soleil*, p. 29.

Thériault, C. (7 juillet 2004). Un troisième groupe de médecine familiale dans le Bas-Saint-Laurent. *Le Soleil*, p. A14.

Thériault, C. (7 septembre 1995). L'hôpital de Rimouski fermera 95 lits. Le conseil adopte le plan de redressement. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (8 juin 2011). Injections contre la dégénérescence maculaire: Pétition de 900 signatures à Rimouski. *Le Soleil*, p. 34.

Thériault, C. (8 octobre 1994). L'hôpital de Rimouski devra restreindre ses services. *Le Soleil*, p. B16.

Thériault, C. (9 février 2005). Lettre ouverte à la population de Rimouski-Neigette. «La vie de cette patiente a été mise en péril inutilement». *Le Soleil*, p. A16.

Thériault, C. (9 janvier 2004). Urgences achalandées. Le secteur privé entrebâille la porte. *Le Soleil*, p. A14.

Thériault, C. (9 juin 2000). Rimouski. Manque de médecins spécialistes. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (9 juin 2007). Rimouski. 17 millions \$ pour la radiologie à neuf. *Le Soleil*, p. 27.

Thériault, C. (9 novembre 1992). Les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en bonne santé. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (9 octobre 2005). Radio-oncologie à Rimouski. L'attente est réduite à quatre semaines. C'est le délai qu'avait fixé le gouvernement pour la fin de 2005. *Le Soleil*, p. A13.

Thériault, C. (10 février 2005). Patiente refusée au CHR de Rimouski. Un radiologiste sous enquête. Les urgentologues veulent des mesures plus rapides. *Le Soleil*, p. A15.

Thériault, C. (11 juillet 2005). Renversement de situation. Des médecins demandent à venir travailler au CH régional de Rimouski. *Le Soleil*, p. A16.

Thériault, C. (11 juin 2005). Radiologie à Rimouski: Le projet de 16M\$ est sur les rails. *Le Soleil*, p. A26.

Thériault, C. (11 mars 1996). Hôpital de Rimouski: Réunion au sommet avec Rochon. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (12 février 1998). Bas-Saint-Laurent. 3 hôpitaux dans le rouge. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (12 février 2005). Crise au CHR de Rimouski. Plaintes, démissions et enquêtes pleuvent. *Le Soleil*, p. A30.

Thériault, C. (12 novembre 2003). Rimouski. L'hôpital ferme ses lits de débordement. L'urgence écopera du problème. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (13 avril 2000). Bas-St-Laurent: 17M\$ pour la santé. La somme épongera les déficits récurrents des établissements du réseau. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (13 février 1997). Services psychiatriques: Rochon envoie un message clair à Mont-Joli. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (13 mai 1995). Deux hôpitaux du Bas-St-Laurent demandent une révision des coupes. *Le Soleil*, p. A13.

Thériault, C. (13 octobre 1999). Centre hospitalier de Rimouski. Tout est sur la table, même un partenariat avec le secteur privé. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (13 septembre 1996). Plan de redressement à l'hôpital de Rimouski. On saura le 23 octobre où s'effectueront les coupes. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (14 avril 1994). Coupe de 5 millions dans le Bas-Saint-Laurent: «Grosse commande» à l'hôpital de Rimouski. *Le Soleil*, p. B2.

Thériault, C. (14 juin 2001). La coop de santé de Pointe-au-Père sera dissoute. *Le Soleil*, p. A6.

Thériault, C. (15 février 2005). Rimouski: Fin de crise au centre hospitalier. Le radiologiste ciblé par les urgentologues se retire de la garde pour 15 jours. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (15 juin 2000). MRC Rimouski, Kamouraska et Rivière-du-Loup. Les omnipraticiens privés de leur bonus. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (15 mars 2004). Satisfaction élevée au CHRR. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (15 novembre 2001). Réseau de la santé du Bas-St-Laurent. La moitié des établissements en redressement budgétaire. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C. (16 novembre 2000). Pétition de 15 600 noms au CHRR: Le projet de fusion suspendu. Le plan d'affaire triennal sera dévoilé. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (17 décembre 1999). Centre hospitalier régional de Rimouski. Trois dirigeants tombent au combat. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (17 juillet 2000). Foyer de Rimouski. Nouveau projet de 9 millions \$: La première étape de modernisation a nécessité des débours de 11M\$. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (17 mai 2001). CHRR. À un pas de la tutelle. *Le Soleil*, p. A4.

Thériault, C. (19 février 1994). Centre hospitalier multidisciplinaire: Rivière-du-Loup est hors course. *Le Soleil*, p. F4.

Thériault, C. (19 juin 1998). Nouveau budget en santé: Le «gros lot» aux personnes âgées. 900 000\$ pour assurer le maintien à domicile. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (20 janvier 1996). Centre hospitalier de Rimouski. Un centre de cancérologie tout neuf... sans budget! *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (20 janvier 1999). Rimouski ouvre son centre de cancer le 15 février. Il n'accueillera que les nouveaux cas. *Le Soleil*, p. A3.

Thériault, C. (20 juin 2002). Rimouski: la pénurie de médecins spécialistes de résorbe. *Le Soleil*, p. A17.

Thériault, C. (23 décembre 2005). CHRR. Dernière tournée du personnel pour Daniel Petit. *Le Soleil*, p. A16.

- Thériault, C. (24 novembre 1998). Infirmières en colère. Les relations de travail se détériorent grandement à l'hôpital de Rimouski. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (25 juillet 2002). Sécurité dans les CHSLD. Pas de mesure coercitive en vue. *Le Soleil*, p. A5.
- Thériault, C. (25 octobre 2002). Soins à domicile. Les propriétaires de foyers ne veulent pas payer. *Le Soleil*, p. A16.
- Thériault, C. (25 septembre 1997). CHRR. 80% des départs remplacés. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (26 avril 2003). Un enjeu de 150M\$. Les hôpitaux de l'est et de la Côte-Nord dressent la liste de leurs besoins pour remplir les promesses de Jean Charest. *Le Soleil*, p. A26.
- Thériault, C. (26 décembre 1996). Bas-Saint-Laurent: La transformation du réseau de la santé aboutira à la fermeture de 280 postes. *Le Soleil*, p. A7.
- Thériault, C. (26 janvier 2002). Hôpitaux de Rimouski et de Mont-Joli: 3000 personnes sur des listes d'attente. *Le Soleil*, p. A15.
- Thériault, C. (26 janvier 2010). Est-du-Québec. Le système de santé dans le rouge. *Le Soleil*, p. 20.
- Thériault, C. (26 juin 2000). Régie du Bas-Saint-Laurent: Les établissements évitent le pire. *Le Soleil*, p. A6.
- Thériault, C. (26 octobre 2007). Centre de cancer de l'Est du Québec. Agrandissements de 6M\$. *Le Soleil*, p. 26.
- Thériault, C. (27 juin 1997). Déficit sur déficit. Le centre hospitalier de Rimouski devra encore emprunter. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (28 février 2001). CHRR. 3M\$ pour combler les spécialistes. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (28 mai 2011). Palmarès des urgences au Québec. Rimouski rayonne de santé. *Le Soleil*, p. 36.
- Thériault, C. (30 octobre 2000). Hôpital de Rimouski: Médecins sur la place publique. *Le Soleil*, p. A4.
- Wells, E. (11 décembre 1992). La carte-santé «à puce» expérimentée à Rimouski. *Le Soleil*, p. B1.
- Wells, E. (13 décembre 1996). Rimouski. Tuée par son lit. *Le Soleil*, p. A2.

- Wells, E. (17 février 2003). Centre hospitalier de Rimouski. Six mois pour obtenir un traitement. Le chef du département de radiothérapie réclame sept technologues pour les 150 malades du cancer en attente. *Le Soleil*, p. A19.
- Wells, E. (22 janvier 1998). Rimouski. Alertes à la bombe. Le CHRR sur les dents après trois appels en 7 jours. *Le Soleil*, p. A3.
- Wells, E. (25 novembre 1994). Les propriétaires arrêtés: la police ferme un foyer pour les aînés. *Le Soleil*, p. B1.
- Wells, E. (27 septembre 1995). Foyer de Rimouski. 20 patients de longue durée relocalisés avant Noël. *Le Soleil*, p. A3.
- Wells, E. (28 février 1994). L'hôpital de Rimouski ferme une semaine pour sauver 250 000\$. *Le Soleil*, p. B1.
- Wells, E. (31 janvier 1994). L'hôpital de Rimouski devra réduire son déficit. *Le Soleil*, p. B2.

Annexe 7 : Tableau synoptique du territoire de Matane

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
1935	Les sœurs dominicaines de la Trinité fondent l'hôpital de Matane (Pelletier, 27 mai 1995).	
1947	Construction de l'hôpital de Matane (Pelletier, 11 juillet 1994).	
13 juillet 1967	Création de la Corporation du Foyer d'Accueil de Matane (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	
1968-1969	Construction du Foyer d'accueil de Matane (Pelletier, 8 juillet 1997).	
2 mars 1977	Création du Centre hospitalier de Matane (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	
2 novembre 1977	Création du CLSC de Matane (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	
5 juin 1984	Naissance de la Fondation de l'hôpital de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 8).	
1989-1991	L'hôpital est en déficit (Thériault, 9 novembre 1992).	- « L'établissement a réussi à rétablir sa situation financière en deux ans plutôt que cinq » (Thériault, 9 novembre 1992, p. B1).
31 mars 1992	L'hôpital de Matane déclare un surplus de 3 500\$ (Thériault, 9 novembre 1992).	
20 mai 1992	Le Ministre Marc-Yvan Côté confirme qu'il n'y aura pas d'enquête publique reliée à la qualité des soins au Foyer d'accueil de Matane (Pelletier, 20 mai 1992).	- « Suite à des déclarations de la directrice des soins infirmiers qui affirmait qu'il y avait eu une vague de décès lors d'un réaménagement des lits » (Pelletier, 20 mai 1992, p. B12).
Octobre 1992	Annnonce de travaux d'agrandissement de 12M\$ au CH de Matane (Pelletier, 7 octobre 1992).	
3 mai 1993	Le CH reçoit un budget additionnel de 911 600\$ en récompense de sa saine administration (Pelletier, 3 mai 1993).	
23 décembre 1993	Annnonce de travaux de 4,3M\$ au Foyer d'accueil de Matane (Pelletier, 23 décembre 1993).	
Avril 1994	475 000\$ retranchés du budget de la santé dans la MRC de	

	Matane (Thériault, 8 avril 1994).	
Juillet 1994	Le CH de Matane pourra aller de l'avant avec son projet de rénovation de 19M\$ (Pelletier, 11 juillet 1994).	
Février 1995	Fermeture de 19 lits sur les 106 au CH de Matane (Inconnu, 5 janvier 1996).	
15 mars 1995	Les tests de laboratoires au centre hospitalier de Matane seraient le double de moyenne québécoise (Inconnu, 15 mars 1995).	
23 mars 1995	Coupures de 633 000\$ en santé dans la MRC de Matane (Thériault, 23 mars 1995).	
22 juin 1995	Le syndicat dépose une pétition de 1350 noms demandant au Ministre Jean Rochon de reporter le projet d'agrandissement de rénovation de 19M\$ (Pelletier, 22 juin 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Puisque le budget de fonctionnement de 9M\$ n'est pas garanti » (Pelletier, 22 juin 1995, p. A3).
8 novembre 1995	Annonce de la fermeture de lits de courte durée au CH de Matane (Pelletier, 8 novembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le nombre passerait de 102 à 60 au cours des prochaines années » (Pelletier, 8 novembre 1995, p. A4).
26 décembre 1995	« Dans 5 des 8 MRC, il y aura une seule unité administrative pour les établissements de santé et de services sociaux. Pour ce qui est des trois autres (Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette et Mitis) des études de réorganisation administrative seront réalisées d'ici décembre 1996 » (Thériault, 26 décembre 1996).	
11 janvier 1996	Le CLSC de Matane présente un projet pour être administré par la MRC (Michaud, 11 janvier 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - Le CLSC de Matane est l'un des premiers à être implantés au Québec. - « Première requête de ce genre au sein du réseau québécois de la santé » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4). - « Présidente du conseil d'administration dit qu'il s'agit d'une expérience pilote novatrice » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4). - « Selon le modèle proposé par les administrateurs du CLSC, la MRC se verrait confier le budget de 4M\$ de l'établissement de santé. Les élus formeraient une commission de la santé, chargée d'administrer le CLSC » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4). - « Parallèlement, l'actuel conseil d'administration de l'établissement de santé serait aboli » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4). - « Nous avons plus d'affinités avec la MRC qu'avec les autres établissements du réseau de la santé » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4).

		<ul style="list-style-type: none"> - « Le CLSC est menacé par la fusion que veut imposer la Régie et nous craignons que les soins de première ligne soient sacrifiés au profit des centres hospitaliers » (Michaud, 11 janvier 1996, p. A4).
24 janvier 1996	Réactions au projet de fusion du CLSC avec la MRC de Matane lors des audiences publiques de la Régie régionale. La MRC de Matane réitère qu'elle souhaite obtenir la gestion du CLSC (Michaud, 24 janvier 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs se sont dits favorables - Le conseil des aînés et le centre hospitalier ont exprimé des réserves (Michaud, 24 janvier 1996). - « Nous on veut la gestion du CLSC. À la rigueur, nous n'aurions pas à demander l'avis de la régie, souligne le DG de la MRC » (Michaud, 24 janvier 1996, p. A3). - La MRC et le CLSC « désavouent la reconfiguration du réseau régional de la santé présenté par la Régie. [...] Ils rejettent du revers de la main le projet de fusion des établissements de santé préconisé par la régie dans Matane. Ils ne veulent pas d'une régionalisation qui se fera sur le dos des citoyens de la MRC en périphérie avec une centralisation des services dans les pôles régionaux que sont Rimouski et Rivière-du-Loup » (Michaud, 24 janvier 1996, p. A3).
21 février 1996	Adoption du plan triennal de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996).	<p>Les services de soutien et les structures administratives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des mises en commun des services administratifs et de soutien. - « Produire d'ici juin 1996, et déposer à la Régie régionale pour approbation, un plan d'unification administrative de tous les établissements de chacune des MRC de Kamouraska, de Témiscouata, des Basques, de la Matapédia et de Matane. Le territoire de Matane, sous réserve des décisions des ministères concernés relativement au projet CLSC-MRC à l'étude, demeure soumis à l'orientation d'unification administrative des services de base par MRC. L'unification administrative planifiée devra être effective avant avril 1997 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1996, p. 39).
26 avril 1996	Le CH de Matane devra couper 6M\$ de son budget entre 1995-1998 (Inconnu, 26 avril 1996).	
16 mai 1996	Le comité de survie du centre hospitalier de Matane demande une réduction des nouvelles coupures de 2,4 millions \$, le maintien du statut sous-régional de l'hôpital et l'accessibilité aux	

	soins de santé (Pelletier, 16 mai 1996).	
29 mai 1996	La MRC de Matane s'oppose à toutes compressions budgétaires imposées au Centre hospitalier de Matane (Inconnu, 29 mai 1996).	
4 juin 1996	Marche de solidarité organisée à Matane contre une réduction majeure des soins de santé au Centre hospitalier de Matane (Inconnu, 4 juin 1996).	- 5000 personnes prennent part à la marche (Inconnu, 5 juin 1996).
14 juin 1996	Le ministre Côté mandate la Régie régionale pour élaborer une proposition concernant le projet de décentralisation du CLSC de Matane vers la MRC (Inconnu, 14 juin 1996).	
19 juin 1996	200 Matanais assistent à la réunion du conseil d'administration de la Régie régionale pour le maintien des services dispensés au Centre hospitalier (Pelletier, 19 juin 1996).	
19 juillet 1996	La Régie régional autorise le CH de Matane et le Foyer d'accueil de Matane à se fusionner (Inconnu, 19 juillet 1996).	- Le CLSC refuse toujours d'adhérer au mouvement.
Août 1996	Formation du conseil d'administration provisoire pour la fusion (Inconnu, 19 juillet 1996).	
11 septembre 1996	Fusion du CH de Matane et du CHSLD de Matane (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	
19 décembre 1996	Nomination du directeur général du CH-CHSLD de Matane (Inconnu, 19 décembre 1996).	- Il a occupé les postes de directeur des ressources financières et des services techniques au centre hospitalier de Matane durant 11 ans et de directeur général du centre d'accueil de Matane pendant 7 ans (Inconnu, 19 décembre 1996).
18 juin 1997	Présence d'une centaine de personnes de Matane à la séance du conseil d'administration de la Régie lors de l'adoption du plan d'action budgétaire 1997-1998 (Thériault, 19 juin 1997).	- « Le comité de survie veut que le Centre hospitalier de Matane conserve ses services actuels ainsi que les spécialités qui le différencient des autres hôpitaux locaux de la région. À la suite des compressions budgétaires, le nombre de lits de courte durée est passé de 106 à 77 actuellement. La direction s'attend à éliminer 81 postes équivalent à temps complet avec les prochaines restrictions budgétaires de 4 millions \$ » (Inconnu, 17 juin 1997).
8 juillet 1997	Le CH/CHSLD de Matane seront rénovés au coût de 19M\$ (Pelletier, 8 juillet 1997).	
27 octobre	Rejet de regroupement du CLSC avec la MRC. Projet d'union ou	- « D'ici janvier, le CLSC de Matane s'unira administrativement ou

1997	de fusion avec le CH et le CHSLD (Pelletier, 27 octobre 1997).	<p>fusionnera complètement avec l'hôpital et le Foyer d'accueil qui ont déjà la même direction » (Pelletier, 27 octobre 1997, p. A4).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les deux CA ont rejeté la maintien de corporations autonomes comme c'est le cas présentement, de même que la formule d'intégration d'une corporation par une autre » (Pelletier, 27 octobre 1997, p. A4). - « Il n'est plus question que le CLSC soit administré par la MRC de Matane comme la direction de l'établissement de santé le souhaitait. L'expérience pilote qui devait être tentée n'a jamais été réalisée parce que le gouvernement n'a pas donné son accord » (Pelletier, 27 octobre 1997, p. A4). - « À l'époque, le CLSC craignait qu'à la suite de la réorganisation des services de santé et de services sociaux, les soins de première ligne soient sacrifiés au profit du centre hospitalier » (Pelletier, 27 octobre 1997, p. A4).
15 novembre 1997	Début des travaux d'agrandissements au CH et au Foyer de Matane (Pelletier, 15 novembre 1997).	<ul style="list-style-type: none"> - Annoncés et reportés depuis 10 ans (Pelletier, 15 novembre 1997).
6 avril 1998	Le CH de Matane a un déficit de 2,4M\$ (Thériault, 6 avril 1998).	<ul style="list-style-type: none"> - Le DG anticipe un équilibre budgétaire dans 3 ans. - « Matane a perdu 25% de son budget et a fusionné avec le CHSLD » (Thériault, 6 avril 1998, p. A3).
Mars 1999	Adoption du plan d'action 1999-2002 de la RRSSS du Bas-Saint-Laurent (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans les 6 centres hospitaliers de courte durée, on s'entend pour assurer des services dispensés par des chirurgiens généraux, des anesthésistes, des radiologistes et des internistes rattachés à ces établissements. Ces spécialistes dispensent localement les services de premier niveau et les services spécialisés de deuxième niveau sont dispensés en complémentarité avec les CHHRDL et le CHRR. Les services de troisième niveau quant à eux sont offerts par le CHRR. Les travaux se poursuivront au cours du présent exercice et devraient conduire à la mise en place de réseaux de services de base intégrés dans chaque territoire de MRC et d'un réseau de services spécialisés intégrés à l'échelle régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 4). - « Le regroupement du CH, CHSLD et CLSC de Matane devrait se

		réaliser dans les mois à venir » (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, p. 7).
20 juillet 1999	Départ du DG du CLSC de Matane. La Régie régionale s'objectera au remplacement du directeur démissionnaire (Inconnu, 20 juillet 1999).	- « Elle invite plutôt les administrateurs à envisager un regroupement administratif avec l'hôpital et le centre de soins de longue durée déjà fusionnés » (Inconnu, 20 juillet 1999).
Avril 2000	Le centre hospitalier de Matane obtient 2,2M\$ pour éponger son déficit (Thériault, 13 avril 2000).	
26 juin 2000	Tous les établissements de santé du Bas-Saint-Laurent déposent un budget équilibré pour l'année financière 2000-2001 (Thériault, 26 juin 2000).	
28 octobre 2000	Alliance du CLSC avec le CH/CHSLD. Partage d'un même DG, mais deux conseils d'administration (Inconnu, 28 octobre 2000)	
Mai 2001	Le CH/CHSLD de Matane affiche un déficit de 500 000\$ (Thériault & Paradis, 28 mai 2001).	
Décembre 2001	Échanges entre les conseils d'administration et les directions respectives des CH-CHSLD et CLSC de Matane quant à une éventuelle fusion (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006). Développement d'une nouvelle vision de l'établissement appelée Vision 2008 (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 2).	Vision 2008 : - « Réseau de services intégrés orienté et centré sur le client, sur ses besoins et la satisfaction; - Services accessibles, disponibles, dynamiques, continus, interconnectés et donnés à proximité des personnes; - Approche humaine, globale, systémique de la personne. Approche promotion, prévention; - Personnel heureux, mobilisé et bien supporté par la gestion. Collaboration et coopération; - Culture réseau » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 2).
Février 2002	Le déficit du CH de Matane est de 632 000\$ (Thériault & Paradis, 9 février 2002).	
18 septembre 2002	Le CH de Matane obtient une performance financière de D (Gagné et al., 18 septembre 2002).	- « Déficit passé de 560 000\$ auquel s'ajoute un manque à gagner de 700 000\$ » (Gagné, et al., 18 septembre 2002, p. A5).
19 septembre 2002	La direction du Centre hospitalier de Matane accepte mal la note D obtenue pour sa performance financière (Michaud, 19 septembre 2002).	
28	Le syndicat des infirmières dénonce la disparition de 10 postes	

novembre 2002	au CH de Matane (Inconnu, 28 novembre 2002).	
29 décembre 2002	Les établissements de santé de la région de Matane ont adopté des mesures pour éponger leur déficit (Michaud, 29 décembre 2002).	- « Le nouveau conseil d'administration a entériné diverses mesures qui permettront de réduire les dépenses d'environ 700 000\$ » (Michaud, 29 décembre 2002).
5 mai 2003	Les établissements de santé de la MRC de Matane entreprennent aujourd'hui un changement radical de leurs façons de faire (Michaud, 5 mai 2003).	- « Les établissements privilégieront le support au client malgré un impact négligeable sur le déficit de l'établissement » (Michaud, 5 mai 2003, p. A13). - « Le conseil d'administration a adopté un ambitieux plan organisationnel. Les administrateurs occuperont leurs nouvelles fonctions et seront plus mobiles. Il visiteront chaque établissement au moins un jour par semaine pour assurer un soutien aux employés et instaurer les nouvelles façons de faire » (Michaud, 5 mai 2003, p. A13).
27 décembre 2003	Les établissements de santé de la MRC de Matane accusent un déficit d'opération supérieur au maximum autorisé (Michaud, 27 décembre 2003).	- « 440 000\$ de déficit alors que le maximum autorisé était de 340 000\$ » (Michaud, 27 décembre 2003, p. A16).
26 février 2004	Adoption du modèle d'organisation des RLS par le conseil d'administration de l'Agence.	- « Pour la MRC de Matane, les lettres patentes confirmant l'existence d'une instance locale sont demandées » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2004, p. 7).
30 mars 2004	Création du Réseau de santé et de services sociaux de Matane (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	Le Réseau de santé et de services sociaux de Matane est issu de la fusion de : - Les CH et CHSLD de Matane - CLSC de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 6)
10 juin 2004	Adoption du plan d'organisation 2003-2006 par le conseil d'administration fusionné (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 7).	
15 août 2004	Démission du président du CA du CSSS (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 44).	
Septembre 2004	Amorce des activités de la démarche d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 10).	
21 octobre 2004	Le conseil d'administration de l'établissement fait sa demande d'émission de lettre patentes au MSSS (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 6).	

29 octobre 2004	Le directeur général du CSSS « fait part à l'Agence de sa volonté de voir intervenir le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 2).	- « Dans le but de cerner les problématiques qui rendent difficile l'atteinte des objectifs quant aux durées moyennes de séjour à l'urgence et à la proportion d'usagers séjournant plus de 48 heures sur civière » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 2).
13 décembre 2004	Émission de lettres patentes et changement de nom pour Centre de santé et de services sociaux de Matane.	
Fin 2004-début 2005	Début des projets cliniques (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 11).	
27 janvier 2005	Départ du directeur général du CSSS pour la retraite (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 44).	
10 février 2005	Nomination d'un nouveau directeur général (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 44).	
	Le CSSS doit déposer son plan d'action à la suite d'une visite du comité de coordination national sur les urgences (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2005, p. 30).	
17 novembre 2005	Adoption du rapport annuel d'activité 2004-2005 par le conseil d'administration du CSSS de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « Début des travaux associés à la démarche d'agrément; - Début des activités des projets cliniques » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 1). - Adoption d'une « politique générale de gestion des ressources humaines qui fait une grande place à la responsabilisation, au respect, à la collaboration et aux communications pour réaliser les activités du CSSS de Matane » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 2). - « La Direction et le conseil d'administration ont demandé à l'Agence de les supporter avec une démarche d'accompagnement où des experts dans différents secteurs ont évalué les processus et façons de faire pour recommander par la suite des pistes de solutions visant l'amélioration du fonctionnement dans les secteurs suivants : services des laboratoires; département de pharmacie, services alimentaires, soins infirmiers en courte durée » (Centre de santé et de services

		<p>sociaux de Matane, 2005, p. 10).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les priorités retenues pour l'année en cours sont l'application du Guide de gestion de l'urgence » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 12). - « Les traitements de chimiothérapie ont été moins nombreux cette année. L'explication de cet état de situation serait reliée à une rétention de la part du CSSS de Rimouski prétextant un manque de répondants médicaux locaux. Cette situation a été clarifiée depuis ce constat » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 14). - « Les travaux d'unification des systèmes financiers des CH et CHSLD et du CLSC de Matane ont été complétés durant la dernière année mobilisation ainsi les énergies de notre équipe » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 18). - « La plus grosse difficulté encourue cette année est sûrement reliée au manque d'effectifs médicaux » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 26). - « L'année 2004-2005 fut passablement mouvementée en regard des besoins grandissants pour les services en soutien à domicile et en hébergement » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 28). - « Au soutien à domicile, nous vivons une situation difficile pour assurer des services suffisants et adaptés afin de maintenir davantage la clientèle à domicile » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 28). - « Nous sommes confiants qu'avec toute l'attention qui sera consacrée à l'amélioration du climat organisationnel, on agira sur les causes de problématiques telles que : l'absentéisme, le roulement de personnel, le désengagement du personnel et le stress au travail » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 33). <p>Priorités d'action 2005-2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mise en œuvre du plan d'action du CCNU; - Projets cliniques : Maladies chroniques et cancer, PPALV, santé mentale, jeunes, services généraux;
--	--	---

		- Entente de gestion avec l'Agence » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2005, p. 43).
26 janvier 2006	Une résidente de Matane intente une poursuite en dommages de 558 000\$ contre un chirurgien général de l'endroit (Hénault, 26 janvier 2006).	
Février 2006	Le protecteur du citoyen a reçu des signalements concernant la sécurité et la surveillance au Foyer d'accueil de Matane (Inconnu, 12 août 2006).	
Mars 2006	Départ de la directrice des ressources humaines (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 1).	
31 mars 2006	Émission du certificat d'accréditation suite à une visite d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 1).	
20 avril 2006	L'Agence prévoit demander à l'hôpital de Matane une formule de remboursement car elle n'a pas obtenu d'autorisation préalable pour des dépassements de plusieurs centaines de milliers de dollars (Inconnu, 20 avril 2006).	
Juin 2006	Dépôt du rapport annuel 2005-2006 (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « La démarche d'agrément a été complétée avec succès; - 5 chantiers de projets cliniques ont été mis de l'avant; - Des plans d'amélioration ont été produits pour le programme de lutte au cancer le CCNU, les RI-RTF, la gestion de la présence au travail; - Nous avons connu une situation financière difficile [...]. Cette situation a nécessité l'élaboration d'un plan d'équilibre budgétaire qui a amené une série de compressions de dépenses de toutes sortes » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 1). - « L'organisation avance dans l'actualisation de Vision 2008 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 2). - « 5 chantiers ont été amorcés : PPALV, maladies chroniques, santé mentale, jeunes et services généraux » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 5). - « Les recommandations du CCNU ne sont pas remises en question mais plutôt reportées à une date ultérieure; - Des corridors de services avec le CSSSR ont été améliorés; - Efforts pour mettre sur pied un groupe de médecine familiale

		<p>intramuros » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 6).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion de la présence au travail : « Nous avons connu une année où le roulement de personnel au service de santé n'a pas aidé à maintenir une rigueur de traitement qui est gage de succès dans ce genre de démarche » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 7). - « Obligation de concevoir et réaliser un plan d'équilibre budgétaire » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 7). - « Avec les experts de l'Agence et nos propres experts internes, nous avons revu certains secteurs de notre organisation qui méritaient un examen plus approfondi pour trouver un fonctionnement plus approprié à notre situation actuelle dans le cadre du programme de santé physique, c'est-à-dire : notre mode de fonctionnement, la structure de nos équipes de travail, particulièrement en courte durée, compte tenu de la présence importante d'une clientèle en perte d'autonomie » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 7). - « Mise en place d'une infirmière en planification de départ et gestion de lits » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 10). <p>Projet PPALV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Représente une très grande priorité pour le CSSS de Matane » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 11). - « Obtention d'un budget de transition de l'Agence pour augmenter les services de maintien à domicile » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 11). - « Changement d'orientation majeur : dorénavant, les admissions ne seront faites que pour la clientèle nécessitant au moins trois heures/soins/jour. Le maintien dans le milieu est la solution privilégiée et en lien avec les orientations ministérielles » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 11). <p>Soins infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « 113 800\$ pour l'implantation du modèle de soins McGill » (Centre de
--	--	--

		<p>santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 14).</p> <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2005-2006 a été une année mouvementée au service des ressources humaines au cours de laquelle nous avons assisté à des changements structurels importants concernant nos partenaires syndicaux et la composition de notre équipe de travail. Une série de changements de titulaires de poste occasionnant ainsi une moins grande rigueur dans la gestion de la présence au travail » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 15). - « Les unités de négociation sont maintenant au nombre de 4 alors qu'auparavant, elles étaient une vingtaine » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 15). <p>Priorités d'action 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Révision de l'organisation de l'offre de services du CSSS; - Retour à l'équilibre budgétaire; - Entente de gestion; - Mise en œuvre des plans d'action CCNU, agrément, Ri-RTF et gestion de la présence au travail » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2006, p. 18).
12 août 2006	Le Protecteur du citoyen conclut que les services offerts au Foyer d'accueil de Matane sont adéquats (Inconnu, 12 août 2006).	
Septembre 2006	« Le CSSS de Matane a mis progressivement en place son plan d'action au cours de l'année 2005-2006. Des améliorations sensibles des indicateurs de ce service d'urgence ont été observées à partir de la 5 ^e période de l'année » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2006, p. 33)	
23 octobre 2006	Élections au conseil d'administration du CSSS	
Juin 2007	Pénurie importante d'omnipraticiens (Thériault, 23 juin 2007)	- Il en manque 8 sur un plan d'effectifs de 28 (Thériault, 23 juin 2007).
Octobre 2007	Le CSSS de Matane ferme 10 lits pour personnes âgées en perte d'autonomie au centre hospitalier de Matane (Inconnu, 2 octobre 2007)	- « À compter du 31 mars 2008, il n'aura plus que 20 lits disponibles pour les personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée.

	2007).	<p>Additionnée aux places en foyer d'accueil la MRS disposera d'un total de 126 lits » (Inconnu, 2 octobre 2007).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif est de fermer tous les lits de soins de longue durée à l'hôpital.
Février 2008	Démarche de réflexion stratégique	<ul style="list-style-type: none"> - « En tant qu'organisation, nous avons revu notre vision et l'avons réitérée, statué sur les priorités 2008-2010 et nous nous sommes ainsi engagés collectivement à travailler à réaliser un réseau de services intégrés orienté et centré sur le client, sur des besoins et sur la satisfaction des besoins de santé et de services sociaux de la population de la MRC de Matane, tout en privilégiant une approche de gestion respectueuse et équitable de ses employés » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 1).
Février 2008	Démission de la présidente du CMDP (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 52).	
27 mars 2008	Adoption par le conseil d'administration du rapport annuel 2006-2007 (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le bilan de santé des hôpitaux publié par l'Actualité médiée notait la progression de Matane passant de la B à A-, dans le cadre du palmarès des urgences du Québec » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 1). - « Corridor de service établi et support avec la clinique d'oncologie du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 13). - « Poursuite de l'implantation du guide de gestion de l'urgence » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 14). - « L'établissement a réalisé des travaux pour un budget de près 600 000\$ afin d'assurer la conservation de nos immeubles de même que la sécurité de nos usagers et de notre personnel » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 18). - « L'année 2006-2007 fut marquée par la mise en œuvre du projet McGill. Ce projet vise à mettre en place une nouvelle philosophie de soins infirmiers qui aura des incidences sur l'intervention infirmière ainsi que sur l'organisation du travail dans les divers sites de l'établissement » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 19). - « L'année 2006-2007 fut une année de transition pour assurer la mise

		<p>en place du projet clinique PPALV » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 25).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Intensification des services à domicile » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 25). - « Diminution du nombre de places en résidences de type familial » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 26). - « L'année 2006-2007 a été une année de mouvement important au sein de l'équipe médicale » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 30). - « Depuis l'entrée en fonction de l'infirmière bachelière dédiée exclusivement à la planification de départs et à la gestion des lits, nous avons grandement diminué l'engorgement à l'urgence » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 30). - « L'année 2006-2007 est teintée par la négociation locale avec les quatre nouvelles accréditations, mais aucune entente n'est intervenue » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 37). <p>Priorités d'action 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Réorganisation de l'offre de service du CSSS; - Retour à l'équilibre budgétaire; - Entente de gestion; - Mise en œuvre du plan d'action de l'agrément, du CCNU, RI-RTF, présence au travail » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2007, p. 49).
23 avril 2008	Accréditation du GMF de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008).	
22 novembre 2008	Tenue d'un Lac-à-L'épaule pour l'ensemble des membres du conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 1).	
27 novembre 2008	Inauguration du GMF de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 42).	
30	Un journal local fait état des problèmes d'organisation du travail	- Situation chaotique, mais qui s'améliore

décembre 2008	au CSSS de Matane.	<ul style="list-style-type: none"> - Haut taux d'absentéisme, pénurie, liste de rappel - Collaboration s'installe entre la direction et le syndicat (Dubé, 30 décembre 2008).
2009-2010	Le CSSS entreprend la processus de renouvellement de son agrément (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2010, p. 93).	
26 mars 2009	Adoption du rapport annuel de gestion 2007-2008 par le conseil d'administration du CSSSM.	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette année a été marquée par l'adoption d'un nouveau plan d'organisation [...]. Nous avons, entre autres, amélioré l'encadrement clinique de notre personnel » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 2). - « L'année 2007-2008 en a été une intensive quant aux négociations qui nous a conduit à des ententes locales avec toutes les accréditations syndicales qui représentent nos employés » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 2). - « Baisse d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus, donc un meilleur arrimage des services à la sortie » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 14). - « Selon le palmarès des salles d'urgence du Québec, le CSSS de Matane a obtenu une note de B+ comparativement à A- l'année précédente » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 14). - « L'année 2007-2008 a été marquée par de nombreux mouvements de personnel » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 23). - PPALV : « de grands changement se sont produits au niveau de l'équipe de gestion de cette direction » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 30). - « Réduction de 27 places de RTF » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 30). - « Le CSSS de Matane a mis sur pied, au cours de l'année, une démarche visant les patients qui n'ont pas de médecins de famille » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 32). - « L'année 2007-2008 est marquée par la finalisation de la négociation locale avec les quatre nouvelles accréditations » (Centre de santé et

		<p>de services sociaux de Matane, 2008, p. 40).</p> <p>Priorités d'action 2008-2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Améliorer l'organisation, la consolidation et la cohésion de l'offre de service du CSSS Matane; - Pratiquer une gestion optimale, respectueuse et équitable de ses employés de façon telle qu'ils constituent un atout pour le CSSS de Matane dans la réalisation de ses différentes activités; - Faire de la communication un élément favorisant la compréhension du sens des actions retenues en priorités par la direction, l'adhésion, la cohésion, et ultimement la mobilisation; - Entente de gestion de d'imputabilité 2008-2010; - Équilibre budgétaire 2008-2009 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2008, p. 51).
Fin mars 2009	Fermeture de 8 lits de longue durée au CH de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « La fermeture de ces lits à l'USLD a permis de rapprocher le CSSS de Matane de la cible du nombre de lits de longue durée inscrits au permis soit 122 lits » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 38).
23 juin 2009	Le ministre Bolduc confirme que Matane continuera de faire les accouchements de la Haute-Gaspésie (Fournier, 23 juin 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition définitive du service à Ste-Anne-des-Monts.
25 juin 2009	Adoption du rapport annuel de gestion 2008-2009 par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2008-2009 a été marquée par la modification au plan d'organisation soit la fusion de la Direction des soins infirmiers et la Direction des programmes et des services courants et hospitaliers pour devenir la direction des soins infirmiers et de la santé physique afin d'accroître la cohésion dans les actions de tous. Les aspects considérés particulièrement ont porté sur l'accès, la continuité et la qualité de la prestation des services dans une perspective de responsabilité populationnelle, c'est-à-dire qu'on a considéré non seulement la clientèle qui consomme des services habituellement, mais aussi toute celle qui devrait ou pourrait le faire dans notre MRC » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 2). <p>Urgence et soins intensifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'absence d'un coordonnateur dans ces secteurs plus de la moitié de

		<p>l'année financière a mis en veilleuse plusieurs dossiers de ces secteurs » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 21).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La fermeture de lits en longue durée jumelée à une offre de service à bonifier au Maintien dans le milieu (MAD) a eu comme effet un engorgement des lits de courte durée de médecine et des civières à l'urgence » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 21). - « L'engorgement des civières a été fréquent au cours de l'année 2008-2009 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 21). <p>Unité de courte durée médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les indicateurs de gestion sont également très révélateurs des problématiques vécues en courte durée » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 22). - « Également, la réorganisation du travail amorcée en 2007-2008, en l'absence d'un coordonnateur sur cette unité, n'a pu être actualisée. Des actions ont été menées pour favoriser l'implantation progressive d'une approche gériatrique et de la gériatrie active dans les six lits dédiés de l'unité. Des intervenants ont été formés, une planification est amorcée. L'implantation reste cependant à faire » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 22). <p>Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Une modification a été apportée au poste d'adjoint à la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires pour créer le poste de directeur adjoint à la Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 41). <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Comme l'année a été marquée par de nombreuses absences au sein de cette direction, peu de développement a été effectué » (Centre de
--	--	--

		<p>santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 50).</p> <p>Priorités d'action 2009-2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Améliorer l'organisation, le consolidation et la cohésion de l'offre de service du CSSS Matane; - Pratiquer une gestion optimale, respectueuse et équitable de ses employés de façon telle qu'ils constituent un atout pour le CSSS de Matane dans la réalisation de ses différentes activités; - Faire de la communication un élément favorisant la compréhension du sens des actions retenues en priorité par la direction, l'adhésion, la cohésion et ultimement la mobilisation; - Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2010; - Équilibre budgétaire 2009-2010 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2009, p. 62).
Octobre 2009	Annonce de la fermeture dans 18 mois de l'unité des soins prolongés à l'hôpital de Matane (Pelletier, 7 octobre 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - Faute de budget - « Jusqu'à aujourd'hui, l'option hébergement de longue durée apparaissait la première solution alors que bien souvent des services en milieu naturel ou ailleurs pourraient être envisagés » (Pelletier, 7 octobre 2009).
Novembre 2009	Une lettre de recommandations est acheminée par le conseil des infirmiers et infirmières au DG.	<ul style="list-style-type: none"> - « Souligne l'impact de l'absence de gestionnaires et d'encadrement clinique sur la qualité des soins. Le CECII demandait alors qu'on remédie à cette situation le plus rapidement possible » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 69).
Novembre 2009	Démission d'une membre du conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 63).	
Décembre 2009	Démission du directeur général du CSSS de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 63).	
Janvier 2010	Arrivée d'une nouvelle directrice générale au CSSS de Matane (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 63).	
Janvier 2010	Démission de la vice-présidente du conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 63).	
Janvier 2010	Déficit anticipé de 3M\$ pour le CSSS de Matane (Thériault, 26 janvier 2010).	
28 janvier	Le syndicat des employés du CSSS de Matane dénonce le projet	

2010	de transformation des services alimentaires à l'intérieur de l'établissement (Inconnu, 28 janvier 2010).	
Mars 2010	Le syndicat invite la population à manifester son opposition au projet de repas réchauffés prévu à l'automne (Pelletier, 9 mars 2010).	
16 mars 2010	Obtention d'un financement de 1,8M\$ pour le projet de transformation des services alimentaires (Inconnu, 16 mars 2010).	
15 juin 2010	Adoption du rapport annuel 2009-2010 par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010).	<p>Santé physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2009-2010 a été marquée par un contexte difficile dans ce secteur : pandémie, mouvement important de main d'œuvre infirmière, postes d'encadrement non remplacés et non comblés pour plusieurs périodes, instabilité des équipes de travail. Ce contexte a créé un climat d'incertitude et d'inquiétude chez les intervenants et influencé la qualité de vie au travail sur les unités et des services. En dépit de cette situation, plusieurs dossiers importants ont avancé au cours de l'année de chacun des secteurs » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 20). <p>Secteur des maladies chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'élaboration du projet pour mieux organiser les services de 1^{re} ligne en maladies chroniques dans notre MRC a été le dossier prioritaire de ce secteur » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 21). <p>Gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Fermeture de l'unité de soins de longue durée; - En 2010, 2011, la Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) sera scindée en deux directions. Cette nouvelle organisation permettra de bonifier les services à notre clientèle et de relever les nombreux défis au cours des prochains mois » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 25). <p>PPALV :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - « Plusieurs changements ont été effectués à l'équipe de gestion de la direction des programmes et des services de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 36). - « En octobre 2009, la décision de fermer l'unité de soins de longue durée a été prise. À la fermeture de cette unité, il y aura 104 lits de disponibles en CHSLD pour le CSSS de Matane. La fermeture complète de l'unité est prévue au début de l'été 2010. Cette fermeture se fait par attrition. Depuis l'automne 2009, il n'y a plus d'admissions. Des changements dans l'organisation du travail ont été apportés au CHSLD afin de répondre à la structure de postes recommandée en CHSLD, soit 60% des heures travaillées en soins d'assistance et 40% en soins infirmiers » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 36). - « Dans le but de mieux répondre aux priorités organisationnelles en lien avec les orientations ministérielles pour maintenir les personnes âgées vulnérables à domicile, une analyse et un modèle logique des problématiques ont été faits. Cette analyse amène à mettre à jour le plan d'action des projets cliniques PPALV. Les travaux du plan d'action sont prévue pour l'année 2010-2011 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 36). <p>Direction des services professionnels et des services multidisciplinaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2009-2010 a été une année de mouvement important au sein de l'équipe médicale » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 39). - Clientèle orpheline : « l'approche auprès des médecins demeure sur une base volontaire pour laquelle nous avons une excellente collaboration. L'arrivée de nouveaux médecins désirant faire du suivi de clientèle sera un atout majeur. Nous tentons d'éviter le mode coercitif qui est souvent un modèle non gagnant à long terme » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 40). <p>Gestion des lits :</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « Selon le palmarès des urgences de La Presse, notre cote est passée de B- en 2008-2009 à B en 2009-2010 » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 41). <p>Direction des ressources humaines et du développement organisationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2009-2010 a été une année particulièrement mouvementée » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 49). <p>Priorités d'action 2010-2011 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Réorganisation des services aux personnes en perte d'autonomie en soins de longue durée; - Réorganisation des services alimentaires; - Atteindre l'équilibre budgétaire 2010-2011; - Élaboration d'un plan de recrutement et de rétention du personnel; - Consolidation des services en maladies chroniques et en oncologie; - Instauration d'un cadre de communication » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 62). <p>CMDP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Une suggestion [par le CMDP] très sérieuse fut faite au département de médecine générale à l'effet que tout nouveau médecin arrivant dans notre milieu fasse la prise en charge de 100 clients vulnérables dans les 12 mois suivant son arrivée » (Centre de santé et de services sociaux de Matane, 2010, p. 74).
7 novembre 2010	Le CSSS embauche un conseiller aux communications (Dubé, 7 novembre 2010).	
22 décembre 2010	Un sondage montre que 86% de la population de la Matanie est satisfaite des services de santé (Inconnu, 22 décembre 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration par rapport à celui effectué en 2005 (Inconnu, 22 décembre 2010)
Février 2011	Délais dans le dépistage du cancer du sein dû à un bris d'équipement et à l'absence prolongée du radiologiste en poste (Labrie, 24 mars 2011).	

Avril 2011	Le syndicat des préposés du CSSS de Matane affirme que l'implantation du nouveau service alimentaire engendre une surcharge de travail qui nuit à la qualité des soins dispensés aux résidents du centre d'hébergement et de soins de longue durée (Inconnu, 30 avril 2011).	
26 mai 2011	Déficit de 500 000\$ au CH de Matane (Thériault & Paradis, 28 mai 2011).	
27 mai 2011	Fusion de services administratifs entre les Centre de santé de l'Est (Inconnu, 27 mai 2011).	<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements visés sont : CSSS de Matane, d'Amqui, Mitis et Rimouski-Neigette de même que le Centre de réadaptation du Bas-St-Laurent et le Centre Jeunesse - Le CSSS des Basques, de Rivière-du-Loup et du Kamouraska ne sont pas associés au projet - Regroupement de services comme la paie, les services juridiques, et informatiques. - « Les 6 centres de santé doivent sabrer 3,7M\$ dans leur budget d'ici 2014 » (Inconnu, 27 mai 2011).
28 mai 2011	La durée moyenne de séjour à l'urgence du CH est de 9h12 (Thériault, 28 mai 2011).	

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2004). *La population du Bas-Saint-Laurent desservie par huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 32 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 87 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Rimouski: ADRLSSSS du Bas-Saint-Laurent, 93 p.

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Rimouski: ASSS du Bas-Saint-Laurent, 130 p.

Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2005). *CSSSM. Rapport annuel d'activité 2004-2005*. Matane: CSSS de Matane, 48 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2006). *CSSSM. Rapport annuel 2005-2006*. Matane: CSSS de Matane, 21 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2007). *CSSSM. Rapport annuel d'activité 2006-2007*. Matane: CSSS de Matane, 58 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2008). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Matane: CSSS de Matane, 64 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2009). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Matane: CSSS de Matane, 82 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Matane. (2010). *CSSSM. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Matane: CSSS de Matane, 93 p.
- Dubé, B. (7 novembre 2010). Le CSSS embauche un conseiller aux communications, *La Voix de la Matanie* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=164581> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Dubé, B. (30 décembre 2008). Au CSSS de Matane: La situation des infirmières s'améliore peu à peu, *La Voix de la Matanie* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=80482&id=761&classif=En%20manchettes> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Fournier, J. (23 juin 2009). Le ministre de la Santé le confirme: Matane continuera à faire les accouchements de la Haute-Gaspésie, *La Voix de la Matanie* [En ligne]. <http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=99397&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Gagné, G., Briand, N., Michaud, H., Paradis, S., Tremblay, S., & Thériault, C. (18 septembre 2002). Les régions satisfaites. *Le Soleil*, p. A5.
- Hénault, R. (26 janvier 2006). Poursuite de 558 000\$ contre trois chirurgiens. Une jeune femme tient les médecins responsable de l'amputation de sa jambe. *Le Soleil*, p. A8.
- Inconnu. (2 octobre 2007). Le CSSS privilégie les services à domicile. *SRC Est du Québec*.
- Inconnu. (4 juin 1996). Matane. Grande marche. *Le Soleil*, p. A4.
- Inconnu. (5 janvier 1996). Matane: Fermeture de lits. *Le Soleil*, p. A4.
- Inconnu. (5 juin 1996). Matane. 5000 marcheurs! *Le Soleil*, p. A4.
- Inconnu. (12 août 2006). Les services offerts sont adéquats. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (14 juin 1996). Matane. Décentralisation difficile. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (15 mars 1995). Trop de tests de laboratoires et de radiologie au Bas-St-Laurent. La régie pourrait couper là aussi. *Le Soleil*, p. B1.

Inconnu. (16 mars 2010). Réorganisation des cuisines: Le CSSS de Matane ira de l'avant. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (17 juin 1997). Matane. L'avenir de l'hôpital en jeu. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (19 décembre 1996). Matane: Clément Gauthier nommé DG. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (19 juillet 1996). Matane. Feu vert à la fusion du centre d'accueil. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (20 avril 2006). L'hôpital devra rembourser son déficit de 420 000\$. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (20 juillet 1999). Matane: Fusion encouragée dans la santé. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (22 décembre 2010). La population de la Matanie satisfaite à 86%, *La Voix de la Matanie* [En ligne].

<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=171325&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).

Inconnu. (26 avril 1996). Matane: Plus de 6 millions \$ à couper au budget de l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (27 mai 2011). Services de santé. Bas-Saint-Laurent: fusion de services entre les centres de santé de l'Est. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (28 janvier 2010). CSSS de Matane: des travailleurs inquiets. *SRC Est du Québec*.

Inconnu. (28 novembre 2002). Centre hospitalier de Matane. Les infirmières dénoncent les coupes. *Le Soleil*, p. A14.

Inconnu. (28 octobre 2000). Alliance CLSC, hôpital et Foyer d'accueil. *Le Soleil*, p. E11.

Inconnu. (29 mai 1996). Matane. La Régie doit entendre raison. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (30 avril 2011). Service alimentaire: Les préposés à bout de souffle au CSSS de Matane. *SRC Est du Québec*.

- Labrie, M. (24 mars 2011). Des délais dans le dépistage du cancer du sein à Matane, *La Voix de la Matanie* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=183656&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Michaud, H. (5 mai 2003). Les établissements de santé de Matane prennent le virage client. Le processus s'enclenche aujourd'hui. *Le Soleil*, p. A13.
- Michaud, H. (11 janvier 1996). Expérience pilote. Le CLSC de Matane veut être administré par la MRC. *Le Soleil*, p. A4.
- Michaud, H. (19 septembre 2002). Le Centre hospitalier de Matane ne prend pas son D. La direction souhaitait que ses efforts pour diminuer son déficit soient reconnus. *Le Soleil*, p. A17.
- Michaud, H. (24 janvier 1996). Audiences sur la santé. Les Matanais inquiets. *Le Soleil*, p. A3.
- Michaud, H. (27 décembre 2003). Matane: gros déficit en santé. Le réseau ne pourra satisfaire les exigences gouvernementales. *Le Soleil*, p. A16.
- Michaud, H. (29 décembre 2002). Hôpital de Matane. Train de mesures contre le déficit. *Le Soleil*, p. A10.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Répertoire des établissements - CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE (1104-4062), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Etablissement.asp?CdIntervSocSan=93&PagePrec=M02ListeEtab> (Page consultée le 14 septembre 2011).
- Pelletier, R. (3 mai 1993). L'hôpital de Matane reçoit 911 600\$ de plus. *Le Soleil*, p. B2.
- Pelletier, R. (7 octobre 1992). Hôpital de Matane: des travaux de rénovation de 12 millions \$. *Le Soleil*, p. B1.
- Pelletier, R. (7 octobre 2009). L'hôpital de Matane ferme graduellement son unité de soins de longue durée, *La Voix Gaspésienne* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=112432&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Pelletier, R. (8 juillet 1997). Matane: des services de santé rajeunis. L'hôpital et le Foyer seront retapés. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelletier, R. (8 novembre 1995). Surplus pour trois établissements de la santé. *Le Soleil*, p. A4.
- Pelletier, R. (9 mars 2010). Hôpital et Foyer d'accueil: le syndicat s'oppose aux repas rethermalisés ou réchauffés, *La Voix Gaspésienne* [En ligne].
<http://lavoixgaspesienne.canoe.ca/webapp/sitepages/content.asp?contentid=132894&id=761> (Page consultée le 18 juillet 2011).
- Pelletier, R. (11 juillet 1994). 19 millions \$ pour l'hôpital de Matane. *Le Soleil*, p. B1.

- Pelletier, R. (15 novembre 1997). Début des travaux à l'hôpital et au Foyer d'accueil de Matane. *Le Soleil*, p. F9.
- Pelletier, R. (16 mai 1996). Matane. Branle-bas pour sauver l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Pelletier, R. (19 juin 1996). Matane attend impatiemment la décision de la Régie de la santé. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelletier, R. (20 mai 1992). Pas d'enquête au Foyer d'accueil de Matane. *Le Soleil*, p. B12.
- Pelletier, R. (22 juin 1995). Des hôpitaux sur la sellette: Un agrandissement mal vu à Matane. *Le Soleil*, p. A3.
- Pelletier, R. (23 décembre 1993). Foyer d'accueil de Matane. Investissements de 4,3 millions \$. *Le Soleil*, p. B1.
- Pelletier, R. (27 mai 1995). Matane fête les 60 ans de son centre hospitalier. *Le Soleil*, p. A14.
- Pelletier, R. (27 octobre 1997). Matane: Le sort du CLSC connu en janvier. Fusionné ou uni avec l'hôpital et le Foyer d'accueil. *Le Soleil*, p. A4.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1996). *Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 64 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (1999). *Plan d'action 1999-2002: Pour l'amélioration des services*. Rimouski: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 90 p.
- Thériault, C. (6 avril 1998). Hôpitaux de l'Est et de la Côte-Nord: 10 M\$ en déficit en 1997-1998. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (8 avril 1994). Réseau de la santé et des services sociaux: La régie du Bas-Saint-Laurent coupera 5 millions \$. *Le Soleil*, p. B2.
- Thériault, C. (9 novembre 1992). Les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en bonne santé. *Le Soleil*, p. B1.
- Thériault, C. (13 avril 2000). Bas-St-Laurent: 17M\$ pour la santé. La somme épongera les déficits récurrents des établissements du réseau. *Le Soleil*, p. A4.
- Thériault, C. (19 juin 1997). Régie du Bas-St-Laurent: Chute de pression. La moitié des compressions reportées. *Le Soleil*, p. A3.
- Thériault, C. (23 juin 2007). Bas-St-Laurent. Il manque 40 médecins. *Le Soleil*, p. 30.

Thériault, C. (23 mars 1995). 50 millions \$ d'immobilisations à réviser. BSL: près de 7 millions de moins à la santé. *Le Soleil*, p. B1.

Thériault, C. (26 décembre 1996). Bas-Saint-Laurent: La transformation du réseau de la santé aboutira à la fermeture de 280 postes. *Le Soleil*, p. A7.

Thériault, C. (26 janvier 2010). Est-du-Québec. Le système de santé dans le rouge. *Le Soleil*, p. 20.

Thériault, C. (26 juin 2000). Régie du Bas-Saint-Laurent: Les établissements évitent le pire. *Le Soleil*, p. A6.

Thériault, C. (28 mai 2011). Palmarès des urgences au Québec. Rimouski rayonne de santé. *Le Soleil*, p. 36.

Thériault, C., & Paradis, S. (9 février 2002). Est du Québec et Côte-Nord: Dix hôpitaux sur 12 dans le rouge. *Le Soleil*, p. A19.

Thériault, C., & Paradis, S. (28 mai 2001). Hors-la-loi! Si les hôpitaux de la Côte-Nord s'en sortent avec leur budget, ceux de l'Est restent en déficit. *Le Soleil*, p. A14.

Annexe 8 : Tableau synoptique de la région de Chaudière-Appalaches

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
Octobre 1992	Mise en place de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (Côté, 19 juin 1993).	
5 octobre 1994	Adoption du document <i>Bâtir ensemble une région en santé</i> (orientations stratégiques de la RRSSS de Chaudière-Appalaches).	<ul style="list-style-type: none"> - « Un bref regard par –dessus l'épaule vers les 2 dernières années nous fait réaliser que celles-ci ont été marquées par plusieurs changements : 1) l'avènement de la réforme et de la nouvelle loi et leur lot de bouleversements pour les établissements (consolidation ou changement des missions, refonte des plans d'organisation et mise en place des nouvelles structures, constitution des nouveaux conseils d'administration, etc.); 2) le premier branle-bas de «Défi Qualité-Performance» et l'impératif de devoir assurer, alors que l'édifice est encore un peu ébranlé par les premiers changements, la couverture régionale des services avec quelques 8 millions de moins, pour l'année 1994-1995 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 1). - La Régie régionale entend « considérer et respecter les entités territoriales qui constituent la région » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 5). - « L'important Défi Qualité-Performance constituera sans doute le filtre par lequel devra envisager l'analyse de son réseau de services pour les trois prochaines années » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 11). - « Les objectifs de la démarche de Défi Qualité Performance seront de favoriser la révision, dans un souci d'efficacité et d'efficience en premier lieu, des services de soutien et d'administration, la rationalisation et la complémentarité des structures organisationnelles et le regroupement de certains services » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 11). - « Pour les personnes en perte d'autonomie, le réseau d'hébergement et de soins de longue durée connaît plusieurs problèmes : un surplus de

		<p>lits et une mauvaise distribution de ceux-ci » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 13).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Nos CHSLD sont pauvres individuellement à cause du grand nombre d'établissements de petite taille » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 14). - « La région convient de se doter d'objectifs de santé et de bien-être en Chaudière-Appalaches sur une période de 7 ans » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004). <p><u>Sur la question des rapprochements administratifs, des conversions ou fusions et d'intégration d'établissements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La région a vécu, bien avant la réforme, l'exemple de rapprochements administratifs, de conversions, de fusions et intégrations d'établissements, à l'occasion plus ou moins heureux et bien acceptés. D'autres démarches de ce type sont envisageables et même déjà discutées dans certains territoires » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 15). - « La Régie régionale entend avoir une action déterminante dans les rapprochements administratifs qui favorisent l'efficience administrative. Quant aux fusions et intégrations d'établissements, la Régie régionale accueillera favorablement les projets réunissant les partenaires d'un même territoire naturel ou d'une même mission quand ils s'inscrivent dans la perspective d'une mise en commun des ressources pour le meilleur profit des clientèles visées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 15). - « La position de la Régie régionale repose d'abord sur un facteur clé : le volontariat, c'est-à-dire l'engagement volontaire des parties à discuter puis à s'associer. L'approche est donc celle d'un volontariat des organisations; pour le meilleur intérêt des clientèles » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 15). - Orientations : « La Régie régionale entend : 1) supporter et accompagner au besoin les conseils d'administration dans leur
--	--	--

		cheminement; 2) Ne négliger aucune occasion de questionner la pertinence des structures et l'attribution des postes de direction-générale qui deviendraient vacants; 3) analyser chaque situation en fonction des réalités, dynamiques et opportunités propres à chaque territoire, du respect des missions des établissements et de la meilleure façon d'augmenter la qualité des services aux clientèles visées et l'efficience dans la façon de leur donner » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1994, p. 15).
7 décembre 1994	Adoption des mécanismes de mise en œuvre du Plan d'action régional lors de la séance du 7 décembre 1994 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	
Janvier 1995	Mise sur pied du comité de pilotage et de sous-comités en regard de la pertinence, de l'efficience et de l'efficacité des services (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c).	
Avril 1995	Acceptation par le conseil d'administration des cibles budgétaires (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c).	
4 mai 1995	Dépôt du <i>Plan d'action 1995-1996 : L'opportunité de transformer</i> par la RRSSS de Chaudière-Appalaches	<ul style="list-style-type: none"> - « Les trois prochaines années verront l'enveloppe provinciale de crédits maintenue au niveau de celui de 1994-1995 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 2). - « Les gestionnaires des établissements de notre réseau devront continuer de remettre en question leur façon de faire, la pertinence de certaines activités ou services; cette approche devra faire en sorte de privilégier le maintien des services directs aux usagers » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 2). - « Le décloisonnement de notre réseau devra permettre le partage, la réorganisation et le regroupement de services entre les établissements » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 2). - « Les efforts des gestionnaires d'établissements ne peuvent s'accomplir sans la collaboration du personnel, des médecins et de la population »

		<p>(Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 2).</p> <p><u>Redéploiement des ressources d'hébergement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ce dossier fut initié en 1990 par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec-Chaudière-Appalaches (CRSSS 03-12) qui en assumait la responsabilité jusqu'à l'automne 1993 et, par la suite, ce fut la Régie régionale Chaudière-Appalaches qui prit la relève » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 6). - « Au début des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux signifia, dans le cadre des travaux préliminaires à la réforme, son intention de regrouper la vocation d'hébergement et de soins de longue durée » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 6). - « Certains territoires de notre région sont en surplus de lits et d'autres en déficit de lits » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 6). <p><u>Santé physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration de la Régie a accepté, en février 1995, qu'une démarche de révision et de rationalisation des services de santé physique en Chaudière-Appalaches soit entreprise le plus rapidement possible et que cette démarche se divise en deux volets : l'engagement d'une firme extérieure, soit Conseil et gestion d'organisations inc. (CGO) et la constitution d'un comité aviseur supportant ces travaux » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 8). - « Les effets les plus significatifs pour l'exercice 1995-1996 sont prévus au chapitre de la buanderie. Compte tenu que la région dispose de trois buanderies excédentaires, des changements sont prévus quant à l'utilisation de celles-ci » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 18).
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « À la lumière des résultats financiers prévisibles pour l'exercice 1994-1995, on peut déjà mentionner que l'ensemble des établissements de la région Chaudière-Appalaches présentent une situation des plus saines » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 18). - « L'abolition de près de 120 postes constituera l'impact prévisible de l'effort de contribution de la région pour l'exercice 1995-1996 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 21). - « On constate que 10% des établissements se partagent plus de 80% de l'effort de réduction » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 22). - « Deux des trois CHSLD visés parmi les 10 établissements sont situés dans des territoires en surplus de lits d'hébergement » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 22). - « Les CLSC se sont vus imposer des efforts de réduction de moindre importance » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 24). - « À l'égard des CHSLD, rappelons que des scénarios visant la reconfiguration de certains établissements ont été envisagés » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 24).
15 août 1995	Dépôt du document «À l'heure des choix» (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les problèmes auxquels les systèmes de santé sont confrontés dépendent essentiellement des modes d'organisation et de production des services de santé. On souligne que la structure et la gestion du système laissent beaucoup à désirer » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 5). - Les grandes tendances et réalités : « les efforts de plus en plus marqués pour en arriver à un réseau intégré de soins par : la mise en commun de services, l'intégration horizontale (établissements de même mission) et l'intégration verticale (établissements de mission différente) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 6).

		<ul style="list-style-type: none"> - La transformation du réseau : comment? : « profiter de l'expérience des autres sociétés qui ont déjà entrepris la démarche de transformation, se fixer des délais réalistes; prévoir et bien gérer la période indispensable de transition que nécessitera la transformation » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 7). - Le processus : « Il appartient d'abord à chacun des établissements de faire avoir son monde l'analyse de sa situation et de déterminer ses objectifs de transformation » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 8). - « L'atteinte de l'objectif de transformation aura comme conséquence de changer les modes de pratique et d'utilisation des services de santé et des services sociaux. L'esprit de ce changement demeurera toujours le même : le citoyen au centre des préoccupations du réseau » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 8). - « Dans la région, l'ensemble des services de santé et des services sociaux sont offerts par 56 établissements publics regroupés sous 29 conseils d'administration (5 CH, 11 CLSC, 10 regroupements de CHSLD, 1 centre jeunesse, 2 centres de réadaptation en déficience intellectuelle) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 11). - « Historiquement, les intervenants du réseau se sont regroupés en territoires de concertation afin de mieux coordonner leurs actions en vue d'offrir des services adaptés à la population qu'ils desservent » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 11). <p>Santé physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Réduction du budget santé physique d'environ 28 millions d'ici 3 ans » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 15). - Rétention : « L'Hôtel-Dieu de Lévis est peu utilisé comme centre hospitalier régional de référence par les médecins et les centres hospitaliers des autres territoires qui dirigent leurs patients, compte tenu
--	--	---

		<p>des axes routiers, vers les centres hospitaliers de la région de Québec » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 19).</p> <p><u>Mesures proposées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Regrouper sur un seul site tous les services hospitaliers de courte durée d'un territoire et viser une rationalisation maximale des services administratifs » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 21). - « Rationaliser les services de laboratoire et de radiologie; on pense notamment aux services actuellement offerts au Centre hospitalier de Beauceville, au CHSLD Paul-Gilbert et dans les trois CLSC de Montmagny-L'Islet » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 21). - « Prévoir des mécanismes de liaison CH-CH, CH-CLSC-cabinets privés et prévoir la nomination de personnes pivots en centres hospitaliers, «case managers» responsables du plan de traitement avant l'admission de la personne au centre hospitalier et jusqu'au relais par le CLSC. Les CLSC devraient disposer eux aussi de «case managers» (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 22). <p>Santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La région dispose d'un bassin excédentaire de lits qui constitue sa réelle marge de manœuvre en santé mentale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 27). <p>Personnes âgées et perte d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La régie « s'interroge sur nos pratiques, nos modalités de distribution des services mais surtout sur la distribution géographique des ressources d'hébergement » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 39). - La région possède « une configuration particulière d'établissements de petite taille (70% ont moins de 50 lits) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 41).
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « Un très grand nombre d'établissements affiche un taux de satisfaction parmi les plus bas de la province » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 41). <p><u>Mesures proposées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire le nombre de lits conformément à la nouvelle norme ministérielle de 5 lits pour 100 personnes âgées (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 43). - 2 options envisagées : « 1) dans les territoires en surplus de ressources, réduire le nombre de lits et concentrer dans un ou deux sites les services d'hébergement, afin de créer des ensembles de services qui minimisent les coûts fixes. 2) Dans ces mêmes territoires, viser à maintenir le plus grand nombre possible d'installations tout en réduisant le nombre de places dans les installations » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 43). <p>Services complémentaires et de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le découloignement de notre réseau devra permettre le partage, la réorganisation, le regroupement de services entre les établissements et le recours à l'entreprise privée dans la mesure où il y a rationalité économique » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 51). - À moyen terme, les possibilités suivantes devront être envisagées : le rapprochement des services et la concentration des services dans un établissement (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 52). <p>Les rapprochements administratifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « En 1994-1995, la région a investi 38,7 millions \$, soit 10,75% des ressources budgétaires dans les services administratifs » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56). - « Par ailleurs, l'étanchéité des missions confiées aux établissements, si elle permet de clarifier les rôles est encore trop souvent l'occasion de
--	--	---

		<p>dresser des murs entre les dispensateurs de services, des chasseur-gardées qui n'aident en rien la complémentarité et la continuité des soins et des services » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Déjà, le projet régional indiquait l'intention de la Régie régionale d'accueillir favorablement les projets réunissant les partenaires d'un même territoire naturel ou d'une même mission quand ils s'inscrivent dans la perspective d'une mise en commun des ressources pour les meilleur profit des clientèles visées. La position de la Régie régionale reposait sur un facteur clé, soit le volontariat et ceci, pour le meilleur intérêt des clientèles » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56). - « À cet égard, la Régie régionale s'était alors donné les orientations suivantes : a) soutenir et accompagner au besoin les conseils d'administration dans leur cheminement; b) ne négliger aucune occasion de remettre en question la pertinence des structures et l'attribution des postes de direction générale qui deviendraient vacants; c) analyser chaque situation en fonction des réalités, de la dynamique et des possibilités propres à chaque territoire, du respect des missions des établissements et de la meilleure façon d'augmenter la qualité et l'efficience des services aux clientèles visées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56). - « Depuis l'adoption du projet régional à l'automne 1994, nombre d'établissements ont entamé des discussions dans le sens du projet régional. Cependant, l'expérience des derniers mois nous indique que certaines démarches de réflexion perdurent et sont assujetties à toutes sortes de résistances provenant souvent de différents groupes d'intérêt. Les vieux paradigmes des 20 dernières années résistent ou persistent et filtrent les nouvelles façons de concevoir l'avenir » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 56). - « La région a connu aussi depuis plusieurs mois diverses expériences de rapprochement entre les CHSLD et les CLSC d'un même territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-
--	--	---

		<p>Appalaches, 1995a, p. 57).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Tantôt issues de l'initiative des dirigeants et des administrateurs, tantôt incitées par un poste de direction générale qui devient vacant à la suite du départ de son titulaire, ces expériences ont été encouragées et souvent soutenues par la Régie régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). - « La Régie régionale affirme ici sa conviction que ces rapprochements CHSLD et CLSC sont très souhaitables et seront fortement sollicités » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). - « Les balises à la base de cette conviction de la Régie régionale sont les suivantes : ces deux établissements sont soumis à la notion d'entité territoriale, la MRC, tant en ce qui concerne l'organisation de leurs services que de leur structure juridique et administrative. [...] Il est de plus envisagé que ces établissements soient sous la juridiction d'administrations municipales, locales ou sous-régionales » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). - « La régie régionale croit qu'il est possible et s'assurera que ces regroupements, tout en prenant des formes différentes allant du simple regroupement de services administratifs ou de soutien jusqu'à la fusion, respectent les missions que la loi leur a confiées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). <p><u>Mesures retenues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Atteindre une rationalisation maximale des services administratifs; le comité proposait qu'il y ait, dans un premier temps, un seul centre administratif par territoire et suggérait de se rendre éventuellement à un seul pour deux territoires » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). - « La régie régionale invite les centres hospitaliers à lui soumettre, au plus tard en avril 1996, des projets visant une rationalisation et le regroupement notamment des services » (Régie régionale de la santé
--	--	---

		<p>et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale invite le Centre hospitalier de Beauceville et le Centre hospitalier de Saint-Georges de Beauce à poursuivre les discussions concernant leur projet de fusion et à soumettre d'ici le 31 mars 1996, selon le calendrier prévu, leur protocole administratif de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57). - « Demander aux regroupements de CHSLC et aux CLSC des MRC suivantes de déposer à la Régie régionale, d'ici le 1^{er} février 1996, un projet de mise en commun de leurs services et de leurs ressources : MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny, Amiante » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures particulières pour la MRC Beauce-Sartigan et la MRC Robert-Cliche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Compte tenu des discussions entreprises entre les regroupements de CHSLD de ces deux MRC, la Régie régionale propose une démarche en deux étapes : que les regroupements de CHSLD et les CLSC de ces deux MRC définissent distinctement leurs modalités respectives de regroupement, d'ici le 31 décembre 1995; dans un deuxième temps, pour une meilleure intégration des services CHSLD et CLSC, qu'au 31 mars 1996, les deux regroupements et les deux CLSC de ces MRC aient déposé à la Régie régionale un projet de mise en commun de leurs services et leurs ressources » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures particulières pour les MRC l'Islet, Bellechasse, Chutes-de-la-Chaudière et Les Etchemins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour ces quatre MRC, la Régie régionale préconise le concept de centre de santé qui est un établissement qui exploite un CLSC et qui en raison de la faible densité de population et de l'étendue du territoire, exploite également un CH ou un CHSLD. La Régie régionale propose que le concept de centre de santé soit élargi de la façon suivante : établissement multivocationnel disposant obligatoirement d'une mission
--	--	--

		<p>CLSC et d'une mission CHSLD ainsi que d'infrastructure de services de santé physique plus ou moins importante selon les besoins du milieu » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).</p> <p><u>Mesures pour de la MRC de l'Islet et la MRC de Bellechasse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Compte tenu des réflexions et des travaux enclenchés depuis plusieurs mois et compte tenu que la fusion dans ces cas est majoritairement souhaitée par le milieu. La Régie régionale invite les CHSLD et les CLSC de ces deux MRC à lui soumettre, d'ici le 1^{er} décembre 1995, un projet de fusion par MRC pour créer un centre de santé dont l'actualisation devra débiter au début de l'exercice 1996-1997 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures pour la MRC des Etchemins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale invite aussi le Sanatorium Bégin et le CLSC des Etchemins à poursuivre les discussions déjà entamées et lui soumettre, d'ici avril 1996, un projet pour la création d'un centre de santé » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).
1 ^{er} septembre 1995	Recommandations d'un comité aviseur en santé physique de n'avoir qu'un seule centre administratif par territoire de MRC (Amiante, Montmagny, Robert-Cliche et Beauce-Sartigan) et de se rendre éventuellement à un centre administratif pour deux territoires (Pelchat, 1 ^{er} septembre 1995).	
11-12 septembre 1995	Tenue des audiences publiques sur le document de consultation «À l'heure des choix» (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	<ul style="list-style-type: none"> - 103 groupes et organismes ont déposé un mémoire (Pelchat, 7 septembre 1995).
28 septembre 1995	Dépôt du document «À l'heure des choix : Décisions» par la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	<ul style="list-style-type: none"> - Réductions nettes budgétaires prévues : 36 M\$ (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 98). - « La Régie régionale a fixé la barre très haute. Les objectifs de rationalisation sont élevés. Cependant, les objectifs de transformation

		<p>sont dans l'ensemble bien acceptés. L'ordre des moyens et le temps fixé pour les réaliser sont cependant questionnés » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 6).</p> <p><u>Santé physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le processus de consultation a permis de réaliser qu'un large consensus existe sur la nécessité de transformer l'organisation et la distribution des services en santé physique. [...] L'autonomie régionale a été au cœur des discussions » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 15). - « Une majorité d'intervenants s'est prononcée en faveur du Sanatorium Bégin comme site unique de psychiatrie dans Beauce-Etchemins [...]. Par ailleurs, le regroupement des chefs de département de psychiatrie mentionne l'importance de regrouper sur un même site les services de courte et de longue durées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 19). - « Tout en considérant que les services à l'hospitalisation en psychiatrie doivent se retrouver sur le même site que ceux de courte durée physique et l'urgence et qu'ils doivent se situer à proximité des populations à desservir, il faudra envisager que le Centre hospitalier de St-Georges de Beauce devienne le site des services de psychiatrie dans Beauce-Etchemins quand les espaces y deviendront disponibles par la diminution des lits en santé physique » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20). - « Temporairement, le conseil d'administration recommande de confier au Centre hospitalier de Beauceville, pour une période de 5 ans, l'organisation des services psychiatriques dans Beauce-Etchemins » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20). - « La MRC des Etchemins sollicite une urgence 24/7 dans l'édifice du Sanatorium Bégin suite à une volonté de prévoir des services intégrés avec le CLSC » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 27).
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « Le groupe Solidarité l'Islet demande d'avoir un service de garde dans l'Islet-Sud et de maintenir l'Urgence à Saint-Jean-Port-Joli » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 27). <p>Décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Favoriser le regroupement dans un établissement de tous les services hospitaliers de courte durée d'un territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 18). - « Faire du Centre hospitalier de St-Georges de Beauce le seul site pour les services de santé physique tout en maintenant un service d'urgence de première ligne à Beauceville » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 19). - « Confier temporairement (5 ans) la responsabilité de la psychiatrie de courte durée (25 lits) au Centre hospitalier de Beauceville par entente avec le Centre hospitalier Saint-Georges de Beauce » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20). - « Rationaliser les services de laboratoires au Centre hospitalier de Beauceville, au CHSLD Paul-Gilbert et dans les CLSC des MRC de l'Islet et Montmagny » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 25). <p>Les rapprochements d'établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Dans l'ensemble, il ressort que doivent reposer sur une entité territoriale de type MRC l'organisation des services et la structure juridique et administrative des CHSLD et des CLSC. Cela confirme l'orientation de la Régie qui était d'avoir une approche territoriale MRC dans la planification des services. Pour les centres hospitaliers, la notion de territoire est nécessairement plus large que celle de la MRC qui se rapproche davantage de territoires de concertation. À ce chapitre, les centres hospitaliers font état dans leur mémoire de leur vision d'en arriver à un ensemble intégré de services sous-régionaux. Cependant, les regroupements des CLSC et CHSLD n'acceptent pas
--	--	---

		<p>un tel regroupement par sous-région ou territoire de concertation. De plus, les CHSLD et les CLSC préféreraient se regrouper par mission » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 75).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale croit, quand il s'agit d'établissements de mission différente et à l'instar de plusieurs avis qui lui ont été soumis lors des consultations, que le territoire de MRC constitue, dans un premier temps, le territoire le plus propice pour que puissent s'effectuer ces rapprochements visant une meilleure intégration de services » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 79). - « Trop souvent, on a apposé l'étendard des missions pour se refuser à des regroupements entre ces catégories d'établissements. Il faut préciser aussi que regroupement ne veut pas dire fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 79). - « Le document de consultation affirmait la conviction de la Régie régionale que les rapprochements CHSLD et CLSC sont aussi souhaitables pour les motifs suivants : a) ces deux établissements sont soumis à la notion d'entité territoriale, la MRC; b) tous les deux doivent prôner une approche communautaire; c) tous les deux se partagent une clientèle importante, celle des personnes en perte d'autonomie » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 79). - « Concernant les MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny et L'Amiante, les participants aux audiences ont exprimé leur accord mais demandent de respecter leur rythme de cheminements » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80). - « Du côté des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche, les représentants des CLSC ont exprimé leur désaccord de procéder à des regroupements inter-MRC [...] D'autre part, la MRC Beauce-Sartigan privilégie un rapprochement par mission et par territoire naturel. Les représentants des CHSLD des deux territoires respectifs nous ont
--	--	---

		<p>informés de leur intention de procéder à une fusion de leurs établissements » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Du côté de la MRC des Etchemins, le CLSC et le Sanatorim Bégin ont exprimé leur accord sur un projet de discussion entre les deux établissements mais demandent à la Régie régionale de les laisser libres de choisir la dénomination de l'établissement qu'ils veulent créer dans ce projet » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80). - « La Régie régionale est d'accord pour respecter l'entité territoriale et le rythme de cheminement du milieu. Cependant, la Régie devra baliser le temps des discussions afin que ces dernières connaissent un dénouement dans les délais précis » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80). - « Au niveau de l'Islet, le CLSC-CA des Appalaches a confirmé son acceptation au projet de regroupement. Un groupe communautaire a exprimé son inquiétude à voir s'agrandir l'organisation du CLSC par le regroupement des deux CLSC existants sur le territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 81). - « Considérant que dans la MRC de l'Islet il existe deux CLSC; considérant que trois établissements de cette MRC ont comme mission des services d'hébergement; considérant les discussions entamées par le Comité des établissements de santé de la MRC de l'Islet depuis 1 an; la Régie régionale leur demande de déposer un projet de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 81). - « Plusieurs mémoires ont présenté leur appui à la fusion des deux centres hospitaliers de la Beauce » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84). - « En raison de l'éventuel changement de vocation du Centre hospitalier de Beauceville (déplacement des services de santé physique au Centre hospitalier de St-Georges de Beauce, mandat temporaire de cinq ans en santé mentale), la Régie régionale invite les deux établissements à
--	--	---

		<p>poursuivre les discussions concernant leur projet de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84).</p> <p>Décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Accompagner le Centre hospitalier de Beauceville dans les différentes étapes touchant éventuellement son changement de mission » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84).
28 septembre 1995	Séance du conseil d'administration de la RRSSS de CA : adoption d'une série de mesures pour économiser 51M\$ sur 3 ans (Pelchat, 28 septembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de transformation est adopté devant plus de 600 personnes. - Il prévoit la fermeture de 210 lits dans la région. - L'idée est de réduire la dépendance envers les hôpitaux de Québec. - Les coupures dans le nombre de lits sont moins fortes que celles proposées récemment par un groupe de consultants (Pelchat, 28 septembre 1995).
Mai 1997	Pour consolider deux buanderies (Beauceville et Montmagny), la RRSSS-CA en ferme deux (Thetford-Mines et Lac-Etchemin) (Giguère, 10 mai 1997).	
19 et 30 mai 1998	Consultation régionale sur le Plan de consolidation (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les grands messages qui ont été transmis lors de ces audiences se situent en continuité de ceux véhiculés au cours des dernières années, soit : a) la recherche de l'équité intrarégionale, interrégionale, ainsi qu'inter et intraprogramme; b) la rétention des clientèles; c) l'importance de l'autonomie régionale » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 4).
10 février 1999	Dépôt du «Plan de consolidation» 1999-2002 par la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration convient que les ressources nouvelles à la lumière de l'achèvement des travaux d'analyse sur le financement des services dans ces différents secteurs seront prioritairement utilisées pour : consolider le financement des ressources en centre hospitaliers; augmenter significativement la capacité des centres d'hébergement et de soins de longue durée » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. VIII). - « La mise en œuvre de plusieurs de ces mesures n'est pas toujours conditionnelle à du financement additionnel; dans plusieurs cas, elle relève souvent d'une modification des façons de faire ou d'une

		<p>meilleure coordination entre les organisations » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. VIII).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Après trois ans de transformations intenses et d'adaptations importantes, tant pour la clientèle que pour les intervenants du réseau sociosanitaire et les groupes communautaire, le système a besoin d'une pause pour reprendre son souffle » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 2). - « L'établissement, qui était, jusqu'à il y a quelques années le lieu principal de dispensation des services, est maintenant un des maillons de la chaîne » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 2). - « Trois grands objectifs sous-tendaient les besoins de transformation : l'adaptation du réseau régional aux nouvelles tendances dans les modes d'organisation et de distribution des services, la diminution de la dépendance de la région de la Chaudière-Appalaches à l'égard de la région de Québec pour l'accessibilité aux services et, évidemment, les impératifs de réduction budgétaire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 3). - « Nous constatons également que les assises d'une organisation de services par territoire de MRC sont en place » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 3) <p><u>Orientations ministérielles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le plan de consolidation de la région est en harmonie avec le plan d'action et les priorités ministérielles, tels que présentés par le ministère en octobre 1998. Rappelons que le ministre nous convie à privilégier l'accessibilité aux services, ceci grâce à des réseaux intégrés de services, que ce soit au niveau local, régional ou national, selon la nature du service concerné » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 4). - « Les orientations ministérielles d'accompagnent de principes d'action : le territoire local comme base d'organisation des services; la région comme centre de coordination des services; une gestion fondée sur les résultats; des acteurs responsables et imputables. Les priorités :
--	--	--

		<p>qualité, services des base, accessibilité, consolidation du réseau hospitalier universitaire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 4).</p> <p><u>Principes directeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le territoire de MRC est celui où chaque citoyen reçoit l'ensemble des soins et services de base (première ligne). Ce territoire est aussi privilégié pour la dispensation de services spécialisés chaque fois que la nature du service et la masse critique de ressources le permettent » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 5). <p><u>Approche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale doit se positionner comme un animateur des processus après avoir clairement identifié les voies à suivre et les stratégies d'intervention à privilégier » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 6). - « La dispensation locale de services n'exclut cependant pas la nécessité d'une coordination régionale, particulièrement lorsqu'il s'agit de services de deuxième ligne » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 6). <p><u>Enjeux organisationnels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale considère que les dimensions cliniques de l'organisation des services constituent un défi important et que c'est à travers elles que la pérennité des objectifs de cette transformation seront assurés [...] » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 7). <p><u>Enjeux financiers :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La région de la Chaudière-Appalaches est, sur une base d'équité entre les régions, considérée sous financée pour un montant de l'ordre de 25 M\$. Le ministre s'est engagé à redresser cette situation au cours des cinq prochaines années » (Régie régionale de la santé et des
--	--	---

		<p>services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 8).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La région de la Chaudière-Appalaches a comme objectif de réaliser une meilleure rétention de sa clientèle » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 8) <p><u>Santé physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le plan de transformation a permis le développement de solutions alternatives à l'hospitalisation et l'ajustement aux nouvelles réalités en matière de soins et de technologies. Trois ans plus tard, nous constatons que les objectifs du plan de transformation sont atteints » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 24). - « En santé physique, des défis majeurs interpellent la Régie régionale, les établissements, particulièrement les centres hospitaliers : la poursuite de la révision de l'organisation des services hospitaliers; introduction systématique de pratiques permettant une meilleure gestion des épisodes de soins, laquelle exige l'implication des différents acteurs du réseau (CH, CLSC, cabinets privés, etc.) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 24). <p><u>Orientations et priorités :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La reconnaissance de deux niveaux d'organisation de services : le local qui correspond au territoire d'une MRC où l'objectif est d'assurer une réponse à environ 80% des besoins de services et, le régional qui interpelle une infrastructure et une concentration de ressources plus spécialisées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 25). - « Préciser les missions spécifiques et les complémentarités attendues des centres hospitaliers » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 26). - « Adopter ou accentuer, en centre hospitalier, une approche programme qui s'appuie sur des activités intégrées et coordonnées à l'égard des clientèles à desservir » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 26). - « Adopter le concept de gestion des épisodes de soins » (Régie
--	--	---

		<p>régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 26).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Préciser la nature des services spécialisés devant être offerts dans les quatre centres hospitaliers et les conditions pour assurer leur stabilité » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 27). - « Préciser le rôle régional de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 27). <p><u>Santé mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les résultats de la transformation démontrent que, dans le domaine de la santé mentale, le rapprochement des services dans la communauté a bel et bien été pris en Chaudière-Appalaches. Les objectifs du plan de transformation ont été atteints aussi en ce qui concerne les aspects financiers (transfert de ressources) et organisationnels (actualisation du PROS) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 54). - Mesure de consolidation : « diminuer le nombre de lits en longue durée de manière à atteindre la norme de 0,13/1000 pour obtenir un total de 50 lits et en maintenir la gestion par les CLSC et CHLD de la MRC des Etchemins » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 59). <p><u>Personnes âgées et adultes en perte d'autonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour les personnes âgées et les adultes en perte d'autonomie, deux types d'intervention ont été menés simultanément pendant la période de transformation soit : la consolidation du virage ambulatoire et la consolidation du programme d'hébergement temporaire. Ces opérations ont été rendues possibles par la fermeture de 630 équivalents lits d'hébergement entre 1994 et 1998 dans la région » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 71). - « La reconfiguration dans ce secteur d'activité sous-tendait un
--	--	---

		<p>rééquilibrage dans la distribution des ressources dans la région. [...] En 1997, la Régie régionale a adopté la norme de 4,3 lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, comme balise à l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée. Cet objectif est réalisé dans les 11 MRC de la région » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 71).</p> <p>Déficiences intellectuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesure de consolidation : « procéder à l'actualisation du plan prévoyant l'intégration dans la communauté de 20 des 35 bénéficiaires du CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins qui souhaitent vivre en milieu autre qu'institutionnel » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 84). <p>Ressources et support :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au cours de la transformation, des établissements ont soit été fermés, soit fusionnés ou transformés, ce qui a occasionné un impact important sur les ressources humaines. Durant cette période, près de 900 personnes ont été mises à pied, et plus de 1000 personnes ont quitté leur emploi pour bénéficier du programme de départ volontaire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 95). - « De tels changements ont occasionné des problèmes de mobilisation du personnel, d'engagement organisationnel et d'organisation du travail. Dans certains établissements, plus de 60% des effectifs ont été impliqués dans une série de mutation de postes » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 95). - « Le plan de consolidation intègre la notion de reddition de comptes et de gestion par résultats, introduite dans les nouvelles orientations ministérielles » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 106).
1998-2002	Opération de consolidation des services (Agence de	

	développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 15 décembre 2005).	
Juin 2000	La région de Chaudière-Appalaches s'est classée au premier rang au Québec pour la qualité de ses services de santé selon une enquête réalisée à l'aide des données de ICIS et de Statistiques Canada (Pelchat, 17 juin 2000).	
Été 2002	L'ensemble des CHSLD publics et privés de la région entreprennent une démarche d'implantation de l'approche milieu de vie (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004d, p. 5).	
18 décembre 2003	Sanction de la loi 25	- « L'Agence doit définir et proposer au Ministre, dans le délai qu'il fixe, un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs RLS dont la taille peut couvrir tout ou une partie du territoire de l'Agence » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 10).
Janvier 2004	Travaux préparatoires à la mise en place des RLS (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40).	
17 janvier 2004	Une réunion d'information confirme que 4 réseaux locaux verront le jour dans Chaudière-Appalaches (Ricard-Châtelain, 17 janvier 2004).	
21 janvier 2004	Séance de travail du CA de la Régie pour préparer la démarche et le processus (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40).	
30 janvier 2004	La Régie régionale devient l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 30 janvier 2004).	- « L'Agence a pour mission de développer des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sur son territoire. À la suite de consultations menées auprès des établissements, du Département régional de médecine générale (DRMG), du comité régional pour les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise et auprès de la population, par l'entreprise du Forum de

		<p>la population : l'Agence doit définir et proposer au Ministère, dans le délai que celui-ci fixera, un modèle d'organisation de services basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 2).</p> <p>Référentiel pour l'identification de chaque territoire local d'organisation des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les territoires de concertation, tels qu'ils sont connus, constituent une référence d'organisation de services depuis plusieurs années; ils ont servi de point d'ancrage pour l'organisation des services avant même que ne soit mis en place la Régie régionale de Chaudière-Appalaches » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 4). <p>Démarche de développement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'Agence a constitué une équipe de travail par territoire. Cette équipe est formée d'un cadre supérieur de l'Agence assisté de professionnels, des directeurs généraux et présidents des établissements du territoire concerné. D'autres personnes peuvent compléter la composition de l'équipe» (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 5).
4 février 2004	Rencontre du Forum de la population pour la validation du processus de consultation (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40).	
5 février 2004	Dépôt du portrait des ressources par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40).	
18 février 2004	Adoption, par le conseil d'administration du <i>Cadre de référence sur le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches</i> (Agence de développement de réseaux locaux de	<p>« Pour l'Agence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La délimitation de la taille du territoire local est fonction du territoire de référence, de la population desservie et des ressources disponibles; - Le découpage territoire est le plus naturel possible et tend à s'harmoniser,

	<p>services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).</p>	<p>dans la mesure où c'est réalisable avec le découpage d'autres territoires administratifs;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau doit offrir le plus de services possibles à proximité des individus; - Le territoire est un lieu d'échanges intersectoriels qui contribue au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être; - L'organisation favorise la disponibilité, la répartition et la rétention des ressources humaines requises; - L'organisation et les ressources disponibles confèrent une marge de manœuvre nécessaire pour optimiser le changement et l'innovation dans l'organisation des services » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, pp. 15-16). <p>- « Ainsi, en Chaudière-Appalaches et depuis plus de 12 ans, ces paramètres, au plan sociosanitaire, se retrouvent dans les 4 territoires de concertation. Ces territoires, tous desservis par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un centre hospitalier affilié universitaire, des CLSC et CHSLD, constituent une référence sociosanitaire pour les populations qui y ont leurs habitudes de consommation de services. En effet, ces territoires de concertation ont servi de point d'ancrage pour l'organisation des services avant même que ne soit mise en place la Régie régionale de Chaudière-Appalaches » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, pp. 15-16).</p> <p>- « L'agence propose, pour la région de Chaudière-Appalaches, quatre réseaux locaux de services (RLS) et la création de quatre instances conséquentes » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 17).</p> <p>- « L'article 26 de la Loi prévoit que chacun des RLS doit comprendre une instance locale formée pour regrouper les établissements qui offrent des services de CLSC, CHSLD et CH. Implicitement, la Loi exclut les</p>
--	--	--

		<p>établissements offrant des services spécialisés et dont le rayonnement est à portée régionale. Par ailleurs, au cours des années et dans le cadre des plans régionaux d'organisation des services, du plan de transformation en 1995 et du plan de consolidation en 1999-2001, des établissements se sont vu accorder des mandats régionaux, notamment en santé mentale, en alcoolisme et toxicomanie. [...] Il n'est pas de l'intention de l'Agence d'introduire dans la phase d'implantation des instances locales, la revue de ces mandats. De plus, les valeurs rattachées aux ressources humaines financières, matérielles et informationnelles sont considérées à titre de patrimoine régional et exclues du portrait des RLS. L'Agence entend cependant et après la phase d'implantation des réseaux locaux sur son territoire, revoir les «modus operandi» de certains mandats, non pour questionner la qualité de l'offre de services déployée par les établissements visés, mais plutôt pour réévaluer leur formule et envisager toute hypothèse d'optimisation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 27).</p> <p>« Devraient être exclus des discussions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le programme 12 de traitement actif de longue durée psychiatrique déployé au Centre de santé des Etchemins; - L'hébergement de longue durée psychiatrique déployé par le Centre de santé des Etchemins; - La gestion et l'administration des ressources de type familial déployées par le Centre de santé des Etchemins; - L'Info-Santé régional déployé par le CLSC Beauce-Centre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 28). <p>- En déficience physique, « l'Agence compte procéder au transfert des ressources actuellement dévolues aux établissements mandataires vers le CRDP » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 28).</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « L'Hôtel-Dieu de Lévis n'est pas inclus dans une instance locale (en raison de sa vocation régionale et universitaire) » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 29). <p>Conditions de succès du projet identifiées par l'Agence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'Agence estime que la mise en place des réseaux locaux de services est avant tout un projet clinique visant l'intégration des services. La révision des structures et l'uniformisation des missions se veulent des moyens pour faciliter cette intégration et pour accentuer la décentralisation d'activités de coordination des acteurs et d'organisation des services le plus près possible de l'action » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 32). <p>« Des conditions s'avèrent cependant importantes pour la réussite des réseaux locaux de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de tous; - Mise en place d'un système d'information efficace; - Révision du mode de financement des établissements; - Renforcement de l'apport technologique à proximité des milieux de vie » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 33). <p>« L'Agence estime que les instances locales doivent tenir compte des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'engagement de l'instance locale d'assumer une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être du territoire desservi; - La reconnaissance que les services de 1^{re} ligne constituent la porte d'entrée du système; - La promotion de l'organisation du travail; - Le développement d'environnements propices à l'action en réseau » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 33).
--	--	--

18 février 2004	Mise sur pied des structures internes et externes de planification pour la mise en place des RLS	<p>« À l'interne, à l'Agence, deux groupes de travail sont mis sur pied :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe de travail pour la cueillette des données et informations requises pour tracer les portraits territoriaux; 2. Groupe de travail s'assurant de la mise en place des outils de communication et de consultation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 34). <p><u>Structure externe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Comité aviseur formé de membres du CA de l'Agence, membres du Forum de la population » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 35). <p><u>Dans chacun des territoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Équipe de travail formée d'un cadre supérieur de l'Agence, de professionnels, directeurs-général des établissements du territoire et membres de conseil. Mandat : Établir le portrait du territoire; convenir des modalités entourant la constitution de l'instance; identifier les membres de conseil; établir l'offre de services; convenir du projet clinique, corridors de services et ententes de services » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 36). - « L'agence entend s'engager et exercer le leadership qui lui est dévolu dans la mise en place de tels réseaux » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 39).
19 février 2004	Lancement des consultations sur les modèles des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre de référence servira de base pour les discussions. - «L'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches entreprend une démarche de consultation sur le modèle d'organisation des réseaux locaux, auprès d'un ensemble de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels. La

		<p>population sera consultée via le Forum de la population ainsi que par l'entremise des «focus group» par territoire de réseau local. De même une boîte vocale et un courriel spécifiques à la consultation seront mis à la disposition de la population à compter du lundi 23 février au vendredi 2 avril 2004 » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration de l'Agence est particulièrement soucieux de recevoir les commentaires de la population, par exemple, sur les conditions à respecter pour assurer le maintien et l'accessibilité des services, pour améliorer la continuité des services, pour protéger les services en milieu rural, pour que le citoyen puisse continuer à avoir facilement accès à la nouvelle organisation, etc. Il invite donc la population à nous faire connaître ses préoccupations » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004). - « Les territoires de concertation de l'Amiante, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet et du Littoral constituent, depuis plus de 20 ans, une référence, un point d'ancrage pour l'organisation des services, et ce, avant même la mise en place de la Régie régionale. Cette organisation territoriale s'est accélérée au cours des 10 dernières années. On peut mentionner, à titre d'exemple, les services de santé physique (centre hospitaliers), les soins respiratoires à domicile, la pédopsychiatrie, la santé mentale adulte et les services du centre de réadaptation en déficience physique. Ces territoires de concertation historiques sont utilisés comme référentiel dans le modèle de réseaux locaux soumis à la consultation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004). - « 4 territoires de concertation constituant depuis plus de vingt ans, une référence lorsqu'il a été nécessaire d'organiser des services sur une
--	--	--

		base de masse critique de population plus large que celle d'une MRC » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004).
25 février 2004	Consultation de la Commission médicale régionale (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	- « En accord avec la réforme, mais se préoccupe à l'égard des Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 38).
27 février 2004	Consultation du comité régional des directrices et directeurs généraux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
1 ^{er} mars 2004	Consultation du comité aviseur (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
15 mars 2004	Consultation du comité aviseur (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
26 mars 2004	Consultation du comité régional des directrices et directeurs généraux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
23 mars 2004	Consultation de la Conférence régionale des élus (par territoire de RLS), des focus group de la population et des CII, CM, CMDP, CSF par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	- « Élus de la CRÉ en accord à l'exception du maire de la municipalité de Lac Etchemin. - Focus groups de la population en accord mais s'inquiète au regard des besoins locaux. - Le CI, CM, CMDP sont en accord mais demandent de conserver un offre de services déconcentrés et désirent être impliqués dans le projet clinique » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 38).
25 mars 2004	Consultation de la Conférence régionale des élus (par territoire de RLS) (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
30 mars	Consultation de la Conférence régionale des élus (par	- « En accord, mais requièrent d'être impliqués dans les projets

2004	territoire de RLS) et consultation du Département régional de médecine générale (DRMG) (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	cliniques » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 38).
31 mars 2004	Consultation de la Commission infirmière régionale, de la commission multidisciplinaire régionale, des focus group de la population et des CII, CM, CMDP, CSF par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
1 ^{er} avril 2004	Le nouveau mode d'allocation interrégionale des ressources est implanté de manière graduelle (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 41).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'approche, fondée sur une reconduction des budgets historiques est remplacée par un modèle prenant appui sur les besoins des personnes et des populations à desservir, tout en tenant compte des particularités propres aux régions (éloignement, dispersion géographique) et de certains services particuliers (recherche, établissements universitaires). L'allocation régionale sera répartie selon une approche de programmes-services et de programme-soutien » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 41).
1 ^{er} avril 2004	Consultation des associations des cadres (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « En accord et demandent d'impliquer les membres » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 39).
2 avril 2004	Consultation des syndicats régionaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les associations syndicales sont opposées à la loi » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 39).
5 avril 2004	Consultation de la Conférence régionale des élus (par territoire de RLS) et consultation de la Commission médicale régionale (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
6 avril 2004	Consultations des focus group de la population et des CII, CM, CMDP, CSF par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
7 avril 2004	Consultations des focus group de la population et des CII, CM,	

	CMDP, CSF par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
8 avril 2004	Consultation du Forum de la population (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
13 avril 2004	Consultation du comité aviseur (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	
21 avril 2004	Adoption du modèle régional par le conseil d'administration de l'Agence (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « La très grande majorité des personnes et des instances consultées se sont montrées en accord avec la proposition de quatre RLSSS. Dans tous les territoires, les citoyens consultés se sont dits d'accord avec le modèle proposé. Le Forum de la population a également déposé au conseil d'administration un avis favorable » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004). - « Le modèle prévoyait le transfert des services de réadaptation de deuxième ligne en faveur du CRDP-CA. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis un permis d'exploitation au CRDP-CA le 30 juin 2004. Des travaux devant conduire au transfert de ressources au profit du CRDP-CA ont été réalisés avec les cinq établissements » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a). - « Propose 4 RLSSSS modelés sur les bassins de desserte des centres hospitaliers constituent une référence territoriale conforme aux plans régionaux d'organisation des services déployés au cours des 10 dernières années » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 2). - « Le modèle d'organisation des services en RLS a le mérite de recevoir une importante adhésion et a pour effet, dans le cas des RLSSSS de

		<p>l'Amiante, de Montmagny-L'Islet et de Beauce-Etchemins, d'intégrer sur une même plate-forme un continuum de services de première et deuxième lignes qui, au demeurant, pourra offrir une gamme complète de services aux populations des territoires que de tels RLSSSS devront desservir » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 2).</p> <p>Conditions de réussite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « La principale condition gagnante réside dans la participation active des cliniciens à l'élaboration d'un projet clinique centré sur les besoins des clientèles. ○ Les gestionnaires des instances locales et les directions des ressources humaines seront appelées à jouer un rôle stratégique dans la mobilisation du personnel et dans la gestion du changement » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 4). <p>- « La proposition de la création de quatre RLSSSS dans Chaudière-Appalaches reçoit une adhésion importante même si quelques acteurs se sont dits contre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 4).</p>
30 avril 2004	Dépôt de la proposition du Ministre (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 5).	
22 juin 2004	Le CA de l'ASSS de Chaudière-Appalaches adopte le <i>cadre de gestion des mouvements de main d'œuvre du personnel d'encadrement visé par la création des centres de santé et de services sociaux (instances locales)</i> (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b).	<p>- « Celui-ci vise à favoriser l'engagement et la contribution de tous les cadres et hors-cadres du réseau, favoriser la rétention des cadres et hors cadres en poste, identifier et mettre en place des mesures de soutien et assurer le développement des compétences de l'ensemble des cadres et hors cadres au regard des nouvelles orientations de gestion » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b).</p>
23 juin 2004	Le Ministre Couillard annonce la création de 5 RLS dans la région de Chaudière-Appalaches (Ministère de la Santé et des	<p>- L'Hôtel-Dieu de Lévis n'est pas inclus dans aucun établissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).</p>

	Services sociaux, 23 juin 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le ministre Couillard a voulu tenir compte des préoccupations de chaque milieu. C'est notamment pourquoi il a favorisé la constitution d'un réseau local distinct pour Lac-Etchemin et les environs, tout en maintenant les impératifs de collaboration et de responsabilité populationnelle qui sont au cœur de la démarche entreprise par notre gouvernement » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).
Entre le 23 juin et le 9 juillet	Rencontre de l'Agence avec tous les nouveaux administrateurs (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 11 juin 2004).	
Juin 2004	Constitution d'un comité directeur à l'implantation dans chacun des territoires (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 11 juin 2004).	Mandat : <ul style="list-style-type: none"> - « Convenir de la mise en place des instances » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 11 juin 2004).
Juillet 2004	Émission des lettres patentes des CSSS et nomination des conseils d'administration provisoires des CSSS.	<ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration provisoire de l'instance locale comprend 15 personnes, choisies après consultation des établissements. Leur mandat est de deux ans à compter de la délivrance des lettres patentes » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004e, p. 3).
Été 2004	Mise sur pied du comité de travail projet clinique (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 11 juin 2004).	
Été 2005	Mise en place d'un chantier pour développer les balises pour les projets cliniques (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005).	
Novembre 2005	Création du CRATCA (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006)	
23 octobre 2006	Tenue d'élection pour les représentants de la population aux conseils d'administration des CSSS	<ul style="list-style-type: none"> - Dans Montmagny-L'Islet et Thetford, les candidats sont élus sans concurrents. - Dans la Beauce, il y a tenue d'élections
20 juin 2007	Reconduction des fonctions de président du conseil d'administration de l'ASSS de Chaudière-Appalaches (Agence	

	de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 12 juillet 2007).	
Septembre 2007	Adoption du rapport annuel par le conseil d'administration de l'ASSS Chaudière-Appalaches (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2007).	
4 juin 2008	Démission du président du conseil d'administration de l'ASSS de Chaudière-Appalaches (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 4 juin 2008).	
24 septembre 2008	Adoption du rapport annuel par le conseil d'administration de l'ASSS (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2008).	
8 septembre 2009	Départ à la retraite du PDG de l'Agence (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 26 juin 2009).	
23 septembre 2009	Adoption du rapport annuel par le conseil d'administration de l'ASSS Chaudière-Appalaches (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009).	

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (11 juin 2004). *Point 6: Structure d'appui à mettre en place pour soutenir l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Présenté au comité régional des directrices et directeurs généraux*. Sainte-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (15 décembre 2005). *Communiqué de presse: Le président au conseil d'administration, M. Valier Caron, annonce sa démission*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 2 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (18 février 2004). *Cadre de référence. Développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches. Document d'appui à la consultation*. Sainte-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 70 p.

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (19 février 2004). *Communiqué de presse: Chaudière-Appalaches: Lancement des consultations sur les modèles de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (22 avril 2004). *Communiqué de presse: Adoption de la proposition de modèle de réseaux locaux en Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (30 janvier 2004). *Communiqué de presse. La régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches devient l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: Agence développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Décembre 2004, volume 3, numéro 4*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 5 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004b). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, juillet 2004, volume 3, numéro 2*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 10 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004c). *Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches: sommaire*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 50 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004d). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 111 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004e). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, mars 2004, volume 1, numéro 1*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 195 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (4 juin 2008). *Communiqué de presse: Nominations au conseil d'administration*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (12 juillet 2007). *Communiqué de presse: Conseil d'administration: nominations*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (26 juin 2009). *Communiqué de presse: Départ à la retraite du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 126 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 112 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 118 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 128 p.
- Côté, R. (19 juin 1993). Régie régionale de la santé et des services sociaux. Mise en chantier du futur siège social de la région de Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. D6.
- Giguère, M. (10 mai 1997). Rapatriement sur la Rive-Sud du service de buanderie: Un trip d'autonomie coûteux, estime la CSN. *Le Soleil*, p. A8.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (23 juin 2004). *Communiqué de presse: Les ministres Philippe Couillard et Carole Thériault annoncent la création de cinq réseaux locaux de services dans la région de Chaudière-Appalaches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
- Pelchat, P. (1^{er} septembre 1995). Santé dans Chaudière-Appalaches: Fusions et regroupements dans le collimateur de la Régie. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (7 septembre 1995). La santé dans Chaudière-Appalaches. Une centaine de mémoires déposés en vue des audiences. *Le Soleil*, p. A6.
- Pelchat, P. (17 juin 2000). Services de santé. Chaudière-Appalaches se classe 1^{re} au Québec. *Le Soleil*, p. A16.
- Pelchat, P. (28 septembre 1995). Chaudière-Appalaches. Le couperet tombe. *Le Soleil*, p. A3.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1994). *Projet régional: «Bâtir ensemble une région en santé»*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995a). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 80 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995b). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix - décisions*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 104 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995c). *Plan d'action 1995-1996: «L'opportunité de transformer»*. *Plan de contribution et d'allocation régionale*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 25 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1999). *Plan de consolidation 1999-2002*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 108 p.
- Ricard-Châtelain, B. (17 janvier 2004). La fusion de services de santé déjà en gestation. *Le Soleil*, p. A8.

Annexe 9 : Tableau synoptique du territoire de Beauce-Etchemins

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
1907	Fondation du Centre hospitalier de Beauceville (Pelchat, 15 janvier 1996).	
1930	Construction de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville, le premier hôpital de la Beauce (Bégin, Bérher, Joubert, & Poulin, 1984).	- « Dirigé par les Sœurs de la Charité, l'hôpital desservait toute la population beauceronne » (Bégin, et al., 1984, p. 41).
28 février 1946	Création du Sanatorium Bégin à Lac-Etchemin pour soigner les gens atteints de tuberculose (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004m).	- Joe D. Bégin, un membre influent de l'entourage de Duplessis, est l'instigateur du projet.
1948	Début de la construction de l'hôpital à St-Georges Ouest (Bégin, et al., 1984, p. 41).	
1949	Ouverture du Sanatorium Bégin.	- L'établissement compte 268 lits d'hébergement (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011b).
14 mars 1949	Création de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce à St-Georges (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004k).	
1956	Avec le déclin de la tuberculose, le Sanatorium Bégin commence à accueillir des personnes en perte d'autonomie physique (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011b).	
1959	Le sanatorium abrite un service de psychiatrie de longue durée (Poulin, 15 février 1994).	
4 octobre 1960	Création du Pavillon Notre-Dame (la Guadeloupe) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
1 ^{er} mars 1961	Fondation du Foyer MGR O. Roy (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004h).	
1962	Annnonce de l'agrandissement de l'hôpital de Beauceville (Bégin, et al., 1984, p. 41).	- « Opposition des médecins de St-Georges à la décision du Ministre » (Bégin, et al., 1984, p. 43).
16 mars 1964	Création de l'hôpital St-Joseph de Beauceville Ouest (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004k).	
1965	Fin des travaux d'agrandissement à l'hôpital de Beauceville	

	(Bégin, et al., 1984, p. 43).	
6 octobre 1965	Création du Foyer Ste-Justine (MRC des Etchemins) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004l).	
1965-1968	Quelques tentatives privées de rapprochement entre les deux hôpitaux émanant de particuliers ou de professionnels de l'hôpital de St-Georges (Bégin, et al., 1984, p. 43).	
21 avril 1967	Création du Pavillon de l'hospitalité à St-Prosper (MRC des Etchemins) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004p).	
3 octobre 1967	Création du Foyer Saint-Gédéon (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
3 novembre 1967	Création de l'Accueil de ville Saint-Georges (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
12 décembre 1967	Création du Foyer Lac-Etchemin (MRC des Etchemins) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004g).	
1968	Ajout d'un service ambulatoire psychiatrique au Sanatorium (Poulin, 15 février 1994).	
5 février 1968	Création du Foyer de St-Georges de Beauce (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
20 mars 1968	Création du Foyer St-Magloire (MRC Etchemins) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004i).	
1970	Dépôt du rapport Castonguay-Nepveu.	<ul style="list-style-type: none"> - « La situation hospitalière dans la Beauce est alors la suivante : l'hôpital de Beauceville est un centre hospitalier à vocation multiple : soins généraux, soins prolongés, centre d'accueil, centre d'hébergement. Sa construction est récente, moderne et fonctionnelle » (Bégin, et al., 1984, p. 44). - « De son côté, l'hôpital de St-Georges Ouest est un centre hospitalier axé sur les soins généraux et spécialisés dont le taux d'occupation est très élevé. Il manque d'espace et d'équipement » (Bégin, et al., 1984, p. 44).
19 juin 1971	Rencontre entre les membres du conseil d'administration de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville et de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce (Poulin, 1984).	<ul style="list-style-type: none"> - « Convient qu'il peut y avoir des ententes entre les deux hôpitaux afin d'envisager des solutions aux problèmes respectifs » (Poulin, 1984, p. 3). - « Les discussions pourraient se faire dans un cadre rigide afin d'éviter

		des malentendus compte tenu des luttes et de l'agressivité qui existent entre les deux villes » (Poulin, 1984, p. 3).
20 octobre 1972	Création du CLSC des Etchemins (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004f).	<ul style="list-style-type: none"> - Premier CLSC en milieu rural au Québec - « Ouvre en 1973 suite à une vaste consultation de plus de 2 ans sur les besoins de la population » (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011b).
9 octobre 1974	Un mémoire recommande que l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce soit confirmé comme le centre hospitalier de soins spécialisés de courte durée (Poulin, 1984, p. 10).	
20 novembre 1974	Création du Centre d'accueil St-Honoré (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
1er décembre 1975	Ouverture d'un département d'orthopédie à l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce malgré le refus de Québec (Poulin, 1984, p. 15).	
28 mars 1977	Le CRSSS recommande que les deux centres hospitaliers poursuivent leurs activités en soins aigus de façon complémentaire en évitant la duplication (Poulin, 1984, p. 19).	
12 juillet 1977	Signature d'un protocole d'entente entre les deux centres hospitaliers sur la complémentarité (Poulin, 1984, p. 20).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'hôpital de St-Georges Ouest a une vocation de soins spécialisés de courte durée, tandis que celui de Beauceville fournira des soins généraux et spécialisés de courte durées, des soins prolongés, ainsi que des soins d'hébergement » (Bégin, et al., 1984, p. 49).
12 octobre 1977	Création du CLSC Beauce-Sartigan (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e).	
Octobre 1978	Engagement des deux centres hospitaliers à ce que chaque spécialité ne soit développée que dans un seul centre hospitalier mais consultations disponibles respectivement (Poulin, 1984, p. 24).	
12 juin 1979	Le directeur-général du CRSSS émet l'hypothèse d'une fusion (Bégin, et al., 1984, p. 51).	<ul style="list-style-type: none"> - Évoque les économies possibles. - Aucune des parties en cause ne se déclare d'accord avec cette hypothèse (Bégin, et al., 1984, p. 51).
3 août 1979	Le Ministère des affaires sociales demande aux deux centres hospitaliers de réfléchir sur la possibilité de fusion (Poulin, 1984, p. 28).	

29 janvier 1980	Le CA de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville adopte unilatéralement une résolution qui déclare prématurée la fusion proposée et la rejette (Poulin, 1984, p. 30).	- « La position officielle des deux établissements est de poursuivre la mise en œuvre du plan de complémentarité et de refuser l'intégration en une seule corporation » (Poulin, 1984, p. 30).
20 novembre 1980	Le Ministère des affaires sociales maintient sa position sur la fusion (Poulin, 1984).	- « La fusion est définitive. S'il n'y a pas de fusion volontaire, le Ministère peut imposer des tutelles » (Poulin, 1984).
30 octobre 1981	Le CRSSS adopte une résolution à l'effet de recommander la fusion des deux centres hospitaliers (Poulin, 1984, p. 43).	
6 novembre 1981	Le Ministre confie à Gérard Roy le mandat de le représenter auprès des deux hôpitaux et d'en arriver avec eux à un protocole de fusion (Bégin, et al., 1984, p. 53).	- « À Beauceville, on ne réagit pas de façon négative face à la décision du Ministre. Le CA accepte de négocier la fusion avec le mandataire du Ministre » (Bégin, et al., 1984, p. 54). - « À l'hôpital de St-Georges Ouest, on refuse totalement la fusion et toute discussion sur les conséquences possibles de cette fusion » (Bégin, et al., 1984, p. 54).
3 décembre 1981	3800 lettres d'opposants de St-Georges sont déposées au Ministre (Bégin, et al., 1984, p. 54).	- « La perspective d'une intervention ministérielle de nature autoritaire soulève un tollé de protestations de la part des citoyens favorables au maintien des services à l'hôpital de St-Georges Ouest » (Bégin, et al., 1984, p. 54).
19 mars 1982	Présentation d'un mémoire au conseil des ministres par le Ministre des affaires sociales, Pierre-Marc Johnson, pour expliquer l'intention de réaliser la fusion (Poulin, 1984).	- « Depuis plus de dix ans, des tentatives de rapprochement impliquant les parties en cause ont été élaborées sans que jamais l'une d'elles ne satisfasse le Ministre. Ces tentatives se sont limitées à un partage des spécialités en voie de développement dans toutefois s'attaquer à la redistribution des services existants dispensés par les deux centres hospitaliers » (Poulin, 1984, p. 62).
22 mars 1982	Parution de l'avis de fusion dans la Gazette Officielle (Poulin, 1984, p. 65).	
15 août 1982	Décret ministériel ordonnant la fusion (Bégin, et al., 1984, p. 56).	
1 ^{er} septembre 1982	Création du Centre hospitalier régional de la Beauce, issu de la fusion des deux anciens centres hospitaliers (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	Issu de la fusion de : - Hôpital St-Joseph de Beauceville Ouest - Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce « On établit le siège social du centre hospitalier à St-Georges Ouest » (Bégin, et al., 1984, p. 56).

25 mars 1983	Le futur directeur général informe le conseil d'administration qu'il n'accepte plus le poste (Bégin, et al., 1984, p. 60).	
15 juin 1983	Dépôt de deux pétitions au CA du CHRB (Poulin, 1984, p. 109).	<ul style="list-style-type: none"> - « Pétition de 200 noms qui demande au CA du CHRB de réfléchir à un plan de partage qui tienne davantage compte des besoins de la population desservie et des ressources en place » (Poulin, 1984, p. 109). - « Une pétition comprenant environ 3000 signatures, on presse le conseil d'administration de prendre ses responsabilités et d'exiger de ses médecins que des services obstétricaux complets soient assurés autant dans un pavillon que dans l'autre » (Poulin, 1984, p. 109).
22 juin 1983	Dépôt des orientations du CHRB (Poulin, 1984).	<ul style="list-style-type: none"> - «À compter de septembre 1983, il y aura un seul service d'urgence de catégorie II au Pavillon Notre-Dame tandis qu'un service d'urgence de catégorie I demeurera ouvert au pavillon St-Joseph entre 8 et 20 heures; - Centralisation des lits gériatriques, de la chirurgie dentaire, d'un jour et élective mineure, et de l'ORL au Pavillon St-Joseph; - Les soins intensifs et coronariens, la chirurgie générale majeure et l'orthopédie sont concentrés au Pavillon Notre-Dame; - Les activités de médecine continuent à s'effectuer dans les deux pavillons; - L'unité pédiatrique est concentrée au Pavillon St-Joseph de façon transitoire » (Poulin, 1984, pp. 111-112)
18 janvier 1984	Le CA du CHRB décide qu'il est interdit de procéder à des accouchements au Pavillon St-Joseph (Poulin, 1984, p. 122).	
20 janvier 1984	Une centaine de personnes participent à un défilé de deuil à l'intérieur du Pavillon St-Joseph (Bégin, et al., 1984, p. 63).	
1985	Constitution de la Fondation du Sanatorium Bégin qui vient en aide aux personnes en fin de vie (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011a).	
8 octobre 1985	Création du CLSC Beauce-Centre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004d).	
10 octobre 1989	Défusion : on recrée le Centre hospitalier de Beauceville et le Centre hospitalier Beauce-Etchemin (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c).	<ul style="list-style-type: none"> - Les gardes sont au cœur du litige entre les deux pavillons (Dallaire, 30 juin 1995).
1992	Fermeture de 44 lits pour les personnes en perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - « Conversion de la mission de 2 CHSLD (Foyer Ste-Justine et Foyer St-

	<p>dans Les Etchemins (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 78).</p> <p>Fermeture de 23 lits pour les personnes en perte d'autonomie dans la MRC Beauce-Centre (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 78).</p>	<p>Magloire) en ressources intermédiaires. Conversion de la mission d'un CHSLD (Foyer St-Gédéon en ressource intermédiaire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 78).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Fermeture de lits au CH de Beauceville. Conversion de la mission d'un CHSLD (Villa St-Odilon) en ressource intermédiaire. Fermeture du Foyer Mgr. O-Roy » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 78).
2 novembre 1992	Nouvelle directrice générale au Centre hospitalier de Saint-Georges de Beauce (Dallaire, 12 septembre 1992).	<ul style="list-style-type: none"> - « La rivalité entre les deux centres [hospitaliers] semble s'estomper alors que les soins prolongés, en gériatrie et en santé mentale sont regroupés à Beauceville et que les soins spécialisés sont traités à Saint-Georges » (Dallaire, 12 septembre 1992, p. G6).
15 février 1994	Les dirigeants du Sanatorium et de la MRC des Etchemins préparent un mémoire pour donner au Sanatorium le statut de centre hospitalier psychiatrique desservant l'ensemble de la région Chaudière-Appalaches (Poulin, 15 février 1994).	
Mai 1994	Le Centre hospitalier de St-Georges de Beauce devra retrancher environ 406 000\$ de son budget de 24 M\$ (Côté, 12 mai 1994).	
18 mars 1995	Fermeture de 25 lits au CH de St-Georges pour réduire les dépenses (Dallaire, 18 mars 1995).	
1 avril 1995	Le CLSC et la Sanatorium Bégin s'engagent sur la voie des rapprochements (Dallaire, 1 avril 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Décision de se doter d'une garde médicale unifiée; - La responsabilité du service de pharmacie et de conciergerie du CLSC des Etchemins sera dorénavant assurée par le Sanatorium Bégin » (Dallaire, 1 avril 1995, p. A4).
Mai 1995	Dépôt du plan d'action 1995-1996 de la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'effort de contribution aux restrictions budgétaires demandé au Centre hospitalier de Beauceville est de 869,000\$, soit 4% de son budget et de 312,000\$ pour le CH de St-Georges soit 1,3% de son budget » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 19). - « La situation du Centre hospitalier de St-Georges de Beauce est précaire considérant la nécessité de rembourser un déficit accumulé de l'ordre de 1 000 000\$ » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 20).

		<ul style="list-style-type: none"> - « Pour le CHSLD des Etchemins, au volet personnes en perte d'autonomie, il s'agit d'une conversion de mission de deux des cinq installations dans une perspective de réduire de 339 à 171 lits la capacité d'hébergement du territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 22). - « Le Centre hospitalier de Beauceville quant à lui soumettait récemment à la Régie une proposition de réduction de 32 lits additionnels aux 10 déjà fermés en 1992, alors que le CHSLD Robert-Cliche projette la réduction de 29 lits additionnels au 14 déjà fermés. Cependant, la Régie régionale a réitéré sa demande aux dispensateurs de services du territoire (CHSLD Robert-Cliche, Centre hospitalier de Beauceville) de présenter un projet conjoint, compte-tenu que l'effort de réduction de lits d'hébergement pour ce territoire est de 144 lits » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 23).
17 mai 1995	Le Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée de Beauce-Sartigan ferme le Foyer de St-Gédéon (Dallaire, 17 mai 1995).	
30 juin 1995	Les CH de St-Georges et de Beauceville évoquent la possibilité d'une fusion volontaire (Dallaire, 30 juin 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « S'entendent pour étudier la possibilité de fusionner leurs effectifs » (Dallaire, 30 juin 1995, p. A9). - « L'entente du plan proposé suggère que la santé physique aille à St-Georges, exception faite d'une urgence mineure à Beauceville et de services spécialisés dispensés dans quatre pôles. Beauceville aurait la gériatrie, la psychiatrie interne et externe, le service d'alcoologie de la région 12 et conserverait les soins de longue durée » (Dallaire, 30 juin 1995, p. A9).
Juillet 1995	Les CLSC de Beauce-Centre et des Etchemins ont soumis une proposition à la RRSSS CA pour assurer le service de centrale Info-Santé (Pelchat, 3 juillet 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - Le CLSC Beauce-Centre est choisi (Pelchat, 14 juillet 1995).
14 juillet 1995	La Régie régionale rend publiques les recommandations du comité d'experts sur la rationalisation des services de santé sur le territoire des 11 MRC de la région (Pelchat, 14 juillet 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Transformation du Foyer de sainte-Justine et de celui de St-Magloire en pavillon et la réorganisation de la cuisine et de la buanderie du Sanatorium Bégin » (Pelchat, 14 juillet 1995, p. A5).
16 juillet	Le CLSC des Etchemins est vivement déçu de ne pas avoir	

1995	été choisi pour administrer Info-Santé (Pelchat, 16 juillet 1995).	
Août 1995	Dépôt du document «À l'heure des choix» (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le Centre hospitalier de St-Georges et le centre hospitalier de Beauceville se partagent les activités, l'expertise et les infrastructures technologiques en santé physique; les services de courte durée psychiatrique sont aussi fragmentés » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 19). <p>Mesures proposées en santé physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Faire du Centre hospitalier de St-Georges le seul site pour les services de santé physique tout en maintenant un service d'urgence mineure à Beauceville; - Prévoir un seul site pour la psychiatrie hospitalière : le choix de ce site est ici soumis à la consultation » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 21). <p>En santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Il y a fragmentation des services dans Beauce-Etchemins. Il faut évaluer la pertinence de regrouper tous les services de psychiatrie dans un seul site » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 27). - « Un protocole régional transitoire, pour une période de 5 ans (1994-1999) réserve 25 lits de courte durée pour la clientèle ayant des troubles mentaux sévères et persistants au Sanatorium Bégin » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 28). <p><u>Rapprochements administratifs : mesures retenues</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale invite le Centre hospitalier de Beauceville et le Centre hospitalier de Saint-Georges de Beauce à poursuivre les discussions concernant leur projet de fusion et à soumettre d'ici le 31 mars 1996, selon le calendrier prévu, leur protocole administratif de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 57).

		<p><u>Mesures particulières pour la MRC Beauce-Sartigan et la MRC Robert-Cliche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Compte tenu des discussions entreprises entre les regroupements de CHSLD de ces deux MRC, la Régie régional propose une démarche en deux étapes : que les regroupements de CHSLD et les CLSC de ces deux MRC définissent distinctement leurs modalités respectives de regroupement, d'ici le 31 décembre 1995; dans un deuxième temps, pour une meilleure intégration des services CHSLD et CLSC, qu'au 31 mars 1996, les deux regroupements et les deux CLSC de ces MRC aient déposé à la Régie régionale un projet de mise en commun de leurs services et leurs ressources » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures particulières pour les MRC l'Islet, Bellechasse, Chutes-de-la-Chaudière et Les Etchemins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour ces quatre MRC, la Régie régionale préconise le concept de centre de santé qui est un établissement qui exploite un CLSC et qui en raison de la faible densité de population et de l'étendue du territoire, exploite également un CH ou un CHSLD. La Régie régionale propose que le concept de centre de santé soit élargi de la façon suivante : établissement multivocationnel disposant obligatoirement d'une mission CLSC et d'une mission CHSLD ainsi que d'infrastructure de services de santé physique plus ou moins importante selon les besoins du milieu » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures pour la MRC des Etchemins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La Régie régionale invite aussi le Sanatorium Bégin et le CLSC des Etchemins à poursuivre les discussions déjà entamées et lui soumettre, d'ici avril 1996, un projet pour la création d'un centre de santé » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 59).
9 août 1995	Manifestation de 2500 personnes au Sanatorium Bégin contre la diminution appréhendée des services de psychiatries de	<ul style="list-style-type: none"> - Le Sanatorium assume les services de courte durées psychiatrique depuis 30 ans.

	courte durée au profit de la Beauce (Poulin, 9 août 1995).	
29 août 1995	Création des CHSLD Beauce-Sartigan (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004n).	Issu de la fusion de : <ul style="list-style-type: none"> - Centre d'accueil St-Honoré - Le Foyer St-Georges de Beauce - L'Accueil de Ville Saint-Georges - Le Foyer St-Gédéon - La Pavillon Notre-Dame
1 ^{er} septembre 1995	Recommandations d'un comité aviseur en santé physique de n'avoir qu'un seule centre administratif par territoire de MRC (Amiante, Montmagny, Robert-Cliche et Beauce-Sartigan) et de se rendre éventuellement à un centre administratif pour deux territoires (Pelchat, 1 ^{er} septembre 1995).	
28 septembre 1995	Dépôt du document «À l'heure des choix : Décisions» par la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	<ul style="list-style-type: none"> - « Pétition envoyée à la Régie régionale pour éviter la fermeture de lits au centre d'accueil et à l'unité de soins de longue durée du Centre hospitalier de Beauceville (450 noms) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 104). <p><u>Santé physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le processus de consultation a permis de réaliser qu'un large consensus existe sur la nécessité de transformer l'organisation et la distribution des services en santé physique. [...] L'autonomie régionale a été au cœur des discussions » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 15). - « Une majorité d'intervenants s'est prononcée en faveur du Sanatorium Bégin comme site unique de psychiatrie dans Beauce-Etchemins [...]. Par ailleurs, le regroupement des chefs de département de psychiatrie mentionne l'importance de regrouper sur un même site les services de courte et de longue durées » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 19). - « Tout en considérant que les services à l'hospitalisation en psychiatrie doivent se retrouver sur le même site que ceux de courte durée physique et l'urgence et qu'ils doivent se situer à proximité des populations à desservir, il faudra envisager que le Centre hospitalier de St-Georges de Beauce devienne le site des services de psychiatrie dans Beauce-

		<p>Etchemins quand les espaces y deviendront disponibles par la diminution des lits en santé physique » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Temporairement, le conseil d'administration recommande de confier au Centre hospitalier de Beauceville, pour une période de 5 ans, l'organisation des services psychiatriques dans Beauce-Etchemins » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20). - « La MRC des Etchemins sollicite une urgence 24/7 dans l'édifice du Sanatorium Bégin suite à une volonté de prévoir des services intégrés avec le CLSC » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 27). <p>Décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Favoriser le regroupement dans un établissement de tous les services hospitaliers de courte durée d'un territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 18). - « Faire du Centre hospitalier de St-Georges de Beauce le seul site pour les services de santé physique tout en maintenant un service d'urgence de première ligne à Beauceville » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 19). - « Confier temporairement (5 ans) la responsabilité de la psychiatrie de courte durée (25 lits) au Centre hospitalier de Beauceville par entente avec le Centre hospitalier Saint-Georges de Beauce » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 20). <p>Regroupements administratifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Du côté des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche, les représentants des CLSC ont exprimé leur désaccord de procéder à des regroupements inter-MRC [...] D'autre part, la MRC Beauce-Sartigan privilégie un rapprochement par mission et par territoire naturel. Les représentants des CHSLD des deux territoires respectifs nous ont informés de leur intention de procéder à une fusion de leurs établissements » (Régie
--	--	--

		<p>régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Du côté de la MRC des Etchemins, le CLSC et le Sanatorium Bégin ont exprimé leur accord sur un projet de discussion entre les deux établissements mais demandent à la Régie régionale de les laisser libres de choisir la dénomination de l'établissement qu'ils veulent créer dans ce projet » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80). - « Plusieurs mémoires ont présenté leur appui à la fusion des deux centres hospitaliers de la Beauce » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84). - « En raison de l'éventuel changement de vocation du Centre hospitalier de Beauceville (déplacement des services de santé physique au Centre hospitalier de St-Georges de Beauce, mandat temporaire de cinq ans en santé mentale), la Régie régionale invite les deux établissements à poursuivre les discussions concernant leur projet de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84). <p>Décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Accompagner le Centre hospitalier de Beauceville dans les différentes étapes touchant éventuellement son changement de mission » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 84).
28 septembre 1995	Séance du conseil d'administration de la RRSSS de CA : adoption d'une série de mesures pour économiser 51M\$ sur 3 ans (Pelchat, 28 septembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - Fixe le quota de lits pour le Centre hospitalier Beauce-Etchemins à 144 pour 1998 (Pelchat, 28 septembre 1995).
28 septembre 1995	Le conseil d'administration de la RRSSS de CA renverse la décision de maintenir les services de psychiatries au Sanatorium Bégin (Pelchat, 28 septembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Par un vote secret de 13 pour et 8 contre, les administrateurs ont opté pour l'hôpital de Beauceville pour ces services » (Pelchat, 28 septembre 1995, p. A3).
29 septembre 1995	400 personnes bloquent la route 277 à Lac Etchemin pendant quelques heures pour manifester leur mécontentement à la suite de la décision de la Régie régionale sur le transfert de la psychiatrie (Pelchat, 30 septembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette décision est un renversement politique et on ne l'accepte pas, a commenté le directeur-général du SAN » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « Neuf membres sur 23 au conseil d'administration de la Régie viennent

		<p>de la Beauce. Les Etchemins n'y ont aucun représentant » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « D'ailleurs, le message sur certaines pancartes étaient pour le moins explicites. Ainsi, on pouvait lire : Injustice. Le conseil d'administration de la Régie est infesté de rats Beaucerons » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « La perte de la psychiatrie à Lac-Etchemin risque fort d'entraîner la fermeture du Foyer de l'endroit et ceux de St-Magloire, Sainte-Justine et Saint-Prosper dans un avenir rapproché » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « Les gens des Etchemins n'ont toutefois pas lancé la serviette. Ils entendent multiplier les interventions pour sauver la psychiatrie » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « En outre, les dirigeants du «San» et du CLSC local ont décidé de boycotter les produits et services en provenance de la Beauce » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « Il est question d'une campagne de souscription pour payer les frais de transport ambulancier supplémentaires (56\$) pour se rendre à Lévis au lieu de St-Georges » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3). - « On n'écarte pas la possibilité de demander que les Etchemins soit rattachée à l'Hôtel-Dieu de Lévis au lieu de l'être avec le centre hospitalier de St-Georges. Cette décision aurait comme conséquence de réduire le nombre de lits de courte durée dans la Beauce » (Pelchat, 30 septembre 1995, p. A3).
Octobre 1995	Lac-Etchemin reçoit des appuis dans sa bataille pour conserver la psychiatrie.	<ul style="list-style-type: none"> - Du conseil municipal de Lévis (Pelchat, 4 octobre 1995). - Des préfets des MRC de Chaudière-Appalaches (Pelchat, 12 octobre 1995).
3 octobre 1995	La Coalition pour le maintien de la psychiatrie au Sanatorium Bégin organise un rassemblement pour informer la population des derniers développements (Pelchat, 3 octobre 1995).	
25 novembre 1995	Le CSLC du Lac-Etchemin, le Sanatorium Bégin et le regroupement des centres d'accueil et des foyers de la MRC demandent que l'on entérine leur fusion (Pelchat, 25 novembre 1995).	

1995-1996	Institution légale du CRATCA (Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes de Chaudière-Appalaches) (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004).	- « L'organisation des services de réadaptation en toxicomanie dans Chaudière-Appalaches tire son origine de l'initiative des établissements du territoire de Beauce-Etchemins. L'institution légale du CRATCA date de 1995-1996, de l'époque du plan de transformation, époque à laquelle le Ministre en a confié la mission au CHSLD de Beauce (relève d'une instance à portée locale) » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 31).
10 janvier 1996	On évoque un risque de fermeture de l'hôpital de Beauceville (Pelchat, 10 janvier 1996).	- « À Beauceville, on souhaite plutôt qu'il y ait une fusion entre les deux établissements situés à moins de 20 km l'un de l'autre et que l'on continue à dispenser des services médicaux spécialisés à Beauceville au lieu d'agrandir à St-Georges » (Pelchat, 10 janvier 1996, p. A5).
15 janvier 1996	5000 personnes manifestent leur solidarité au Centre hospitalier de Beauceville lors d'une journée porte ouverte (Pelchat, 15 janvier 1996).	
24 janvier 1996	Le Centre hospitalier de Beauceville sera fermé et transformé en centre d'accueil pour personnes âgées (Pelchat, 24 janvier 1996b)	- « Le Ministre Rochon dit non à une proposition de fusion entre les deux CH; - D'ici 2 ans les services médicaux et équipements spécialisés de l'hôpital seront transférés au centre hospitalier de St-Georges; - Un service d'urgence sera maintenu à Beauceville, fort probablement au CLSC » (Pelchat, 24 janvier 1996a, p. A3). - « Le CH de St-Georges récupérera une partie des lits (n=25) de soins psychiatriques du Sanatorium Bégin de Lac-Etchemin. Il s'agit de lits réservés aux patients pour des soins de courte durée. Le transfert se fera de manière progressive d'ici 5 ans » (Pelchat, 24 janvier 1996a, p. A3). - « Le Sanatorium Bégin conserve les 25 lits pour les soins psychiatriques de plus longue durée (entre 1 et 6 mois) » (Pelchat, 24 janvier 1996a, p. A3).
24 janvier 1996	Le Ministre Rochon revient sur une décision du conseil d'administration de la Régie régionale qui prévoyait le transfert de la psychiatrie de Lac-Etchemin à Beauceville (Pelchat, 24 janvier 1996b).	- « Il y a un délai de cinq ans pour le transfert de la courte durée et une nouvelle catégorie de lits de longue durée qui demeurent au Sanatorium Bégin » (Pelchat, 24 janvier 1996b, p. A5).
30 janvier	Appel à la bombe au Centre hospitalier Saint-Georges de	- 2 ^e alerte en moins d'une semaine depuis l'annonce du Ministre Rochon

1996	Beauce (Dallaire, 30 janvier 1996).	(Dallaire, 30 janvier 1996).
15 mars 1996	La RRSSS de CA donne son appui à un projet de fusion de centres d'accueil dans la Beauce (Pelchat, 16 mars 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - Le Foyer de Saint-Georges, l'Accueil de ville Saint-Georges, le centre d'accueil de Saint-Honoré, le Foyer de St-Gédéon, le Pavillon Notre-Dame à la Guadeloupe, le Foyer Mgr Roy de Saint-Joseph et la Villa St-Odilon seront dirigés par un seul conseil d'administration (Pelchat, 16 mars 1996).
1er avril 1996	Création des CHSLD de Beauce (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004o).	<p>Issu de la fusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHSLD Beauce-Sartigan - Villa St-Odilon - Foyer MGR Roy
21 juin 1996	Abolition de 263 postes au Centre hospitalier Beauce-Etchemins (Dallaire, 21 juin 1996).	
22 juillet 1996	Création des CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins.	<p>Issu de la fusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CLSC des Etchemins - Foyer St-Magloire - Foyer du Lac-Etchemin - Pavillon de l'Hospitalité - Corporation du Foyer Ste-Justine - Sanatorium Bégin
1er novembre 1996	Création du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches et CHSLD de Beauce (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).	<p>Issu de la fusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les CHSLD de Beauce - Le Centre hospitalier de Beauceville
4 novembre 1996	Déficit appréhendé de 4,7M\$ au Centre hospitalier Beauce-Etchemins (Dallaire, 4 novembre 1996).	
6 novembre 1996	La fusion des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) de Beauce et du Centre hospitalier de Beauceville est maintenant officielle (Dallaire, 6 novembre 1996).	
18 novembre 1996	Le service d'urgence du Centre hospitalier de Beauceville est remplacé par un service de garde médicale pour les cas mineurs (Dallaire, 13 novembre 1996).	
Mars 1997	Travaux de rénovation de 19 M\$ au CHBE (Dallaire, 13 mars 1997).	
Mai 1997	Pour consolider deux buanderies (Beauceville et Montmagny), la RRSSS-CA en ferme deux (Thetford-Mines et Lac-	

	Etchemin) (Giguère, 10 mai 1997).	
20 mai 1997	Coupure de 159 lits d'hébergement de longue durée dans la Beauce et les Etchemins (Dallaire, 20 mai 1997).	- 85 lits dans le secteur de la Beauce et 75 lits dans celui des Etchemins.
Juin 1997	Coupure de 28 lits au CHBE (Dallaire, 10 juin 1997).	- « Depuis l'intégration de l'ensemble des services de courte durée en santé physique et mentale entre Beauceville, Saint-Georges et le Sanatorium Bégin, le nombre de lits est passé de 259 à 170 » (Dallaire, 10 juin 1997, p. A4).
13 septembre 1997	Coupure du service de garde médicale à Beauceville faute de médecins (Dallaire, 13 septembre 1997).	
21 septembre 1997	Déficit anticipé de 1,8M\$ pour le CHBE en plus des 3 M\$ dus à la réorganisation (Dallaire, 21 septembre 1997).	
Novembre 1997	Fermeture du service de buanderie à Lac-Etchemin (Pelchat, 11 décembre 1997).	
Avril 1998	Le Centre de santé des Etchemins inaugure son urgence de 1 ^{re} ligne (Inconnu, 27 avril 1998).	
10 février 1999	Dépôt du «Plan de consolidation» 1999-2002 par la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999).	<p><u>Santé mentale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les résultats de la transformation démontrent que, dans le domaine de la santé mentale, le rapprochement des services dans la communauté a bel et bien été pris en Chaudière-Appalaches. Les objectifs du plan de transformation ont été atteints aussi en ce qui concerne les aspects financiers (transfert de ressources) et organisationnels (actualisation du PROS) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 54). - « Mesure de consolidation : diminuer le nombre de lits en longue durée de manière à atteindre la norme de 0,13/1000 pour obtenir un total de 50 lits et en maintenir la gestion par les CLSC et CHLD de la MRC des Etchemins » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 59). <p><u>Déficiência intellectuelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mesure de consolidation : procéder à l'actualisation du plan prévoyant l'intégration dans la communauté de 20 des 35 bénéficiaires du CLSC et

		CHSLD de la MRC des Etchemins qui souhaitent vivre en milieu autre qu'institutionnel » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999, p. 84)
1 Mai 1999	Projet d'agrandissement du Pavillon Notre-Dame à La Guadeloupe et de construction d'un nouveau centre d'hébergement à Saint-Georges pour remplacer les deux foyers existants (Dallaire, 1 mai 1999).	
21 juillet 1999	La MRC des Etchemins revendiquera d'être reconnue comme une région éloignée pour solutionner son problème de pénurie de médecins (Dallaire, 21 juillet 1999).	
Août 1999	Le groupe CGI est embauché par le Centre de santé des Etchemins pour trouver des solutions à la pénurie de médecins qui sévit dans le territoire depuis des mois (Saint-Pierre, 17 août 1999).	
15 septembre 1999	Fermeture de la garde médicale au CLSC Beauce-Centre faute de médecins (Dallaire, 15 septembre 1999).	
25 septembre 1999	Le Centre de santé procède à la fermeture temporaire de six des sept bureaux-villages du territoire en raison d'une pénurie d'effectifs médicaux (Dallaire, 25 septembre 1999).	
Novembre 1999	Le CHBE reçoit 350 000\$ pour désengorger son urgence (Dallaire, 13 novembre 1999).	- Ajout de 22 lits d'appoint
Décembre 1999	Le centre hospitalier de Beauce-Etchemins s'achemine vers un déficit de 4,2M\$ (St-Pierre, 20 novembre 1999).	
13 juin 2000	Le CLSC de La Guadeloupe change de nom pour devenir le CLSC Beauce-Sartigan (Dallaire, 13 juin 2000).	- Le siège social demeurera à La Guadeloupe et le CLSC exploitera toujours un point de services à St-Martin et un autre à St-Gédéon.
27 juin 2000	Le président des CHSLD de Beauce dénonce, lors d'une conférence de presse, le sort des personnes âgées du territoire en raison du sous-financement (Dallaire, 27 juin 2000).	
Septembre 2000	Le CHBE perd 4 spécialistes en 1 mois (Dallaire, 7 septembre 2000).	
Février 2001	Tenues d'assemblées publiques dans la MRC des Etchemins pour débattre de la pénurie de médecins (Dallaire, 21 février 2001).	

	2001).	
2002	Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins sont renommés Centre de santé des Etchemins (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 2011b).	
Juillet 2002	Un médecin du Centre de santé des Etchemins estime que l'ouverture la nuit du service d'urgence n'a plus sa raison d'être (Lemieux, 31 juillet 2002).	
20 décembre 2002	Mort de Shirley Gagnon d'une pneumonie au CHBE (Benjamin, 3 février 2006).	
Février 2003	Dépôt d'une plainte par les parents d'une personne hébergée au Pavillon Notre-Dame de La Guadeloupe. 7 employés immédiatement suspendus (Dallaire, 14 août 2003).	
Février 2003	Démission du directeur général du CRATCA et CHSLD de Beauce (Dallaire, 5 mars 2003).	
21 février 2003	Un intérim est nommé au CRATCA-CHSLD de Beauce (Dallaire, 6 mars 2003)	
23 février 2003	Le Centre de santé des Etchemins présente ses perspectives d'avenir (Centre de santé des Etchemins, 26 février 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - « Constante pénurie d'effectifs médicaux – état de crise; - Abandon du service de traumatologie à notre urgence de premier niveau; - Nous avons défendu et clarifié la place du Centre de santé des Etchemins dans le domaine de la santé mentale [...]; - Nous avons dû, à ce moment, nous débrouiller, sans toujours pouvoir compter sur certains appuis majeurs à l'intérieur même de notre organisation (psychiatres et CMDP), lesquels appuis auraient d'autant plus facilité le maintien de notre crédibilité régionale; - L'obligation de l'équilibre budgétaire a aussi créé, depuis 3 ans, une constante pression sur notre système de gestion; - Nécessité d'accroître notre positionnement local, territorial et régional dans le domaine de la santé mentale » (Centre de santé des Etchemins, 26 février 2003).
5 mars 2003	Désistement du directeur général du CHSLD à l'investiture du Parti Québécois dans Beauce-Sud (Dallaire, 5 mars 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - « Pour aucune considération je ne veux qu'un doute subsiste quant à la qualité des soins dispensés dans les centres d'hébergement de soins de longue durée de Beauce. Ici, c'est tolérance zéro! Point final! Pas question non plus d'aller en politique alors que des allégations, des

		<p>rumeurs peuvent planer » (Dallaire, 5 mars 2003, p. A9).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « [...] ne veut qu'aucun blâme, aucun doute sur sa gestion ne mine ni sa crédibilité, ni celle de l'organisation des CHSLD, pas plus que celle du parti qu'il représenterait alors » (Dallaire, 5 mars 2003, p. A9).
2 avril 2003	L'ex-directeur du CLSC de La Guadeloupe, est candidat de l'ADQ dans Beauce-Sud (Dallaire, 2 avril 2003).	
Juin 2003	Ouverture de l'enquête de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse relativement aux allégations au Pavillon Notre-Dame de La Guadeloupe (Dallaire, 14 août 2003).	
14 août 2003	La direction des CHSLD de Beauce congédie trois employés et en suspend temporairement deux autres au Pavillon Notre-Dame de La Guadeloupe (Dallaire, 14 août 2003).	<ul style="list-style-type: none"> - « Trois employés congédiés en raison d'un manque de respect envers les personnes âgées et d'attitudes inadéquates à leur endroit » (Dallaire, 14 août 2003, p. A3). - « Aucun élément de l'enquête ne démontre que les administrateurs de l'époque étaient informés de l'ensemble de ces circonstances, sinon la direction aurait agi » (Dallaire, 14 août 2003, p. A3).
Octobre 2003	Le scénario de fermeture de l'urgence du Centre de santé des Etchemins est à l'étude par la RRSSS-CA (Ricard-Châtelain, 29 octobre 2003).	
22 décembre 2003	Adoption d'une résolution du conseil d'administration du Centre de santé des Etchemins (No 03-931) (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).	<p>« Il est résolu à l'unanimité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que le Centre de santé des Etchemins accorde son appui aux objectifs ministériels visant à améliorer les services cliniques aux usagers; - Que le Centre de santé des Etchemins, en partenariat avec les autres établissements de la sous-région, développe un modèle de réseau local de santé et de services psychosociaux de première ligne [...]; - Que le législateur reconnaisse qu'à travers le Québec, et en l'occurrence dans la sous-région de Beauce-Etchemins, les établissements de 1^{re} ligne et leurs partenaires ont développé des projets de services intégrés qui sont fonctionnels et efficaces et que ceux-ci sont réalisés sans fusion forcée; - Que le Centre de santé des Etchemins dise NON aux fusions forcées des établissements de première ligne avec un ou des centres hospitaliers régionaux; - Qu'une demande soit acheminée à chaque conseil d'administration des

		<p>établissements de la région de Chaudière-Appalaches, afin d'exprimer clairement au législateur notre intérêt de mettre en place une structure favorisant une plus grande complémentarité entre les établissements de première ligne et de deuxième ligne en respectant les cinq conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le territoire du réseau local de services doit être à dimension humaine - Il doit y avoir une participation des citoyens aux prises de décisions - Toute réorganisation efficace de la 1^{re} ligne doit être basée sur un projet clinique porté par les professionnels - Il est essentiel que les médecins fassent partie de l'organisation des RLS - Que les services de première ligne ne soient pas subordonnés aux services spécialisés » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, pp. 57-58).
Janvier 2004	Travaux préparatoires à la mise en place des RLS (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40)	
18 février 2004	Adoption, par le conseil d'administration du <i>Cadre de référence sur le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches</i> (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 7).	<p>« Devraient être exclus des discussions sur la création des RLS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le programme 12 de traitement actif de longue durée psychiatrique déployé au Centre de santé des Etchemins; - L'hébergement de longue durée psychiatrique déployé par le Centre de santé des Etchemins; - La gestion et l'administration des ressources de type familial déployées par le Centre de santé des Etchemins; - L'Info-Santé régional déployé par le CLSC Beauce-Centre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 28). <p>Concernant le CRATCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - «On comprendra dans ce cas-ci que le volet CHSLD a toujours pris le dessus sur le volet CRAT compte tenu de son poids relatif. [...] L'Agence entend proposer au Ministre, dans le cadre de la création de l'instance locale du RLS Beauce-Etchemin, une formule permettant l'une ou l'autre des hypothèses suivantes : de confier la gestion et l'administration du

		CRATCA à un établissement à vocation régionale; ou de confier la gestion et l'administration à l'instance locale du RLS Beauce-Etchemin » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 32).
19 février 2004	Lancement des consultations sur les modèles des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les territoires de concertation de l'Amiante, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet et du Littoral constituent, depuis plus de 20 ans, une référence, un point d'ancrage pour l'organisation des services, et ce, avant même la mise en place de la Régie régionale. Cette organisation territoriale s'est accélérée au cours des 10 dernières années. On peut mentionner, à titre d'exemples, les services de santé physique (centre hospitaliers), les soins respiratoires à domicile, la pédopsychiatrie, la santé mentale adulte et les services du centre de réadaptation en déficience physique. Ces territoires de concertation historiques sont utilisés comme référentiel dans le modèle de réseaux locaux soumis à la consultation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004). - « 4 territoires de concertation constituant depuis plus de vingt ans, une référence lorsqu'il a été nécessaire d'organiser des services sur une base de masse critique de population plus large que celle d'une MRC » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004).
23 mars 2004	Consultation de la Conférence régionale des élus (par territoire de RLS), des focus group de la population et des CII, CM, CMDP, CSF par territoire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « Élus de la CRÉ en accord à l'exception du maire de la municipalité de Lac Etchemin. - Focus groups de la population en accord mais s'inquiète au regard des besoins locaux. - Le CI, CM, CMDP sont en accord mais demandent de conserver un offre de services déconcentrés et désirent être impliqués dans le projet clinique » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 38).
26 mars 2004	Dépôt d'un avis de l'équipe médicale du Centre de santé des Etchemins (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La collaboration [avec la Beauce] nous apparaît être excellente et ce, même s'il n'y avait pas de regroupement d'établissements.

		<p>Craintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le projet médical du Centre de santé des Etchemins s'inspire du projet médical en CLSC à l'intérieur duquel nous faisons la promotion d'une pratique de médecins familiale polyvalente auprès de clientèles indifférenciées, tout en ayant développé pour certains de nos médecins certaines pointes d'expertise; - L'autre élément qui nous distingue est notre mission d'enseignement; - Les médecins du Centre de santé des Etchemins exercent une influence certaine au niveau des différents niveaux administratifs et ont la pleine autonomie de la gestion des affaires médicales » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 66). - « Nous constatons que la mise en place du Réseau local de santé et de services sociaux Beauce-Etchemins entraînera des modifications importantes dans la structure médico-administrative : un CMDP unique regroupant des médecins oeuvrant davantage en 2^e ligne [...] Nous ne pouvons y voir qu'un affaiblissement du leadership des médecins de première ligne au sein d'une organisation dont la plus grande partie de son budget et de ses activités est de deuxième ligne; - Se retrouver dans un plus grand ensemble menace cette identité et cette appartenance propres au milieu médical des Etchemins » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 67). - « Le respect intégral, au moment de la fusion des établissements, des privilèges des médecins du Centre de santé des Etchemins doit être assuré » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 68). - « La mission communautaire d'un établissement de première ligne doit constamment être mise de l'avant » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 69). <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Nous adhérons aux objectifs de la Loi 25, mais nous sommes d'avis que pour notre territoire, ce regroupement d'établissements nous apparaît superflu, compte tenu des acquis des dernières années; - Cependant, devant ce passage obligé vers les RLS, nous tenons à manifester notre désir d'être partie prenante aux discussions et sommes
--	--	--

		dans l'attente de pouvoir discuter de nos préoccupations et de nos attentes dans la mise en place de ces réseaux locaux et instances locales » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 70).
17 avril 2004	Neuf des douze maires de la table du conseil de la MRC des Etchemins s'opposent au regroupement du Centre de santé des Etchemins au RLS Beauce-Etchemin (Inconnu, 17 avril 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Supporteurs : Sainte-Rose, St-Prosper et Ste-Aurélie - L'adoption de cette résolution des maires a donné lieu à des échanges scabreux.
19 avril 2004	3 maires des Etchemins rencontrent le conseil d'administration du Centre de santé des Etchemins (Inconnu, 17 avril 2004).	
21 avril 2004	Adoption du modèle régional par le conseil d'administration de l'Agence (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « La très grande majorité des personnes et des instances consultées se sont montrées en accord avec la proposition de quatre RLSSS. Dans tous les territoires, les citoyens consultés se sont dits d'accord avec le modèle proposé. Le Forum de la population a également déposé au conseil d'administration un avis favorable » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004). - « Propose 4 RLSSSS modelés sur les bassins de desserte des centres hospitaliers constituent une référence territoriale conforme aux plans régionaux d'organisation des services déployés au cours des 10 dernières années » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 2). - « Le modèle d'organisation des services en RLS a le mérite de recevoir une importante adhésion et a pour effet, dans le cas des RLSSSS de l'Amiante, de Montmagny-L'Islet et de Beauce-Etchemins, d'intégrer sur une même plate-forme un continuum de services de première et deuxième lignes qui, au demeurant, pourra offrir une gamme complète de services aux populations des territoires que de tels RLSSSS devront desservir » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 2). <p>Conditions de réussite :</p> <ul style="list-style-type: none"> o «La principale condition gagnante réside dans la participation active des

		<p>cliniciens à l'élaboration d'un projet clinique centré sur les besoins des clientèles;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les gestionnaires des instances locales et les directions des ressources humaines seront appelées à jouer un rôle stratégique dans la mobilisation du personnel et dans la gestion du changement » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 4). - « La proposition de la création de quatre RLSSSS dans Chaudière-Appalaches reçoit une adhésion importante même si quelques acteurs se sont dits contre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 4).
21 avril 2004	L'Agence dépose sa proposition de modèle d'organisation des réseaux locaux. Elle propose la création du RLS de Beauce-Etchemins (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a).	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition de regrouper 3 MRC : Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et Etchemins (soit 39 municipalités et 86200 personnes). <p>Justification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les objectifs poursuivis par la mise sur pied des réseaux locaux de services sont endossés par les établissements dans le territoire de Beauce-Etchemins. [...] La délimitation territoriale pour la constitution du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSS) Beauce-Etchemins respecte la majorité des différentes frontières administratives : celles des MRC, des centres locaux d'emploi (CLE), des centres locaux de développement (CLD), de la Commission scolaire Beauce-Etchemins et des territoires de services de la Sûreté du Québec. Le territoire est enfin conforme aux zones de transport ambulancier [...]. La création de l'instance Beauce-Etchemins par la fusion de cinq établissements repose sur le respect des habitudes de consommation de services de la population » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 25). <p>Consommation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les données d'utilisation 2002-2003 montrent que 73,7% de la population des trois MRC vient chercher ses services de soins

		<p>hospitaliers au Centre hospitalier Beauce-Etchemin (80,9% pour la MRC Beauce-Sartigan; 62,3% pour la MRC Robert-Cliche; et 66,2% pour la MRC des Etchemins). Il est à noter qu'une partie de la population (17,2%) consulte dans la région de Québec. Le taux de rétention du CLSC Beauce-Centre est de 92,4%, celui du centre de santé des Etchemins de 91,7% et du CLSC Beauce-Sartigan de 81,4% » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 26).</p> <p>Instance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'instance locale Beauce-Etchemins sera composée du CHBE, du volet CHSLD du CRATCA et CHSLD de Beauce, du CLSC Beauce-Sartigan, du CLSC Beauce-Centre et du Centre de santé des Etchemins (CSE). L'instance comptera 423 lits de longue durée en établissements publics, 117 lits de courte durée en santé physique et 25 lits de courte durée psychiatrique. L'instance comptera 81 omnipraticiens et 39 spécialistes » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 26). - « 2263 employés (1889 ETC) rattachés à 59 accréditations syndicales distinctes. Disposera d'un budget brut de 11,5M\$ dont 15,3M\$ sont imputés aux mandats régionaux. Au 31 mars 2003, l'instance a un solde négatif de 5,6M\$ dû aux activités hospitalières et à celles d'hébergement et de soins de longue durée » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 29). - « La mise en place d'un réseau local de services en Beauce-Etchemins prévoit l'intégration, au sein de la nouvelle instance, de quatre mandats régionaux qui représenteront un peu plus de 10% du budget de la future instance : Programme RTF adulte, programme traitement actif et de stabilisation en santé mentale, programme hébergement de longue durée psychiatrique, programme info-santé. Le conseil d'administration de l'Agence [...] a établi que les modalités de déploiement des mandats
--	--	---

		<p>régionaux n'étaient pas remises en question lors de la mise en place des instances locales (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a). Elle prévoit que durant l'année 2004-2005, l'on procède à un réexamen des mandats compte-tenu de la configuration anticipée » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 32).</p> <p>Concernant la mission en toxicomanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'Agence est d'avis qu'il y a lieu de protéger la mission de réadaptation. - L'Agence recommande au Ministre de maintenir le statut juridique autonome pour le CRATCA et de maintenir un conseil d'administration dédié à la mission réadaptation. De plus, la Loi sur les agences de développement ne prévoit pas la possibilité d'inclure un établissement à vocation régionale dans une instance locale » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 35). - « Par ailleurs, l'Agence s'attendra de l'établissement qu'il procède à une cession partielle de ses activités autres que la réadaptation en toxicomanie en faveur de l'instance Beauce-Etchemins; qu'il impartisse l'administration et la gestion des ressources humaines, financières, matérielles de l'établissement en incluant le partage de la direction-générale; qu'il maintienne ses collaborations et ententes avec les partenaires; qu'il revoie son offre de service en considération de la création de 4 RLS; qu'il maintienne une prestation de services déconcentrée; qu'il maintienne sur le site de l'instance locale Beauce-Etchemins, des services de désintoxication et de réinsertion sociale » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 35). - « L'enjeu est de préserver la mission distincte en toxicomanie au niveau régional tout en minimisant les coûts administratifs » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 35).
21 avril	Un regroupement de 175 citoyens des Etchemins ont	- « Le maire de Lac-Etchemin réclamait que les plans de l'Agence soient

2004	manifesté lors de la rencontre du CA de l'Agence (Ricard-Châtelain, 23 avril 2004).	révisés pour que les réseaux gardent une dimension humaine. La population et la communauté médicale de tout son secteur seraient derrière lui » (Ricard-Châtelain, 23 avril 2004, p. A6).
27 avril 2004	Les intervenants socio-économiques des Etchemins reçoivent l'appui de Bernard Landry (Inconnu, 15 mai 2004).	
30 avril 2004	Dépôt de la proposition du Ministre (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 5).	
12 mai 2004	Adoption d'une résolution de la MRC des Etchemins concernant le Centre de santé des Etchemins (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Considérant que la population des Etchemins, parce qu'elle vit essentiellement en milieu rural, s'identifie peu aux populations des autres territoires qui vivent majoritairement en milieu urbanisé, et que la proposition actuelle basée sur un modèle supra local (3 MRC) contrait à la fois l'expression des particularités rurales et des particularités urbaines [...]; - Considérant qu'un processus de dévitalisation socio-économique est observé au cours des dernières années et que la confirmation d'un réseau local de services est un gage pour le soutien des efforts consacrés à la revitalisation de chacune des petites communautés locales; - Il est appuyé et résolu qu'on demande au ministre de la santé et des services sociaux de modifier la proposition de l'Agence de Chaudière-Appalaches en reconnaissant un cinquième réseau local de services de santé et de services sociaux pour le territoire de la MRC des Etchemins [...] » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 60).
17 mai 2004	Adoption d'une résolution (no 04-983) du conseil d'administration du Centre de santé des Etchemins (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Considérant que l'article 32 de la loi permet au ministre d'approuver les propositions des Agences, avec ou sans modifications; [...] - Considérant [...] qu'on s'est prévalu [ailleurs au Québec] de la disposition de l'article 26 de la Loi qui permet de créer un réseau local de services sans inclure un Centre hospitalier; [...] - Considérant que dès l'adoption de la Loi, par résolutions officielles et à d'autres reprises, nous avons signifié à l'Agence nos réticences quant à la création d'une structure de grande taille et nos désirs de contribuer à l'élaboration de différentes hypothèses susceptibles de rencontrer de

		<p>façon optimale les objectifs de la Loi; [...]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considérant que dans les Etchemins, nous avons développé, depuis 10 ans, une pratique de réseau intégré de services, suite à la fusion dans un premier temps, des CHSLD du territoire avec le Centre hospitalier Sanatorium Bégin et, dans un second temps, en fusionnant le CLSC des Etchemins pour créer le Centre de santé des Etchemins; [...] - On demande au Ministre de la santé et des services sociaux de modifier la proposition de l'Agence de Chaudière-Appalaches en reconnaissant un cinquième réseau local de services de santé et de services sociaux pour le territoire de la MRC des Etchemins » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, pp. 5-7).
20 mai 2004	Résolution du conseil d'administration du Centre local de développement des Etchemins demandant au ministre de reconnaître un 5 ^e RLS pour Chaudière-Appalaches (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, pp. 61-62).	
21 mai 2004	Dépôt du document «Proposition pour une composante rurale aux RLS de Chaudière-Appalaches» par le Centre de santé des Etchemins (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004).	<p>Lettre adressée au Ministre Couillard :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Or, en Chaudière-Appalaches, dès le début de l'important processus de consultation et de restructuration, notre établissement s'est carrément positionné en faveur des objectifs poursuivis par la loi, mais contre l'utilisation forcée des fusions comme moyen réaliste d'en concrétiser les objectifs » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 3). - « Notre prétention de pouvoir exploiter un réseau local de services de santé et de services sociaux dans Les Etchemins, se base sur des expériences positives et constructives de partenariat développées au cours des années, et ce, sans fusion forcée des établissements » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 4). <p>Introduction</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Notre croyance est à l'effet que la construction d'un réseau de services doit prendre assise sur les activités et services de première ligne; que la proximité du milieu de vie est un facteur déterminant pour soutenir l'état de santé de la population [...]; - Enfin, les changements structurels et opérationnels qui ont été faits depuis 10 ans [...] nous ont permis de développer et de s'approprier une

		<p>pratique d'intervention «réseau» en collaboration étroite avec toutes les organisations institutionnelles, communautaires et privées » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 8).</p> <p>Conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Qu'on nous confie le défi d'un projet pilote d'un RLS rural avec une vision pouvant aller jusqu'à l'intégration intersectoriel (MRC, éducation, santé) à titre de projet innovateur. Cette intégration des structures intersectorielles pourrait nous aider à garantir la pérennité et l'évolution du modèle retenu » (Centre de santé des Etchemins, 21 mai 2004, p. 29).
21 juin 2004	Création officielle des 5 RLS de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005c, p. 6).	
23 juin 2004	Le Ministre Couillard annonce la création de 5 RLS dans la région de Chaudière-Appalaches (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - L'Hôtel-Dieu de Lévis n'est pas inclus dans aucun établissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004). - « Le ministre Couillard a voulu tenir compte des préoccupations de chaque milieu. C'est notamment pourquoi il a favorisé la constitution d'un réseau local distinct pour Lac-Etchemin et les environs, tout en maintenant les impératifs de collaboration et de responsabilité populationnelle qui sont au cœur de la démarche entreprise par notre gouvernement » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).
23 juin 2004	Tenue d'un point de presse de la députée Dominique Vien au Centre de santé des Etchemins (Lamontagne, 3 juillet 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Mme Vien indique qu'elle connaît la décision du ministre depuis le 8 juin et qu'elle en a informé le centre de santé le 11 juin; - Mme Vien a mentionné que les lendemains de cette décision devront être gérés avec délicatesse et doigté afin de permettre à la région de poursuivre et développer de nouveaux partenariats avec les autres régions locales, notamment les Beaucerons » (Lamontagne, 3 juillet 2004).
6 juillet 2004	Émission des lettres patentes du CSSS de Beauce qui regroupe le Centre hospitalier Beauce-Etchemin, le CLSC Beauce-Sartigan, le CLSC Beauce-Centre, et le CRATCA et	<ul style="list-style-type: none"> - Nomination des membres du conseil d'administration provisoire. - « En ce qui concerne le Centre de santé des Etchemins, compte tenu qu'il n'y a aucune fusion d'établissement, le conseil d'administration

	CHSLD de Beauce (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).	actuel reste en place et continue le travail déjà amorcé » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).
14 juillet 2004	1 ^{re} séance publique du conseil d'administration (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).	
2005	Le CSSS de Beauce et le CSSS des Etchemins se voient reconnaître une UMF (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005c).	
Janvier 2005	Le CSSS de Beauce entreprend une vaste campagne de consultation (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 1).	<ul style="list-style-type: none"> - « Des rencontres ont eu lieu dans les 26 municipalités constituant le territoire local. Ces rencontres ont permis aux représentants du CSSS de Beauce de recueillir l'opinion des représentants de ces municipalités sur les services actuels, leurs attentes et leurs priorités en matière de soins et services sociaux et de santé » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 1).
Février 2005	Lancement du projet clinique du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005b).	<ul style="list-style-type: none"> - Février à avril 2005 : Évaluation des besoins de la population et analyse de la réalité socio-démographique locale - Février à septembre 2005 : Préparation des outils qui permettront aux équipes chantiers de remplir leur mandat - Octobre-décembre 2005 : Travaux des équipe chantiers - Janvier-Février 2006 : Conception du projet clinique - Mars 2006 : Dépôt du projet clinique et organisationnel à l'Agence (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005b).
Mars 2005	Le rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est remis au CSSSB (Inconnu, 1 novembre 2006b).	
Avril 2005	Le CSSSB dépose un plan d'action pour répondre aux recommandations de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (Inconnu, 1 novembre 2006b).	
Avril 2005	Le service Info-Santé du CSSS de Beauce devient le seul à desservir le grand territoire de Chaudière-Appalaches (24/7) (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p.	

	12).	
Mai 2005	Le CA de l'ASSS de Chaudière-Appalaches approuve le modèle d'organisation des programmes régionaux de longue durée psychiatrique et de traitement de moyenne durée pour la région (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005b).	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redéployer le service de traitement de moyenne durée dans 2 sites (HDL et CSSS de Beauce). - Maintenir le mandat régional d'hébergement de longue durée (50 lits) au CSSS des Etchemins. - Ajouter 5 lits de longue durée au CSSS des Etchemins pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle associée à un problème de santé mentale (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005b).
Juin 2005	Dépôt du rapport annuel de gestion 2004-2005 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a).	<ul style="list-style-type: none"> - « La structure organisationnelle s'est mise en place en adoptant une approche par programme clientèle; - La liste d'attente pour le placement des personnes âgées est passée de 69 à 15 » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 2). <p>Programme santé physique et sociale générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Est né du regroupement des services d'urgence, de médecine de jour, de la garde médicale à Beauceville, des services courants, des CLSC et des services diagnostiques » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 8). <p>Santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2004-2005 a été marquée principalement par l'implantation du suivi systématique de la clientèle atteinte de schizophrénie » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 10). - « Au niveau de ce programme, on remarque une utilisation importante de l'ensemble des services par la clientèle. Il reste donc encore beaucoup de travail à faire avant de réduire l'utilisation des services telle l'urgence et l'hospitalisation au profit d'une plus grande utilisation des services de première ligne et communautaires » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 10). <p>Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les équipes ont débuté la démarche approche milieu de vie » (Centre

		<p>de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 11).</p> <p>CRATCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les services sont accessibles dans vingt-huit points de services répartis sur l'ensemble du territoire » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 13). <p>Situation financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Depuis 2004-2005, un plan sur trois ans a été établi avec l'Agence afin de ramener à zéro le déficit courant » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 19).
Juillet 2005	Ouverture d'un programme complet de formation en médecine familiale dans la région (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2005a, p. 25).	
30 septembre 2005	Cession partielle d'activités du CSSS de Beauce au CRATCA. Le CRATCA reçoit ses lettres patentes (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005a).	
3 novembre 2005	Le CSSS des Etchemins obtient son agrément du Conseil québécois d'agrément (D'Anjou, 3 novembre 2005).	
Décembre 2005	Le CSSS des Etchemins obtient son agrément du Conseil québécois d'agrément (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005a).	
Janvier 2006	Début de l'enquête du coroner sur le décès de Shirley Gagnon en décembre 2002 au CHBE (Benjamin, 3 février 2006).	
7 février 2006	Inauguration du service d'imagerie par résonance magnétique au Centre hospitalier du CSSSB (D'Anjou, 7 février 2006).	
8 mars 2006	Décision du CSSSB de fermer le Foyer MGR Roy (D'Anjou, 8 mars 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - Le CSSSB procède à la transition des vingt lits de soins de longue durée du Foyer Mgr-O-Roy de Saint-Joseph-de-Beauce et de 45 lits similaires de l'établissement de la Guadeloupe.
31 mai 2006	La présence d'un médecin à la garde médicale de Beauceville ne peut être assurée de façon régulière (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 31 mai 2006).	

<p>Juin 2006</p>	<p>Dépôt du rapport annuel de gestion 2005-2006 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Les volets promotion et prévention sont toujours une préoccupation du CSSSB et chacun des programmes s'assure d'offrir des activités en rapport avec les préoccupations de la population et les connaissances développées par la santé publique » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 2). - « Au niveau administratif, soulignons l'impartition à terminer avec le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, le contrat avec le Centre de réadaptation en déficience physique, l'intégration financière à partir des anciennes entités » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 2). <p>Famille-Enfance-Jeunesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Certains services de pédopsychiatrie seront transférés de la 2^e à la 1^{re} ligne » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 7). <p>Santé physique et sociale générale</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Une réorganisation est à prévoir dans différents secteurs au cours de la prochaine année, notamment au niveau du service d'accueil, évaluation et orientation et des mécanismes de liaison et de référence à les cliniques médicales, afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services à la clientèle; - En 2006, un premier GMF devrait voir le jour dans la MRC Beauce-Sartigan tandis que dans la MRC Robert-Cliche, l'organisation des services médicaux deviendra un dossier prioritaire; - Le programme entend aussi poursuivre l'implantation de services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques telles le diabète, les MPOC, l'insuffisance cardiaque; - L'urgence de l'hôpital est toujours très fréquentée et toutes les mesures sont prises pour en assurer le bon fonctionnement. Annonce du départ de 4 médecins » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 13). <p>Santé mentale/Déficience intellectuelle et dépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Il a été décidé de scinder le programme de traitement de moyenne
------------------	--	--

		<p>durée en psychiatrie en deux et de confier dix lits à l'Hôtel Dieu de Lévis et cinq lits au CSSSB qui a le mandat de desservir la clientèle de la Beauce, de l'Amiante et des Etchemins;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce comité d'experts a aussi recommandé la décentralisation dans chaque CSSS de la région de la supervision des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF). » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 22). <p>Personnes en perte d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le CSSSB a revu l'organisation de ses services aux personnes âgées et en perte d'autonomie : maintien des personnes le plus longtemps possible dans la communauté. - Des projets sont donc en cours dont la transformation de 65 places d'hébergement institutionnel pour répondre à la norme du ministère de 3 places d'hébergement par 100 personnes, la norme actuelle du CSSSB étant de 4,2 places/100 personnes » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 27). <p>Info-Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est le projet de réaménagement de la centrale régionale Info-Santé qui a mobilisé les énergies; - Depuis juin 2005, la centrale a la responsabilité du volet Urgence-Détresse auparavant dévolue aux Centres Jeunesse Chaudière-Appalaches » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2006, p. 32).
4 juillet 2006	Inauguration des nouvelles installations de la Centrale régionale Info-Santé (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 4 juillet 2006)	
19 octobre 2006	Tenu du premier Forum des partenaires du CSSS de Beauce (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 19 octobre 2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Annonce de la mise sur pied d'un conseil des partenaires.
23 octobre 2006	Élection des représentants de la population au conseil d'administration du CSSS. Les représentants pour la région de Beauce sont élus et ceux pour la région des Etchemins	

	sont élus sans concurrents (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 24 octobre 2006).	
31 octobre 2006	Communiqué de la Commission des droits de la personne et de la Jeunesse qui considère qu'il y a eu des situations d'exploitation de personnes âgées au CSSS de Beauce (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 31 octobre 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « Une enquête exhaustive [...] a conclu que des comportements inappropriés et des pratiques abusives envers des personnes âgées, hébergées dans quatre résidences de la Beauce constituaient de l'exploitation. » - « Exige le versement d'une somme totale de 159 700\$, visant le CSSSB et cinq membres de son personnel, au bénéfice de 13 résidents victimes d'exploitation aux personnes âgées victimes d'exploitation et d'atteinte à leurs droits fondamentaux. » - « La Commission a constaté plusieurs abus à l'égard de personnes âgées hébergées par l'établissement qui ont été causées par des comportements inacceptables de certains membres du personnel. Les pratiques de gestion et le contexte organisationnel ont été également examinés. » - « Comportements inappropriés ou pratiques abusives constatées : Manquements dans les soins quotidiens; Les personnes âgées étaient laissées dans leurs souillures; La contention chimique et physique a été appliquée, parfois sans le consentement des familles; erreurs au niveau de l'administration des médicaments; utilisation de tutoiements non désirés accompagnées de propos infantilisants. » - « L'enquête a également révélé que certains membres du personnel ont agi avec rudesse : coups de pied aux mollets, blessures infligées avec une fourchette, soulevé un bénéficiaire par le collet. » - « Des membres du personnel ont eu à l'endroit de plusieurs bénéficiaires un comportement infantilisant et humiliant, allant jusqu'à leur infliger des punitions. » - « En mars 2005, le CSSSB adoptait un plan d'action détaillé comprenant diverses mesures correctrices pour assurer des soins et services de qualité aux personnes hébergées : amélioration de la gestion des plaintes; meilleure évaluation du personnel; révision de la programmation et de l'organisation des services; adaptation des budgets; présentation d'un plan de rénovation. » - « Recommandations de la commission : verser 50,000\$ pour

		l'amélioration de la qualité de vie des résidents du Pavillon Notre-Dame de la Guadeloupe; afficher une politique de tolérance zéro face aux abus; encourager le personnel à prendre le temps de converser avec les bénéficiaires; se doter d'une politique d'embauche; limiter l'usage de la contention physique et chimique aux cas d'absolue nécessité; de mettre en place des moyens efficaces de contrôle lors de la distribution des médicaments; programme adapté de loisirs et d'activités » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 31 octobre 2006).
31 octobre 2006	Le CSSSB rappelle que des actions ont été entreprises dès 2003 pour mettre un terme aux événements survenus en 2002 dans les CHSLD de Beauce (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 31 octobre 2006).	
1 novembre 2006	La DG du CSSSB s'étonne de la sortie soudaine de la Commission des droits de la personne concernant des abus survenus dans certains centres d'hébergement en 2002 (Inconnu, 1 novembre 2006a).	- Indique que des mesures correctives ont été prises depuis longtemps.
2 novembre 2006	Le Soleil rapporte que les mauvais traitements subis par les bénéficiaires du Pavillon Notre-Dame duraient depuis avant 2002 (Bussièrès, 2 novembre 2006).	- Des employés faisaient régner un climat de terreur au pavillon.
Décembre 2006	Le CSSS des Etchemins a comme projet de relocaliser les activités du CLSC de Saint-Prospère au centre d'hébergement (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006).	
1 ^{er} décembre 2006	Le coroner conclut que le décès de Shirley Gagnon aurait pu être évité (Fleury, 1 décembre 2006).	
12 décembre 2006	Un centre d'hébergement de 40 places est construit à St-Georges (Parent, 12 décembre 2006).	
9 janvier 2007	L'hôpital de Beauceville sera transformé en centre de soins de longue durée accueillant des cas lourds (D'Anjou, 9 janvier 2007).	
21 février	Le CSSSB obtient son agrément (Centre de santé et de	

2007	services sociaux de Beauce, 21 février 2007).	
10 Mars 2007	L'hôpital du CSSSB se classe au 34 ^e rang de l'ensemble des hôpitaux de la province et au 8 ^e rang sur 18 dans la catégorie des hôpitaux qui desservent une population de 50 000 personnes et plus (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 10 mars 2007).	
Mai 2007	Dépôt des orientations stratégiques 2007-2010 du CSSSB.	<p>« Une des orientations stratégiques est d'adopter une approche populationnelle qui se traduira par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le passage d'une approche curative à une approche de santé globale. - L'intégration de la prévention/promotion dans le continuum de services. - La responsabilisation des personnes et des communautés dans le prévenir, guérir et soutenir. - La diffusion d'informations pertinentes pour que la population puisse se responsabiliser et faire des choix éclairés. - L'évaluation de la contribution des services au maintien et à l'amélioration de la santé de la population » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007b, p. 2).
Juin 2007	Dépôt du rapport annuel de gestion 2006-2007 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c).	<ul style="list-style-type: none"> - « Durant cette année, la 1^{re} planification triennale incluant le projet clinique a été réalisée. [et][...] l'établissement a vécu un 1^{er} processus d'agrément; - Comment décrire en peu de mots l'immense cohésion que notre organisation a dû mettre en place via les équipes chantiers de chacun des programmes; - Un des principaux problèmes vécus par le CSSSB encore cette année a été la pénurie de médecins dans plusieurs départements [...] et les recherches intensives pour trouver des médecins dépanneurs et éviter les ruptures de services » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 1). - « Le programme ayant vécu le plus de changements a été celui des personnes en perte d'autonomie. L'orientation a été de ramener la norme de 4,5 à 3 pour 100 personnes âgées de notre territoire.[...] Nous avons concentré nos services lourds au niveau de nos infrastructures situées à Beauceville et à St-Georges » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 2).

		<p>Santé physique et sociale générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Implantation d'un GMF à la clinique familiale de l'Est, Un 2^e GMF devrait voir le jour à St-Georges en 2007-2008 » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 12). - « Le service d'imagerie médicale était toujours aux prises avec une pénurie de radiologistes » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 13). <p>Personnes en perte d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les Centres d'hébergement de Saint-Joseph et de La Guadeloupe ont connu une transformation d'ordre administratif en partageant leur mission d'hébergement entre le privé et le public, incluant la création de lits en ressources intermédiaires. Ces transformations majeures ont pu se réaliser grâce au partenariat qui s'est développé entre le CSSSB, différents partenaires de la communauté et les municipalités concernées.; - C'est aussi en 2006-2007 que l'approche milieu de vie a connu son coup d'envoi » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 17). <p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'un des faits marquant de l'année a évidemment été la fusion des accréditations syndicales en novembre 2006 [...] et le remplacement des 52 employés des deux centres d'hébergement qui sont devenus des ressources privées » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 19). <p>Bilan des plaintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « En 2006-2007, l'accessibilité et la continuité des services, particulièrement à l'urgence et dans les services diagnostiques sont demeurés notre principal souci. - Malgré tout, les plaintes en lien avec l'accessibilité et la continuité des services ont diminué d'environ 50%. Nous attribuons ce phénomène à une meilleure information aux clients et à la sensibilisation du personnel et à l'importance de la communication et des relations avec les clients » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007c, p. 55).
11 juin	Mise en place d'un Centre ambulatoire pédiatrique et	

2007	pédopsychiatrique (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 11 juin 2007).	
Juillet 2007	Lancement du projet clinique et organisationnel 2007-2010 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a).	<p>Plan d'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structure mixte dont les fondements sont l'approche par programme-clientèle et l'approche matricielle - Gestion démocratique et participative supportée par des mécanismes de consultation formels (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a, pp. 12-13). <p>5 programmes clientèles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famille-Enfance-Jeunesse - Personnes en perte d'autonomie - Adultes avec un trouble d'adaptation - Santé physique et sociale générale - Santé physique et sociale spécialisée (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a, p. 20). <ul style="list-style-type: none"> - « Les activités de santé publique sont intégrés dans chaque programme-clientèle qui est responsable d'offrir tout la gamme de services à la clientèle à qui il s'adresse » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2007a, p. 22).
16 août 2007	Annonce d'investissements de 2,1 millions \$ dans les CHSLD du territoire (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 16 août 2007).	
10 septembre 2007	Un administrateur du CSSSB est destitué de ses fonctions pour non-respect du code d'éthique et de déontologie (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 10 septembre 2007).	
2008	Etchemins : Travaux associés aux recommandations de la curatelle publique en vue de procéder à la désinstitutionalisation d'un groupe d'usagers présentant des problématiques de déficience intellectuelle et en santé mentale (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009).	

2008	Beauce : Déploiement de places dans la communauté pour la clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale sévères et persistants (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009, p. 60).	
2008	Rapatriement du moyen séjour en psychiatrie de Lac-Etchemin au CHBE.	
22 janvier 2008	Entente hors cour confirmant la mise en œuvre de mesures assurant la protection des résidents dans les centres d'hébergement survient entre la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et le CSSSB (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 22 janvier 2008).	
26 janvier 2008	Une coopérative de soins de santé verra le jour dans le MRC Robert-Cliche (Dufour, 26 janvier 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette coop santé deviendra la première au Québec à opérer à l'échelle de toute une MRC, car elle regroupera en son sein la majorité des médecins qui travaillent chacun de leur côté dans les différentes cliniques du territoire » (Dufour, 26 janvier 2008).
16 février 2008	Lancement du Conseil des partenaires du CSSSB (Kenty, 16 février 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « Nous voulons créer un réseau d'influence et nous assurer que des actions allant dans le même sens se posent dans tous les milieux; - Instance qui favorise les échanges et le rapprochement avec la population; - Assise du RLS, le conseil des partenaires permet la transmission de l'information et favorise la mobilisation des partenaires » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2011).
7 mars 2008	Deux salles de débordement sont ouvertes pour faire face aux débordements de l'urgence du CSSSB (Kenty, 7 mars 2008).	
15 mars 2008	Le CSSSB fait appel à une lobbyiste et ex-député libérale pour des dossiers pour lesquels il tente d'obtenir du financement (Kenty, 15 mars 2008).	
26 mars 2008	Le CSSSB annonce qu'il met fin au contrat de la lobbyiste (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 26 mars 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « Son mandat portait sur l'agrandissement du bloc opératoire et la construction d'un nouveau centre d'hébergement à St-Georges » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 26 mars 2008) - « Le CSSS n'a pas précisé l'élément déclencheur de sa volte-face, mais

		on sait que l'embauche de Mme Leblanc avait attiré l'attention de médias locaux et qu'un exécutif local du PQ avait dénoncé cette semaine le fait que le CSSS n'ait pas confié ces démarches à son propre personnel » (Pelchat, 28 mars 2008, p. 5).
17 avril 2008	Le CSSSB confirme que la direction-générale déménagera à Beauceville, mais que la psychiatrie restera finalement à St-Georges (Kenty, 17 avril 2008).	
23 mai 2008	L'urgence du CSSSB obtient la note B dans le palmarès des urgences de La Presse.	- Se situe au 2 ^e rang des hôpitaux comparables.
Juin 2008	Dépôt du rapport annuel de gestion 2007-2008 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2007-2008 nous a fait craindre des ruptures de services médicaux et nous appréhendons des difficultés plus grandes encore dans les prochaines années, et ce, pour l'ensemble de la main-d'œuvre; - Un renforcement de l'équipe de 1^{re} ligne communautaire a permis de remettre la liste d'attente à zéro pour le volet de la pédopsychiatrie; - Le déploiement de deux groupes de médecine familiale (GMF), en lien avec le CSSSB, dans la MRC Beauce-Sartigan, a conduit à une offre médicale plus complète et mieux articulée. Dans la MRC Robert-Cliche, un projet de coopérative de santé a émergé et a rapidement suscité notre intérêt. L'année 2008-2009 verra d'ailleurs se concrétiser un lien formel entre cette coopérative et la garde médicale de Beauceville » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2008, p. 5). - « Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ont profité de nouveaux services dans la communauté notamment en matière d'hébergement tant au niveau des HLM que dans les ressources alternatives à l'hébergement. Une équipe de suivi systématique de la clientèle avec troubles sévères et persistants a permis de maintenir davantage la clientèle dans sa communauté » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2008, p. 6). - Taux d'occupation à l'hôpital : 100,5%; Taux d'occupation à l'urgence : 124,4% (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2008, p. 13). <p>Rapport du commissaire aux plaintes;</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Une tendance s'était démarquée quant à l'accessibilité et à la continuité des services; principalement en regard des délais d'attente vécus à l'urgence (services médicaux) et dans les services des programmes

		<p>diagnostiques par une couverture médicale insuffisante;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par ailleurs, il est à souhaiter et envisagé que ce contexte puisse se résorber suite aux efforts de recrutement déployés par l'organisation et à la nomination récente de quatre nouveaux radiologues. - Cependant, le problème d'un manque d'urgentologues demeure, ici comme ailleurs en province, afin d'assurer la dispensation des soins médicaux requis dans un délai acceptable. Cette réalité s'est à nouveau traduite par de nombreuses plaintes qui ont entraîné différentes mesures et recommandations » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2008, p. 33).
22 octobre 2008	Un médecin du CSSSB est radié pour trois mois suite au décès de Shirley Gagnon survenu en décembre 2002 au CH (Kenty, 22 octobre 2008).	
27 février 2009	Le Ministre Bolduc inaugure une 4 ^e salle d'opération et un tomodensitomètre à l'hôpital du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 27 février 2009).	
Mars 2009	Réorganisation des programmes régionaux de soins de longue durée psychiatrique déployés au CSSS des Etchemins (Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « En décembre 2008, une équipe d'experts a recommandé le transfert et la prise en charge par le CRDI-CA des personnes présentant une déficience intellectuelle en vue d'assurer leur réadaptation, leur adaptation et leur intégration sociale » (Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009).
3 mars 2009	Déploiement d'équipes de soutien à domicile dans 5 municipalités (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 3 mars 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « Projet pilote dans cinq (5) municipalités des MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche, afin de mieux connaître les personnes âgées qui y vivent, de valider leurs besoins et d'explorer avec elles la pertinence et la possibilité de recourir à certains services » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 3 mars 2009). - « Il peut s'agir de services préventifs pour les aider à préserver leur autonomie, de services de soutien et d'accompagnement dans l'accomplissement de tâches quotidiennes ou de services professionnels répondant à leurs besoins » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 3 mars 2009).
11 mars 2009	Le CRDI transfère au CSSSB la gestion des ressources de type familial (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 11 mars 2009).	

8 avril 2009	Le CSSSB conclut des ententes avec le CSSS de la région de Thetford et des cliniques privées de la région de Québec afin de réduire les délais d'attente en radiologie (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 8 avril 2009).	
24 avril 2009	800 000\$ investit au Centre d'hébergement de Saint-Georges (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 24 avril 2009).	
Juin 2009	Dépôt du rapport annuel 2008-2009 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette année encore, nous avons vécu des périodes intenses, caractérisées par une demande de services accrue, et relevé avec brio d'importants défis » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 2). - « Le recrutement de la main-d'œuvre a aussi été au cœur de nos préoccupations. Sur le plan médical, l'établissement s'en est bien tiré avec le recrutement de spécialistes en chirurgie générale, radiologie, orthopédie, anesthésie et l'arrivée de cinq (5) omnipraticiens » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 3). <p>Famille-Enfance-Jeunesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au CSSSB, l'animation du réseau local de services est un enjeu de première importance. Ainsi, les deux (2) tables de concertation, qui regroupent une cinquantaine de partenaires de tout le territoire, siègent avec régularité » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 16). <p>Santé physique et sociale générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'un des faits saillants de l'année 2008-2009 en ce qui a trait aux volets ambulatoire et communautaire, est l'avènement d'une coopérative de santé dans la MRC Robert-Cliche; - De plus, après Beauce-Sartigan, qui compte déjà deux (2) groupes de médecine familiale (GMF), la prochaine année verra des GMF poindre dans le secteur de Robert-Cliche. Le volet vaccination occupe toujours une place importante » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 17).

		<p>Adultes avec troubles d'adaptation et services multidisciplinaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'arrivée de la clientèle en déficience intellectuelle qui résidait en famille d'accueil et qui était prise en charge par le CRDI; - Nous avons consolidé l'équipe de suivi intensif (SIM) qui s'occupe des cas complexes en offrant une intensité de services qui permet à ces personnes de demeurer dans la communauté; - En instaurant l'intervention de groupe, nous sommes parvenus à réduire à néant la liste d'attente pour des services communautaires de première ligne, pour les personnes aux prises avec des troubles transitoires; - Nous sommes fiers aussi de collaborer avec la communauté et tout particulièrement avec les organismes communautaires avec lesquels nous avons signé des ententes de services formelles, à savoir, le Bercaïl, pour rendre disponibles six (6) lits de crise, le Sillon, pour l'ouverture d'une maison d'hébergement de 11 places, la Croisée des Chemins, pour deux (2) lits de dégrisement en toxicomanie et le Murmure, pour organiser des visites de courtoisie pour la clientèle demeurant en HLM » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 20). <p>Services de support administratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le service des opérations financières tout comme plusieurs autres services, a été relocalisé dans nos installations à Beauceville, à l'automne 2008 » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 26). <p>Direction des services professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le CMDP s'est enrichi de 14 nouveaux membres actifs » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 28). <p>Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le nombre de plaintes traitées au cours de l'exercice a connu une légère diminution » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 29). - « Pour un deuxième exercice consécutif, les aspects cliniques et professionnels des soins et services dispensés constituent le principal motif de plaintes » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2009, p. 29).
18 juin	Les résultats de l'enquête de satisfaction menés dans le cadre	

2009	du processus d'agrément démontrent un taux de satisfaction globale élevé en regard de l'accessibilité que de la qualité des soins et services (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 18 juin 2009).	
5 août 2009	La Coop de santé de Robert-Cliche est en opération (Kenty, 11 août 2009).	
Septembre 2009	Allégations de conflit d'intérêt envers le président du CA du CSSS de Beauce dans le dossier de la buanderie régionale (Fecteau, 28 septembre 2009).	
9 octobre 2009	Le service de suivi intensif dans le milieu en santé mentale a reçu une mention d'honneur dans la catégorie «Personnalisation des soins» lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 9 octobre 2009).	
13 octobre 2009	Le Conseil des partenaires du CSSSB presse les candidats à l'élection municipale du 1 ^{er} novembre de se prononcer en regard du transport collective dans les MRC Beauce-Sartigan et Robert-Cliche (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 13 octobre 2009).	
9 décembre 2009	Le CSSS des Etchemins obtient son accréditation (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 9 décembre 2009).	
2010		<ul style="list-style-type: none"> - « Suite à une décision de la curatelle publique, 55 personnes atteintes de maladie mentale à durée indéterminée, hébergée actuellement, au CSSS des Etchemins doivent retourner dans leur milieu d'origine » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 16 février 2010).
19 janvier 2010	Le CSSSB complète sa réorganisation des services en centres d'hébergement.	
5 février 2010	Le Sanatorium Bégin de Lac-Etchemin devient un centre d'hébergement pour aînés en perte d'autonomie (Parent, 5 février 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - « Il reste actuellement quelques dizaines de patients en santé mentale au 3e étage. Les démarches sont déjà en cours pour libérer cet espace dans le cadre de la désinstitutionnalisation généralisée. Le secteur Chaudière-Appalaches serait d'ailleurs le dernier au Québec à

		<p>procéder » (Parent, 5 février 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Comme conséquence aussi de ces modifications, 56 personnes spécialisées dans les soins en santé mentale seront libérées. On tentera de les relocaliser dans le milieu » (Parent, 5 février 2010). - « Le CSSS Etchemins est le seul centre à vocation spécifique du genre à n'avoir pas encore procédé à la désinstitutionalisation » (Parent, 8 février 2010). - « Le service de curatelle, dont plusieurs patients relèvent, en fait maintenant une exigence » (Parent, 8 février 2010).
6 février 2010	Le Ministre Bolduc annonce un investissement de 3,3M \$ pour le réaménagement du Centre d'hébergement de Lac-Etchemin (Fournier, 6 février 2010).	
Juin 2010	Dépôt du rapport annuel 2009-2010 du CSSSB (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010).	<ul style="list-style-type: none"> - « Notre tout premier projet clinique et organisationnel arrive à terme; - Nous avons rappelé à nos gestionnaires l'importance de l'écoute et de favoriser le dialogue au sein de leur équipe, pour qu'émerge un modèle de gestion plus participative; - La communication a même été identifiée comme solution pour redresser la majorité des lacunes mises en lumière dans le cadre du second processus d'agrément du CSSSB » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 3). - « Le second agrément a été consenti au CSSB en 2009-2010 » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 6). - « En traçant le bilan de ce premier projet clinique, le CSSS de Beauce observe une progression importante vers une offre de service de plus en plus complète et que le CSSSB assume de mieux en mieux son rôle de leader dans la communauté en ce qui a trait à la santé et au bien-être de la population. Celle-ci semble d'ailleurs se responsabiliser davantage face à sa santé et à son bien-être » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 9). <p>Famille-Enfance-Jeunesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'ouverture d'un centre ambulatoire pédiatrique (CAP) a permis à la clientèle externe en jeunesse de recevoir les services de santé physique et de santé mentale au même endroit » (Centre de santé et de services

		<p>sociaux de Beauce, 2010, p. 17).</p> <p>Santé physique et sociale générale</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les volets ambulatoire et communautaire ont été séparés administrativement et, au cours de la dernière année, le premier a connu une réorganisation clinique; - Le service d'urgence mérite encore une grande attention alors que la durée de séjour sur civières demeure trop longue. La difficulté d'accéder aux lits d'hospitalisation semble être l'un des principaux facteurs en cause [...] » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 18). <p>Santé physique et sociale spécialisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Réorganisation du travail en médecine et en chirurgie; - Annonce par le Ministre Yves Bolduc de la mise en place d'un unité de dialyse » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, pp. 19-20). <p>Adultes avec troubles d'adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Nous avons développé nos services d'hébergement. En mai 2009, nous assistions à l'ouverture de maison d'hébergement PRISME, une ressource communautaire située à Beauceville et capable d'accueillir onze personnes; - Au même moment, à Saint-Joseph-de-Beauce, en collaboration avec l'Office municipal d'habitation de l'endroit, cinq places étaient rendues disponibles dans des logements supervisés; - Par ailleurs, dans le cadre de la transformation de l'offre de service en santé mentale, nous avons élaboré un projet pour ramener dans leur territoire d'origine, une dizaine de personnes jusqu'ici hébergées dans une unité de soins de longue durée à Lac Etchemin; - L'équipe de suivi intensif formé en 2008-2009 s'est fait remarquer en remportant un prix d'excellence dans le cadre d'un gala régional ainsi qu'une mention d'excellence » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 22). <p>Direction des services professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Mise en place d'un guichet d'accès pour la clientèle orpheline » (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 2010, p. 35).
--	--	---

14 juin 2010	Le GMF des Abénakis (St-Georges/St-Prosper) reçoit son accréditation (Poulin, 14 juin 2010).	
20 juillet 2010	Un GMF est créé dans Beauce-Centre (St-Joseph/St-Odilon/Tring-Jonction et Beauceville) (Poulin, 20 juillet 2010).	
30 septembre 2010	Départ à la retraite du DG du CSSS des Etchemins (Poulin, 28 mai 2010).	
1 ^{er} octobre 2010	Lucie Laflamme est nommé directrice-générale par intérim du CSSS des Etchemins (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 30 novembre 2010).	
18 octobre 2010	Création de la Fondation des centres d'hébergement et CLSC de Beauce qui est née de la fusion de la Fondation des CHSLD de Beauce et celle du CLSC Beauce-Sartigan (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 18 octobre 2010).	
20 octobre 2010	Changement de garde à la présidence du conseil d'administration du CSSS de Beauce (Centre de santé et de services sociaux de Beauce, 20 octobre 2010).	
30 novembre 2010	Nomination d'une nouvelle directrice-générale au CSSS des Etchemins (Centre de santé et de services sociaux des Etchemins, 30 novembre 2010).	
19 avril 2011	Le CSSSB réitère son appui au prolongement de l'autoroute 73 (Fecteau, 19 avril 2011).	- « Le CSSSB souligne que la région se situe dans le peloton de tête en ce qui a trait aux accidents de la route alors que la qualité du réseau routier pourrait être en cause » (Fecteau, 19 avril 2011).

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004). *Communiqué de presse. Création du Centre de santé et de services sociaux de Beauce*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (18 février 2004). *Cadre de référence. Développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches. Document d'appui à la consultation*. Sainte-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 70 p.

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (19 février 2004). *Communiqué de presse: Chaudière-Appalaches: Lancement des consultations sur les modèles de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (22 avril 2004). *Communiqué de presse: Adoption de la proposition de modèle de réseaux locaux en Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches: sommaire*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 50 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004b). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, mars 2004, volume 1, numéro 1*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005a). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Décembre 2005, volume 4, numéro 5*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 5 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005b). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Juillet 2005, volume 4, numéro 3*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005c). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 195 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2006). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Décembre 2006, volume 5, numéro 5*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (24 octobre 2006). *Communiqué de presse. Élections de tous les représentants de la population dans les établissements de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 2 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 128 p.
- Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009). *Info CA, volume 1, numéro 2, 28e séance ordinaire, 18 mars 2009*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 3 p.

- Bégin, C., Béther, H., Joubert, P., & Poulin, D. (1984). *L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales: analyse décisionnelle. Rapport de recherche*. Québec: Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales, 133 p.
- Benjamin, G. (3 février 2006). Mort d'une patiente à l'hôpital Beauce-Etchemins. Un médecin aurait dû être appelé au chevet de la malade. *Le Soleil*, p. A7.
- Bussièrès, I. (2 novembre 2006). Pavillon Notre-Dame de La Guadeloupe. Longue histoire de mauvais traitements. *Le Soleil*, p. 5.
- Centre de santé des Etchemins. (21 mai 2004). *Proposition pour une composante rurale aux RLS de Chaudière-Appalaches. Le réseau local de services de santé et de services sociaux des Etchemins (RLS des Etchemins)*. Lac-Etchemin: Centre de santé des Etchemins, 70 p.
- Centre de santé des Etchemins. (26 février 2003). *Contexte d'appréciation et perspectives d'avenir 2003-2004*. Lac-Etchemin: Centre de santé des Etchemins, 7 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (3 mars 2009). *Communiqué de presse: Le CSSSB déploie des équipes de soutien à domicile (SAD) dans 5 municipalités*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (4 juillet 2006). *Communiqué de presse: Inauguration des nouvelles installations de la Centrale régionale Info-Santé*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (8 avril 2009). *Communiqué de presse: Le CSSSB prend les moyens pour réduire la liste d'attente en radiologie*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (9 octobre 2009). *Communiqué de presse: Le Centre de santé et de services sociaux de beauce se mérite une mention d'honneur lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2009*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (10 mars 2007). *Communiqué de presse: Bilan de santé des hôpitaux: l'hôpital du CSSSB est 34e sur 86*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (10 septembre 2007). *Communiqué de presse: Un administrateur du CSSS de Beauce est destitué de ses fonctions*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (11 juin 2007). *Communiqué de presse: Mise en place d'un Centre ambulatoire pédiatrique et pédopsychiatrique*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (11 mars 2009). *Communiqué de presse: Le Centre de santé et de services sociaux de Beauce: Porte d'entrée des services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (13 octobre 2009). *Communiqué de presse: Le transport collective doit être un enjeu de la campagne électorale municipale*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (16 août 2007). *Communiqué de presse: Investissement dans les CHSLD de Beauce*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (18 juin 2009). *Communiqué de presse: Un bulletin plus que satisfaisant pour le CSSSB*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (18 octobre 2010). *Communiqué de presse: Le CSSSB complète se réjouit de l'arrivée d'une nouvelle fondation*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (19 octobre 2006). *Communiqué de presse: Forum des partenaires du CSSS de Beauce*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (20 octobre 2010). *Communiqué de presse: Madame Brigitte Busque est élue à la présidence du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Beauce*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (21 février 2007). *Communiqué de presse: Le CSSSB obtient son agrément*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (24 avril 2009). *Communiqué de presse*. Beauceville: CSSS de Beauce, p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (26 mars 2008). *Communiqué de presse: La direction met fin à son contrat avec Diane Leblanc*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (27 février 2009). *Communiqué de presse: Le ministre Yves Bolduc inaugure de nouvelles installations à l'hôpital de Saint-Georges du Centre de santé et de services sociaux de Beauce (CSSSB)*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (31 mai 2006). *Communiqué de presse: Garde médicale à Beauceville. La présence médicale ne peut être assurée de façon régulière*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (31 octobre 2006). *Communiqué de presse: Les services dans les centres d'hébergement de Beauce*. Beauceville: CSSS de Beauce, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2005a). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Beauceville: CSSS de Beauce, 31 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2005b). *Le projet clinique: Quoi?... Pourquoi?... Comment?* Beauceville: CSSS de Beauce, 2 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2006). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Beauceville: CSSS de Beauce, 48 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007a). *CSSSB 2007-2010. Projet organisationnel et clinique*. Beauceville: CSSS de Beauce, 90 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007b). *CSSSB 2007-2010: Orientations stratégiques*. Beauceville: CSSS de Beauce, 5 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2007c). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Beauceville: CSSS de Beauce, 66 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2008). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Beauceville: CSSS de Beauce, 76 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2009). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Beauceville: CSSS de Beauce, 97 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2010). *CSSSB. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Beauceville: CSSS de Beauce, 88 p.

Centre de santé et de services sociaux de Beauce. (2011). Conseil des partenaires et tables de concertation, [En ligne].
<http://www.csssbeauce.qc.ca/fra/Conseilpartenaires.html> (Page consultée le 28 février 2011).

Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (16 février 2010). *Procès-verbal - Cinquantième séance régulière du conseil d'administration*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, p.

Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (9 décembre 2009). *Communiqué de presse: Des résultats exceptionnels pour le Centre de santé et de services sociaux des Etchemins*. Lac-Etchemin: CSSS des Etchemins, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (30 novembre 2010). *Communiqué de presse: Madame Lucie Laflamme est nommée directrice-générale du Centre de santé et de services sociaux des Etchemins*. Lac-Etchemin: CSSS des Etchemins, 1 p.

Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (2011a). Fondation Sanatorium Bégin, [En ligne].
http://www.csssetchemins.qc.ca/fr/organisation/fondation_sanatorium_begin/ (Page consultée le 28 février 2011).

- Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. (2011b). Notre région: La région en bref, [En ligne].
http://www.csssetchemins.qc.ca/fr/notre_region/region_en_bref/ (Page consultée le 28 février 2011).
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (22 janvier 2008). *Communiqué de presse. Un règlement hors cour est intervenu entre la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et le Centre de santé et de services sociaux de Beauce*. Montréal: CDPDJ, p.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (31 octobre 2006). *Communiqué de presse. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse considère qu'il y a eu des situations d'exploitation de personnes âgées au Centre de santé et de services sociaux de la Beauce*. Montréal: CDPDJ, 5 p.
- Côté, R. (12 mai 1994). Coupes en Chaudière-Appalaches. Les personnes en perte d'autonomie écopent. *Le Soleil*, p. B1.
- D'Anjou, R. (3 novembre 2005). Certificat du Conseil québécois d'agrément pour le CSSS des Etchemins, *Édition Beauce.com* [En ligne].
<http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=113&Cat=2> (Page consultée le 13 février 2011).
- D'Anjou, R. (7 février 2006). Inauguration du service d'imagerie par résonance magnétique, *Édition Beauce.com* [En ligne].
<http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=497&Cat=1> (Page consultée le 13 février 2011).
- D'Anjou, R. (8 mars 2006). Saint-Joseph s'oppose aux décisions du Centre de santé, *Édition Beauce.com* [En ligne].
<http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=649&Cat=1> (Page consultée le 13 février 2011).
- D'Anjou, R. (9 janvier 2007). Nouvelle vocation pour l'hôpital de Beauceville, *Édition Beauce.com* [En ligne].
<http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=2266&Cat=1> (Page consultée le 13 février 2011).
- Dallaire, L. (1 avril 1995). Lac-Etchemin. Garde médicale unifiée au CLSC et au Sanatorium Bégin. *Le Soleil*, p. A4.
- Dallaire, L. (1 mai 1999). Chaudière-Appalaches: Le Régie régionale donne son accord. Les projets de restauration et construction de foyers iront de l'avant. *Le Soleil*, p. A8.
- Dallaire, L. (2 avril 2003). Beauce-Nord et Beauce-Sud. Les deux forteresses libérales ne sont pas gagnées d'avance. L'adhésion de Marcel Dutil à l'ADQ ébranle 18 ans de certitude. *Le Soleil*, p. A16.
- Dallaire, L. (4 novembre 1996). Centre hospitalier Beauce-Etchemins: Dans le rouge de 4,7 M\$. La direction anticipait pourtant un surplus pour le présent exercice. *Le Soleil*, p. A6.

Dallaire, L. (5 mars 2003). Beauce-Sud. Le seul candidat en lice pour le PQ se désiste. *Le Soleil*, p. A9.

Dallaire, L. (6 mars 2003). Beauce-Sud. Le retrait de Busque serait lié à une plainte dans un CHSLD. *Le Soleil*, p. A8.

Dallaire, L. (6 novembre 1996). Beauce. Fusion officielle. *Le Soleil*, p. A6.

Dallaire, L. (7 septembre 2000). Cri d'alarme. Quatre médecins spécialistes quittent l'hôpital de Saint-Georges. *Le Soleil*, p. A3.

Dallaire, L. (10 juin 1997). Beauce-Etchemins. Coupe de 28 lits au centre hospitalier. *Le Soleil*, p. A4.

Dallaire, L. (12 septembre 1992). Julie Doyon-Proulx devient directrice générale du Centre hospitalier Saint-Georges de Beauce. *Le Soleil*, p. G6.

Dallaire, L. (13 juin 2000). CLSC. Nouvelle appellation. *Le Soleil*, p. A7.

Dallaire, L. (13 mars 1997). CH Beauce-Etchemin. Québec donne le feu vert aux travaux de 19 M\$. *Le Soleil*, p. A6.

Dallaire, L. (13 novembre 1996). Beauce-Etchemins. Transferts de services de santé. *Le Soleil*, p. A5.

Dallaire, L. (13 novembre 1999). Beauce. 350 000\$ pour l'urgence. *Le Soleil*, p. A6.

Dallaire, L. (13 septembre 1997). Pénurie de médecins. Le CLSC de Beauceville abandonne son service de garde 24 h. *Le Soleil*, p. A5.

Dallaire, L. (14 août 2003). Hébergement de longue durée. Trois employés congédiés et deux autres suspendus en Beauce. Une décision qui fait suite à une enquête menée par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse. *Le Soleil*, p. A3.

Dallaire, L. (15 septembre 1999). CLSC Beauce-Centre. Des médecins svp. *Le Soleil*, p. A4.

Dallaire, L. (17 mai 1995). Le Foyer de St-Gédéon ferme: 36 lits de moins à cause de compressions de 230 000\$. *Le Soleil*, p. A4.

Dallaire, L. (18 mars 1995). Hôpital de Saint-Georges. 35 postes supprimés et 25 lits fermés. *Le Soleil*, p. B11.

Dallaire, L. (20 mai 1997). Beauce-Etchemins: 159 lits en moins. Le Foyer de Lac-Etchemin pourrait même fermer. *Le Soleil*, p. A3.

Dallaire, L. (21 février 2001). MRC des Etchemins. Assemblées publiques pour débattre de la pénurie de médecins. *Le Soleil*, p. A8.

- Dallaire, L. (21 juillet 1999). Pénurie de médecins. La MRC des Etchemins demande le statut de région éloignée. *Le Soleil*, p. A5.
- Dallaire, L. (21 juin 1996). C.H. Beauce-Etchemin. Le tiers des 700 employés mis à pied. *Le Soleil*, p. A5.
- Dallaire, L. (21 septembre 1997). Déficit anticipé. Plus de gras à couper au Centre hospitalier Beauce-Etchemins. *Le Soleil*, p. A5.
- Dallaire, L. (25 septembre 1999). Beauce. Moins de médecins, moins de services. *Le Soleil*, p. A8.
- Dallaire, L. (27 juin 2000). Le cas des aînés beaucerons à l'étude. *Le Soleil*, p. A7.
- Dallaire, L. (30 janvier 1996). Saint-Georges: Deuxième alerte à la bombe à l'hôpital. *Le Soleil*, p. A4.
- Dallaire, L. (30 juin 1995). Centres hospitaliers: Saint-Georges et Beauceville parlent de fusion volontaire. Étude de faisabilité pour janvier 1996. *Le Soleil*, p. A9.
- Dufour, G. (26 janvier 2008). Robert-Cliche créera une coop santé unique, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne].
<http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=47926&id=332&type=search&search1=coop> (Page consultée le 19 juillet 2011).
- Fecteau, J.-F. (19 avril 2011). Le CSSSB réitère son appui à la 73 au nom de la santé, de la sécurité et du bien-être, *En Beauce.com* [En ligne].
<http://www.enbeauce.com/detail-actualite.asp?ID=21825> (Page consultée le 19 juillet 2011).
- Fecteau, J.-F. (28 septembre 2009). Jacques Francoeur soutient ne pas avoir été en conflit d'intérêt, *En Beauce.com* [En ligne].
<http://www.enbeauce.com/actualites/politique/14716/jacques-francoeur-soutient-ne-pas-avoir-ete-en-conflit-dinteret> (Page consultée le 19 juillet 2011).
- Fleury, E. (1 décembre 2006). Le décès de Shirley Gagnon était évitable. De mauvaises décisions à l'origine de la mort survenue au centre hospitalier Beauce-Etchemins. *Le Soleil*, p. 2.
- Fournier, S. (6 février 2010). Investissements en santé dans la Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. 29.
- Giguère, M. (10 mai 1997). Rapatriement sur la Rive-Sud du service de buanderie: Un trip d'autonomie coûteux, estime la CSN. *Le Soleil*, p. A8.
- Inconnu. (1 novembre 2006a). Correctifs déjà apportés, assure la direction. *Le Soleil*, p. 4.

- Inconnu. (1 novembre 2006b). Personnes âgées exploitées. Des centres d'hébergement de la Beauce condamnés à verser 159 700\$ à 13 bénéficiaires *Le Soleil*, p. 4.
- Inconnu. (15 mai 2004). Une réforme non-nécessaire, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).
- Inconnu. (17 avril 2004). Les maires des Etchemins réclament un Réseau local de services de santé à leur mesure, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).
- Inconnu. (27 avril 1998). Lac-Etchemin. Journée portes ouvertes. *Le Soleil*, p. A4.
- Kenty, V. (7 mars 2008). L'hôpital débordait!, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. [http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=52041&id=1017&type=search&search1=hôpital débordait](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=52041&id=1017&type=search&search1=hôpital+débordait) (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (11 août 2009). C'est parti pour la Coop de santé, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. [http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=104886&id=1017&type=search&search1=C'est parti pour la coop](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=104886&id=1017&type=search&search1=C'est+parti+pour+la+coop) (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (15 mars 2008). Une lobbysite vient en aide au CSSSB, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. <http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=52778&id=332&type=search&search1=lobbyiste> (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (16 février 2008). Un nouveau réseau local de services en santé, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. <http://www.hebdosregionaux.ca/chaudiere-appalaches/2008/02/15/un-nouveau-reseau-local-de-service-en-sante> (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (17 avril 2008). C'est l'administration qui part vers Beauceville, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. <http://www.hebdosregionaux.ca/chaudiere-appalaches/2008/04/17/cest-ladministration-qui-part-vers-beauceville> (Page consultée le 13 février 2011).
- Kenty, V. (22 octobre 2008). Un médecin reçoit trois mois de radiation, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne]. [http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=72343&id=1017&type=search&search1=trois mois de radiation](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=72343&id=1017&type=search&search1=trois+mois+de+radiation) (Page consultée le 13 février 2011).
- Lamontagne, S. (3 juillet 2004). Un 5e réseau local de santé et de services sociaux dans les Etchemins, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).

- Lemieux, L. (31 juillet 2002). Ouverture des salles d'urgence. La loi spéciale s'applique-t-elle au Centre de santé des Etchemins? *Le Soleil*, p. A7.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (23 juin 2004). *Communiqué de presse: Les ministres Philippe Couillard et Carole Thériault annoncent la création de cinq réseaux locaux de services dans la région de Chaudière-Appalaches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Répertoire des établissements - C.R. ALC. TOXICO. CHAUDIERE-APPALACHES & CHSLD BEAUCE (1104-3056) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=463&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Répertoire des établissements - CENTRE HOSPITALIER BEAUCE-ETCHEMIN (2736-3530), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=530&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004c). Répertoire des établissements - CENTRE HOSPITALIER DE BEAUCEVILLE (2736-3548), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=823&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004d). Répertoire des établissements - CLSC BEAUCE-CENTRE (2325-2612), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=543&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004e). Répertoire des établissements - CLSC BEAUCE-SARTIGAN (1476-2082), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=529&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004f). Répertoire des établissements - CLSC DES ETCHEMINS (1292-2969), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=900&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 27 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004g). Répertoire des établissements - FOYER LAC ETCHEMIN (1257-9231) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=896&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 27 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004h). Répertoire des établissements - FOYER MGR O. ROY (1275-5385), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=939&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004i). Répertoire des établissements - FOYER ST-MAGLOIRE INC. (1273-3648), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=899&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 27 février 2011).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004j). Répertoire des établissements - Historique de l'établissement - LES CHSLD BEAUCE-SARTIGAN (1104-2298), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02HistEtab.asp?CdIntervSocSan=930&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004k). Répertoire des établissements - HOTEL-DIEU NOTRE-DAME DE BEAUCE (1236-9492), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=1536&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004l). Répertoire des établissements - LA CORPORATION DU FOYER STE-JUSTINE (1269-4642), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=897&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 27 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004m). Répertoire des établissements - LE SANATORIUM BEGIN (1237-5143), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=907&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 27 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004n). Répertoire des établissements - LES CHSLD BEAUCE-SARTIGAN (1104-2298), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=930&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004o). Répertoire des établissements - LES CHSLD DE BEAUCE (1104-2629), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=816&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 15 février 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004p). Répertoire des établissements - PAVILLON DE L'HOSPITALITE (1323-8654), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=902&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 27 février 2011).
- Parent, P.-A. (5 février 2010). Réaménagement au Centre d'hébergement de Lac-Etchemin, *L'Éclaireur-Progress* [En ligne]. [http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=128451&id=1017&type=search&search1=réaménagement au Centre d'hébergement](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=128451&id=1017&type=search&search1=réaménagement%20au%20Centre%20d%27hébergement) (Page consultée le 13 février 2011).
- Parent, P.-A. (8 février 2010). Où iront les patients du Sana Bégin?, *L'Éclaireur-Progress* [En ligne]. [http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=128677&id=1017&type=search&search1=Où iront les patients](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=128677&id=1017&type=search&search1=Où%20iront%20les%20patients) (Page consultée le 13 février 2011).

Parent, P.-A. (12 décembre 2006). 40 places de plus pour personnes en perte d'autonomie: un investissement de plus de 2M\$, *Édition Beauce.com* [En ligne]. <http://www.editionbeauce.com/actualites.php?nID=2148&Cat=1> (Page consultée le 13 février 2011).

Pelchat, M. (28 mars 2008). Lobby hospitalier. Un hôpital se paie les services de l'ex-députée Diane Leblanc pour faire pression sur Couillard. *Le Soleil*, p. 5.

Pelchat, P. (1^{er} septembre 1995). Santé dans Chaudière-Appalaches: Fusions et regroupements dans le collimateur de la Régie. *Le Soleil*, p. A5.

Pelchat, P. (3 juillet 1995). Centrale Info-Santé. La Rive-Sud craint un autre sapin. *Le Soleil*, p. A3.

Pelchat, P. (3 octobre 1995). Sanatorium Bégin. Rochon s'en mêle. *Le Soleil*, p. A3.

Pelchat, P. (4 octobre 1995). Lac-Etchemin. 400 personnes accueillent Jeanne Blackburn. *Le Soleil*, p. A3.

Pelchat, P. (10 janvier 1996). Hôpital de Beauceville. Il y a des risques de fermeture dans l'air. *Le Soleil*, p. A5.

Pelchat, P. (11 décembre 1997). Chaudière-Appalaches. 1 million \$ d'économie par an avec les nouveaux services de buanderie. *Le Soleil*, p. A8.

Pelchat, P. (12 octobre 1995). La MRC se prononce. La psy au «Sana». *Le Soleil*, p. A6.

Pelchat, P. (14 juillet 1995). La santé dans Chaudière-Appalaches: Des compressions budgétaires radicales. Les recommandations seront connues aujourd'hui. *Le Soleil*, p. A5.

Pelchat, P. (15 janvier 1996). Beauceville: Manif monstre pour sauver l'hôpital. *Le Soleil*, p. A3.

Pelchat, P. (16 juillet 1995). Administration de la Centrale d'Info-Santé. Le CLSC des Etchemins déçu d'avoir été écarté par la Régie régionale. *Le Soleil*, p. A4.

Pelchat, P. (16 mars 1996). Santé: nombreuses fusions en Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. A11.

Pelchat, P. (24 janvier 1996a). Beauceville perd son centre hospitalier. *Le Soleil*, p. A3.

Pelchat, P. (24 janvier 1996b). Beauceville. Les administrateurs en ont gros sur le coeur. *Le Soleil*, p. A5.

Pelchat, P. (25 novembre 1995). MRC des Etchemins. Gestion unique de la santé et des services sociaux. *Le Soleil*, p. A4.

Pelchat, P. (28 septembre 1995). Chaudière-Appalaches. Le couperet tombe. *Le Soleil*, p. A3.

- Pelchat, P. (30 septembre 1995). Transfert de services de santé vers la Beauce. Lac Etchemin crie au vol. *Le Soleil*, p. A3.
- Poulin, A. (9 août 1995). 2500 personnes manifestent au Sanatorium Bégin. *Le Soleil*, p. A4.
- Poulin, A. (15 février 1994). Pour conserver son centre hospitalier psychiatrique. La région des Etchemins se concertent. *Le Soleil*, p. B2.
- Poulin, A. (28 mai 2010). La D.G. du Centre de santé des Etchemins prend sa retraite, *La Voix du Sud* [En ligne]. (Page consultée le 13 février 2011).
- Poulin, D. (1984). *L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales: analyse décisionnelle. Annexe II - Fusion de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce et de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville: Chronologie détaillée*. Québec: Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales, 122 p.
- Poulin, F. (14 juin 2010). Un nouveau groupe de médecine voit le jour, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne].
[http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=146283&id=1017&type=search&search1=un nouveau groupe de médecine](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=146283&id=1017&type=search&search1=un%20nouveau%20groupe%20de%20m%C3%A9decine) (Page consultée le 13 février 2011).
- Poulin, F. (20 juillet 2010). Un groupe de médecine de famille est créé dans Beauce-Centre, *L'Éclaireur-Progrès* [En ligne].
[http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=150924&id=1017&type=search&search1=Un groupe de médecine de famille](http://leclaireurprogres.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=150924&id=1017&type=search&search1=Un%20groupe%20de%20m%C3%A9decine%20de%20famille) (Page consultée le 13 février 2011).
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995a). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 80 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995b). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix - décisions*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 104 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995c). *Plan d'action 1995-1996: «L'opportunité de transformer». Plan de contribution et d'allocation régionale*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 25 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1999). *Plan de consolidation 1999-2002*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 108 p.
- Ricard-Châtelain, B. (23 avril 2004). Fusions en santé dans Chaudière-Appalaches. Quatre grands réseaux déjà contestés. *Le Soleil*, p. A6.

Ricard-Châtelain, B. (29 octobre 2003). Rationalisation dans les urgences. La Régie de la santé de Chaudière-Appalaches consulte pour savoir où couper. *Le Soleil*, p. A1.

Saint-Pierre, M. (17 août 1999). Pénurie de médecins aux Etchemins. CGI inc. à la recherche de solutions. *Le Soleil*, p. A5.

St-Pierre, M. (20 novembre 1999). Hôpitaux de Chaudière-Appalaches. Déficit de 10M\$. *Le Soleil*, p. A4.

Annexe 10 : Tableau synoptique du territoire de Montmagny-L'Islet

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
8 novembre 1960	Création du Foyer Bon-Secours à L'Islet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004j).	
23 janvier 1967	Création du Foyer St-Pamphile (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004h).	
1 ^{er} octobre 1968	Création du Centre d'accueil de St-Fabien-de-Panet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a).	
14 mars 1969	Création du Centre d'accueil de St-Eugène-de-l'Islet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b).	
12 mai 1969	Création du Foyer Sainte-Perpétue-de-l'Islet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004g).	
Février 1970	Création du Foyer d'Youville à Montmagny (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004f).	
11 avril 1973	Création du CLSC des Appalaches à St-Pamphile (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004d).	
1 ^{er} janvier 1974	Création de l'Hôtel-Dieu-de-Montmagny (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004i).	
3 novembre 1976	Création du CSLC Antoine-Rivard à St-Fabien-de-Panet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004m).	
3 novembre 1976	Création du CLSC Trois-Saumons à St-Jean-Port-Joli (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004e).	
30 janvier 1988	Fusion du Centre d'accueil St-Ignace (Cap St-Ignace) avec le Foyer d'Youville de Montmagny.	
22 janvier 1990	Fusion d'établissements pour créer le CLSC/Centre d'accueil des Appalaches à St-Pamphile. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004c)	Issu de la fusion de : <ul style="list-style-type: none"> - CLSC des Appalaches (St-Pamphile) - Foyer Sainte-Perpétue de l'Islet (Ste-Perpétue) - Foyer St-Pamphile
Janvier 1992	Rumeurs de l'installation à Montmagny de la nouvelle Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-	

	Appalaches (Inconnu, 31 janvier 1992).	
Janvier 1993	Problème criant d'effectifs médicaux à St-Pamphile.	- « La situation est à ce point critique que Saint-Pamphile a logé une demande au ministère de la Santé et des Services sociaux pour être considéré comme une région éloignée » (Fournier, 25 janvier 1993, p. B1).
Octobre 1993	Mises à pied et fermeture de la radiologie au CLSC des Appalaches (Côté, 7 octobre 1993).	- « Confronté à un déficit de près de 210 000\$ dans son budget de près de 4 millions en 1993-1994, l'organisme devra sous peu, mettre à pied quatre employés à temps complet, un surnuméraire et un temps partiel de même que fermer un service aussi essentiel que celui de la radiologie » (Côté, 7 octobre 1993, p. B2). - « C'est le plan de redressement que nous avons dû soumettre plus tôt cette semaine à la Régie régionale » (Côté, 7 octobre 1993, p. B2). - « Selon le directeur-général du CLSC, [...] le déficit à combler est dû en bonne partie au fait que des centres d'hébergement pour personnes âgées déjà déficitaires ont été récemment intégrés au CLSC sans compensation financière adéquate de la part du gouvernement » (Côté, 7 octobre 1993, p. B2).
Avril 1994	Une partie de la Direction de santé publique de la RRSSS de Chaudière-Appalaches est implantée à Montmagny (Côté, 29 avril 1994).	
Mai 1994	L'Hôtel-Dieu de Montmagny devra retrancher environ 336 000\$ de son budget de 20 M\$ (Côté, 12 mai 1994).	
Mai 1994	Le CLSC des Appalaches craint une fusion avec le CLSC des Trois-Saumons (St-Pierre, 25 mai 1994).	- « L'équipe médicales du CLSC Trois-Saumons dira son opposition au projet de fusion de cet établissement avec le CLSC de Saint-Pamphile lors d'une rencontre avec les dirigeants de la Régie régionale » (Inconnu, 8 mai 1995, p. A4). - « Les conseils d'administration du CLSC de Saint-Pamphile et du Regroupement des CHSLD de l'Islet se sont déjà dit favorables à la fusion » (Inconnu, 8 mai 1995, p. A4).
Décembre 1994	Le Département de santé communautaire (DSC) est déménagé de Lévis à Montmagny (Pelchat, 15 décembre 1994).	
Mai 1995	L'effort de contribution aux restrictions budgétaires demandé à l'Hôtel-Dieu-de-Montmagny est de 584,000\$, soit près de 3% de son budget (Régie régionale de la santé	

	et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995c, p. 19).	
Août 1995	Dépôt du document « À l'heure des choix » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les trois CLSC du territoire, dont deux dans la MRC de l'Islet, se partagent 770 000\$ de dépenses en services de laboratoire et de radiologie, soit 80% des dépenses de l'ensemble des services diagnostiques en CLSC. À lui seul, le CLSC Trois-Saumons dispose de 61% de ces ressources; on y retrouve aussi une urgence médicale, 5 civières d'observation et 11 salles d'examen médical » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 20). <p><u>Mesures proposées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Rationaliser les services de laboratoire et de radiologie; on pense notamment aux services actuellement offerts au Centre hospitalier de Beauceville, au CHSLD Paul-Gilbert et dans les trois CLSC de Montmagny-L'Islet » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 21). <p><u>Rapprochements administratifs - mesure retenues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Demander aux regroupements de CHSLC et aux CLSC des MRC suivantes de déposer à la Régie régionale, d'ici le 1^{er} février 1996, un projet de mise en commun de leurs services et de leurs ressources : MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny, Amiante » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58). <p><u>Mesures particulières pour les MRC l'Islet, Bellechasse, Chutes-de-la-Chaudière et Les Etchemins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Pour ces quatre MRC, la Régie régionale préconise le concept de centre de santé qui est un établissement qui exploite un CLSC et qui en raison de la faible densité de population et de l'étendue du territoire, exploite également un CH ou un CHSLD. La Régie régionale propose que le concept de centre de santé soit élargi de la façon suivante : établissement multivocationnel disposant obligatoirement d'une mission CLSC et d'une mission CHSLD ainsi que d'infrastructure de services de santé physique

		<p>plus ou moins importante selon les besoins du milieu » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).</p> <p><u>Mesures pour de la MRC de l'Islet et la MRC de Bellechasse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Compte tenu des réflexions et des travaux enclenchés depuis plusieurs mois et compte tenu que la fusion dans ces cas est majoritairement souhaitée par le milieu, la Régie régionale invite les CHSLD et les CLSC de ces deux MRC à lui soumettre, d'ici le 1^{er} décembre 1995, un projet de fusion par MRC pour créer un centre de santé dont l'actualisation devra débiter au début de l'exercice 1996-1997 » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).
1 ^{er} septembre 1995	Recommandation d'un comité aviseur en santé physique de n'avoir qu'un seule centre administratif par territoire de MRC (Amiante, Montmagny, Robert-Cliche et Beauce-Sartigan) et de se rendre éventuellement à un centre administratif pour deux territoires (Pelchat, 1 ^{er} septembre 1995).	
28 septembre 1995	Dépôt du document « À l'heure des choix : Décisions » par la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	<ul style="list-style-type: none"> - « Pétition envoyée à la Régie régionale des employés de l'Hôtel-Dieu-de-Montmagny et de la population desservie pour dénoncer les effets des compressions budgétaires sur les services aux usagers (3119 noms) » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 104). - « Le groupe Solidarité l'Islet demande d'avoir un service de garde dans l'Islet-Sud et de maintenir l'Urgence à Saint-Jean-Port-Joli » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 27). <p><u>Santé physique/décisions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Rationaliser les services de laboratoires au Centre hospitalier de Beauceville, au CHSLD Paul-Gilbert et dans les CLSC des MRC de l'Islet et Montmagny » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 25). <p><u>Rapprochements d'établissements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Concernant les MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny et

		<p>L'Amiante, les participants aux audiences ont exprimé leur accord mais demandent de respecter leur rythme de cheminements » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au niveau de l'Islet, le CLSC-CA des Appalaches a confirmé son acceptation au projet de regroupement. Un groupe communautaire a exprimé son inquiétude à voir s'agrandir l'organisation du CLSC par le regroupement des deux CLSC existants sur le territoire » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 81). - « Considérant que dans la MRC de l'Islet il existe deux CLSC; considérant que trois établissements de cette MRC ont comme mission des services d'hébergement; considérant les discussions entamées par le Comité des établissements de santé de la MRC de l'Islet depuis 1 an; la Régie régionale leur demande de déposer un projet de fusion » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 81).
28 septembre 1995	Séance du conseil d'administration de la RRSSS de CA : adoption d'une série de mesures pour économiser 51M\$ sur 3 ans (Pelchat, 28 septembre 1995).	<ul style="list-style-type: none"> - « Fixe le quota de lits pour l'Hôtel-Dieu-de Montmagny à 57 pour 1998 » (Pelchat, 28 septembre 1995, p. A3).
15 mars 1996	Le CLSC Antoine-Rivard de Montmagny lance une vidéo pour démystifier le virage ambulatoire (Inconnu, 15 mars 1996).	
16 mars 1996	La RRSSS de CA donne son appui à un projet de fusion dans l'Islet (Pelchat, 16 mars 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - « Fusion du CLSC et du Centre d'accueil de Saint-Pamphile avec le CLSC de Trois-Saumons, le centre d'accueil de Saint-Eugène de l'Islet et du Foyer Bonsecours de L'Islet-sur-mer » (Pelchat, 16 mars 1996, p. A11).
21 juillet 1996	Fusion d'établissements pour créer le Centre de santé de la MRC de l'Islet (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).	<p>Issu de la fusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CLSC-Centre d'accueil des Appalaches (St-Pamphile) - CLSC Trois-Saumons (St-Jean-Port-Joli) - Centre d'accueil de St-Eugène de l'Islet (L'Islet) - Foyer Bon-Secours (L'Islet)
Décembre 1996	L'Hôtel-Dieu-de-Montmagny termine son année financière 1995-1996 avec un surplus de 653 361\$ (Fournier, 6 décembre 1996).	

11 février 1997	Fusion d'établissements pour créer les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004k).	Issu de la fusion de : - CLSC Antoine-Rivard (St-Fabien) - Foyer d'Youville (Montmagny) - Centre d'accueil St-Fabien-de-Panet
Mai 1997	Pour consolider deux buanderies (Beauceville et Montmagny), la RRSSS-CA en ferme deux (Thetford-Mines et Lac-Etchemin) (Giguère, 10 mai 1997).	
Juin 1997	Fermeture de deux petits centres d'hébergement dans la MRC de l'Islet à St-Pamphile et à l'Islet-sur-mer.	
10 février 1999	Dépôt du « Plan de consolidation » 1999-2002 par la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999).	
Mai 1999	L'Hôtel-Dieu-de-Montmagny se dirige vers un déficit de 2 millions \$ (Pelchat, 8 mai 1999).	
Novembre 1999	Le centre hospitalier de Montmagny est forcé par un arbitre d'ouvrir une dizaine de postes d'infirmières en raison d'une trop grande charge de travail imposée au personnel (Pelchat, 20 novembre 1999).	
Décembre 1999	L'Hôtel-Dieu-de-Montmagny s'achemine vers un déficit de 1,6M\$ (St-Pierre, 20 novembre 1999).	
Octobre 2000	L'Hôtel-Dieu-de-Montmagny obtient le statut d'organisme agréé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (Fournier, 7 octobre 2000).	- « L'institution devient ainsi le troisième centre hospitalier de Chaudière-Appalaches après Lévis et Saint-Georges de Beauce à recevoir pareille certification » (Fournier, 7 octobre 2000).
Décembre 2000	L'Hôtel-Dieu de Montmagny prévoit atteindre l'équilibre budgétaire en 2000-2001 (Inconnu, 4 décembre 2000).	
Novembre 2001	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny se voient octroyer un agrément pour une durée de 3 ans (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004).	
Juillet 2003	L'Hôtel-Dieu de Montmagny enregistre un déficit de 840 000\$ (Fournier, 12 juillet 2003).	- « Porte à 1,37M\$ le déficit accumulé de l'établissement » (Fournier, 12 juillet 2003, p. A14).
Septembre 2003	Autorisation d'un projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu de Montmagny par le CA de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-	

	Appalaches, 2003).	
Septembre 2003	Le CA de la RRSSS de Chaudière-Appalaches approuve un projet novateur d'hébergement pour les personnes âgées dans la MRC de l'Islet (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2003).	- « Le projet, inspiré de la philosophie d'approche de milieu de vie, prévoit la construction de quatre installations de seize lits chacune, divisées en deux groupes de huit résidents. L'approche apparentée à un milieu familial et moins institutionnel, implique une réorganisation du travail nécessitant le décloisonnement complet des tâches du personnel » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2003, p. 6).
Septembre 2003	L'Hôtel-Dieu de Montmagny obtient son accréditation du conseil canadien d'agrément (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2003).	
9 septembre 2003	L'Hôtel-Dieu de Montmagny obtient un tomodynamètre (scanner) (Inconnu, 9 septembre 2003).	
Octobre 2003	Le scénario de fermeture de l'urgence du Centre de santé de la MRC de l'Islet (St-Jean-Port-Joli) est à l'étude par la RRSSS-CA (Ricard-Châtelain, 29 octobre 2003).	
Janvier 2004	Travaux préparatoires à la mise en place des RLS (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 18 février 2004, p. 40).	
18 février 2004	Adoption, par le conseil d'administration du <i>Cadre de référence sur le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches</i> (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 7).	
19 février 2004	Lancement des consultations sur les modèles des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).	- « Les territoires de concertation de l'Amiante, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet et du Littoral constituent, depuis plus de 20 ans, une référence, un point d'ancrage pour l'organisation des services, et ce, avant même la mise en place de la Régie régionale. Cette organisation territoriale s'est accélérée au cours des 10 dernières années. On peut mentionner, à titre d'exemples, les services de santé physique (centre hospitaliers), les

		<p>soins respiratoires à domicile, la pédopsychiatrie, la santé mentale adulte et les services du centre de réadaptation en déficience physique. Ces territoires de concertation historiques sont utilisés comme référentiel dans le modèle de réseaux locaux soumis à la consultation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « 4 territoires de concertation constituant depuis plus de vingt ans, une référence lorsqu'il a été nécessaire d'organiser des services sur une base de masse critique de population plus large que celle d'une MRC » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004).
21 février 2004	Le centre de santé de la MRC de l'Islet (à St-Pamphile) est autorisé à s'équiper d'appareils de radiologie (Saint-Pierre, 21 février 2004).	
Avril 2004	Visite d'appréciation de la qualité réalisée au Foyer d'Youville de Montmagny (faisant partie des CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny) (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004).	<p>L'équipe d'appréciation note le succès de l'implantation de l'approche milieu de vie. Selon eux, les conditions gagnantes ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'adoption d'une philosophie d'intervention et de services : défendue avec rigueur et fermeté par le directeur général, cette philosophie d'intervention et de services a été clairement transmise à tous les paliers de l'organisation. Apparaissant comme des conditions préalables à tout changement, l'orientation précise et le fort leadership du directeur général ont eu une influence déterminante dans les résultats obtenus et le succès de la création du milieu de vie au Foyer d'Youville. Si la rigueur est de mise, la façon de défendre la philosophie d'intervention préconisée par la direction générale doit respecter le rythme d'apprentissage et d'intégration des intervenants face au changement souhaités (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 18). - « Les membres de l'équipe d'appréciation n'ont pas de recommandation spécifique à adresser à la direction générale des CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny. Ils tiennent toutefois à rappeler au directeur général et à l'équipe de soins l'importance de maintenir le cap, de demeurer vigilants face à la fragilité du succès et de faire preuve de sensibilité face aux intervenants qui, même s'ils ont intégré la philosophie d'intervention de l'établissement, doivent continuer à composer et à répondre aux besoins

		changeants, complexes et souvent imprévisibles d'une clientèle en très lourde perte d'autonomie » (Équipe ministérielle d'appréciation, 2004, p. 20).
21 avril 2004	Adoption du modèle régional par le conseil d'administration de l'Agence (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 7).	<ul style="list-style-type: none"> - « La très grande majorité des personnes et des instances consultées se sont montrées en accord avec la proposition de quatre RLSSSS. Dans tous les territoires, les citoyens consultés se sont dits d'accord avec le modèle proposé. Le Forum de la population a également déposé au conseil d'administration un avis favorable » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004). - « Propose 4 RLSSSS modelés sur les bassins de desserte des centres hospitaliers constituent une référence territoriale conforme aux plans régionaux d'organisation des services déployés au cours des 10 dernières années » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 2). - « Le modèle d'organisation des services en RLS a le mérite de recevoir une importante adhésion et a pour effet, dans le cas des RLSSSS de l'Amiante, de Montmagny-L'Islet et de Beauce-Etchemins, d'intégrer sur une même plate-forme un continuum de services de première et deuxième lignes qui, au demeurant, pourra offrir une gamme complète de services aux populations des territoires que de tels RLSSSS devront desservir » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 2). - « La proposition de la création de quatre RLSSSS dans Chaudière-Appalaches reçoit une adhésion importante même si quelques acteurs se sont dits contre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 4).
21 avril 2004	L'Agence dépose sa proposition de modèle d'organisation des réseaux locaux. Elle propose la création du RLS de Montmagny-L'Islet (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b).	<p><u>Ressources du territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 256 lits hébergement (112 pour l'Islet, 144 pour Montmagny) - HDM : 59 lits de courte durée. <p><u>Justification :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le territoire de Montmagny-L'Islet tel qu'il est constitué, rappelons-le, fait

		<p>appel à « l'histoire ». Les caractéristiques sociosanitaires sont assez similaires et favorisent le déploiement d'une offre de service uniforme. Les citoyens ont développé des sentiments d'appartenance à leur milieu, des habitudes d'échange, de communication et de consommation propres à favoriser le projet d'entreprise territorial et la rétention. Le respect de ce territoire de référence, de par sa géo-politique et les habitudes de circulation de sa population, est logique. Son découpage respecte le territoire administratif de d'autres services gouvernementaux, tels les territoires de commissions scolaires, CLD, CLE, district judiciaire, Sûreté du Québec, territoire de MRC » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 11).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La population du territoire consomme la grande majorité de ses services de santé localement (68,9% pour HDM). Il est à noter qu'une partie de la population (18,5%) consulte dans les régions de La Pocatière et de Québec. Il importe de souligner que l'étendue du territoire et la distance à parcourir entraîne de longs déplacements lors de suivis de santé pour une partie de la population vivant aux extrémités de la MRC de l'Islet. Le taux de rétention du CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny est de 95,4%, celui du Centre de santé de la MRC de l'Islet de 97,5% » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 11). <p><u>Instance locale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'Agence estime qu'à moyen terme, la création de cette instance amènera des gains au niveau de la fluidité, de la continuité, de la complémentarité entre les services de première et deuxième lignes. De plus, par la mise en commun des ressources, le regroupement des différents services amènera leur harmonisation sur l'ensemble du territoire de Montmagny-L'Islet, et garantira, par le maintien des points de services actuels, l'amélioration de l'accessibilité dans chaque territoire local et le plus près possible des citoyens, d'une gamme élargie de services de base » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 12).
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « L'instance locale de Montmagny-L'Islet sera constituée de 3 établissements, soit le centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu-de Montmagny avec 71 lits de courte durée, le Centre de santé de la MRC de l'Islet, les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny. L'instance s'appuie sur 69 médecins, dont 22 spécialistes. 256 lits d'hébergement dont disponibles » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 13). <p><u>Ressources :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « 1114 employés dont 963 ETC rattaché à 37 accréditations syndicales; - Le secteur administratif (cadres et professionnels de la gestion) nécessitera une attention particulière. Le profil de compétences des cadres supérieurs et intermédiaires est à revoir; - Le regroupement des établissements est bénéfique, car il offre une plus grande masse critique de main d'œuvre spécialisée et offre de meilleures possibilités aux salariés à statut précaire; - Au 31 mars 2003, l'instance locale de Montmagny-l'Islet dispose d'un budget brut de fonctionnement qui avoisine 50,6M\$ avec un solde négatif de 2,3M\$ essentiellement dû à l'activité hospitalière » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 15). <p><u>Enjeux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les établissements ont convenu du principe directeur suivant : travailler ensemble à partir du principe « gagnant-gagnant ». Dans chacun des trois sites majeurs, la nouvelle organisation devra minimalement s'assurer d'une concentration d'expertises différentes pour les activités administratives, financières ou de ressources humaines. De plus, le personnel sera mis à contribution dans la mise en œuvre des changements à venir. - « Caractéristiques territoriales : étendue du territoire, éparpillement et vieillissement de la population, présence d'un seul pôle urbain; - Accessibilité, disponibilité et proximité de tous les services de 1^{re} ligne et spécialisés pour l'ensemble de la population du territoire. Déploiement d'un offre de service qui optimisera l'autonomie territoriale;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - L'enjeu lié à la présence de quatre systèmes de garde, dont une urgence majeure à Montmagny, une urgence de 1^{re} ligne à St-Jean-Port-Joli, deux gardes médicales à St-Fabien-de-Panet et St-Pamphile » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 16).
30 avril 2004	Dépôt de la proposition du Ministre (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004c, p. 5).	
21 juin 2004	Création officielle des 5 RLS de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005b, p. 6).	
23 juin 2004	Le Ministre Couillard annonce la création de 5 RLS dans la région de Chaudière-Appalaches (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).	
Juillet 2004	Motion de félicitation du CA de l'ASSS de Chaudière-Appalaches aux CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny pour la qualité des services offert au Foyer D'Youville (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le Foyer d'Youville est le seul CHSLD du Québec à avoir reçu une note parfaite lors de la visite d'appréciation de la qualité des services » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a).
5 juillet 2004	Émission des lettres patentes du CSSS de Montmagny-L'Islet (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).	<p>Issu de la fusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé de la MRC de l'Islet - Les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny - L'Hôtel-Dieu-de-Montmagny
12 juillet 2004	1 ^{re} séance publique du conseil d'administration (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le nouveau conseil d'administration nommera entre autres le DG par intérim et amorcera le processus d'engagement d'un DG permanent » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).
Novembre 2004	Nomination de la direction générale du CSSS (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005).	
Mai 2005	Rencontres de la population dans 5 municipalités (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'équipe de direction a rencontré la population dans cinq municipalités afin de connaître la perception des gens quant à la dispensation des services de santé et de services sociaux dans tout le territoire » (Centre de

		<p>santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005, p. 4).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « En avril 2005, le comité de direction et d'orientation du CSSS de Montmagny-L'Islet a jugé prioritaire d'aller consulter la population afin de connaître leurs perceptions concernant les services de santé et de services sociaux disponibles et ceux à développer, le cas échéant » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005, p. 4).. - « La méthodologie utilisée consistait à aller rencontrer la population dans cinq municipalités situées aux quatre points cardinaux des deux MRC en incluant un rencontre à l'Isle-aux-Grues et ce, tout au cours du mois de mai 2005. Des invitations ont été transmises à 265 groupes sociaux et municipalités ainsi que par les journaux locaux et la radio. L'équipe de direction ainsi que les membres du conseil d'administration se sont mobilisés afin d'animer ces rencontres » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005, p. 4). - « 125 personnes sont venues aux rencontres dans les diverses municipalités » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 novembre 2005, p. 4).
Juillet 2005	Annonce d'une tournée de la directrice-générale à l'automne dans les installations (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « Soucieuse de répondre aux questions des employés, la directrice générale visitera l'ensemble des installations, accompagnée de quelques cadres supérieurs au tout début de l'automne » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005).
Septembre 2005	Lancement des travaux du projet clinique pour 6 des 9 programmes-clientèle (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - « D'ici le 31 mars 2006, chaque comité de travail devra : définir l'offre de service actuelle, définir la clientèle ciblée, identifier les écarts, identifier un plan d'action » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 4 juillet 2005, p. 9).
Octobre 2005	Dépôt du rapport annuel 2004-2005 du CSSSML (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005).	<p>Réalisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les services courants des CLSC ont intensifié leurs offres de services en continuité avec le centre hospitalier » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 11). - « Des liens plus étroits avec la communauté se sont créés afin de favoriser le désengorgement de l'urgence » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 13).

		<ul style="list-style-type: none"> - « Le CHSLD d'Youville de Montmagny a reçu une mention de reconnaissance de M. Philippe Couillard soulignant la qualité des services offerts dans le milieu de vie » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 13). - « Au niveau du soutien à domicile, des efforts ont porté fruit dans l'objectif de désengorger l'urgence de l'hôpital et le remplacement des personnes dans une ressources d'hébergement appropriée » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 15). - « Consolidation des équipes médicale et pharmaceutique par un travail de recrutement intensif » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 19). - « Poursuite des activités de la buanderie communautaire desservant la moitié du territoire de Chaudière-Appalaches » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 23). <p>Perspectives pour 2005-2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Superviser les démarches devant conduire au projet d'organisation clinique; - Assurer l'atteinte de la cible budgétaire; - Consolider le plan d'organisation du CSSS » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 5). - « Consolider l'offre de service de l'hôpital et des services dans la communauté en favorisant la consolidation de liens fonctionnels »(Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 13) - « Assurer la mise en application de la loi 30 » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2005, p. 25).
8-29 novembre 2005	2 ^e tournée de consultation de la population	<ul style="list-style-type: none"> - « En mai 2005, lors de la consultation de la population, plusieurs personnes nous ont signifié un intérêt à ce que l'on retourne les rencontrer afin de leur faire part des résultats de la consultation et des travaux réalisés. Ainsi, cinq rencontres ont été réalisées en novembre 2005 afin de faire un bilan de la consultation de mai et d'entendre les préoccupations des citoyens. L'équipe de gestion était présente dans cinq municipalités : Saint-Paul, Saint-Jean-Port-Joli, Sainte-Perpétue, Montmagny et l'Isle-aux-Grues » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 28

		<p>mars 2006, p. 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « 50 citoyens ont été rencontrés. Il est à noter que plusieurs maires, conseillères et conseillers des municipalités étaient présents » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 28 mars 2006, p. 2). - « Le but visé par cette consultation était de présenter le bilan de la 1^{re} consultation réalisée en mai 2005, d'écouter les préoccupations et les propositions des citoyens. De plus, nous avons sondé les besoins entourant la création d'un Forum de la population durant la prochaine année » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 28 mars 2006, p. 2).
14 décembre 2005	Le CA de l'ASSS de Chaudière-Appalaches approuve la construction de 4 projets de 16 lits chacun, en remplacement des Centres d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005a).	
Avril 2006	Le MSSS annonce la construction de deux maisons d'hébergement (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, janvier 2007a).	<ul style="list-style-type: none"> - « Développement d'un projet novateur pour les aînés en perte d'autonomie qui permettra de construire à Saint-Eugène et à Sainte-Perpétue deux maisons contenant chacune 2 unités de 16 résidents » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, janvier 2007a). - « Les maisons d'hébergement seront situées au cœur du village de chaque municipalité soit à proximité des églises et des autres services » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, janvier 2007b).
Octobre 2006	Dépôt du rapport annuel 2005-2006 du CSSSML (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année a été marquée par de nombreux changements au plan organisationnel et nous sommes reconnaissants envers le personnel pour le professionnalisme avec lequel ils ont desservi la clientèle du territoire, et ce, malgré tous les défis rencontrés » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 7). - « Un comité de travail intersectoriel a été mis en place pour chacun des programmes-services afin d'évaluer l'offre de service actuelle à la lumière des besoins de la population et de déterminer les priorités d'amélioration à actualiser au cours des prochaines années » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 7). - « L'établissement a dû consolider sa structure organisationnelle avec tout

		<p>ce qu'engendre un tel exercice au sein d'une organisation : incertitude, période de flottement, perte des repères. Au terme de l'année 2005-2006, l'équipe de gestion était majoritairement constituée et le travail de clarification des mandats respectifs déjà bien amorcé » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 7).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au plan financier, de nombreux défis ont été au rendez-vous. Ainsi, un travail d'unification du budget global de l'établissement, composé de trois budgets antérieurs, a été au cœur des préoccupations de même que l'harmonisation des services comptables et des systèmes de paie du personnel » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 7). - « La gestion des ressources humaines a été un des plus grands défis de l'organisation en cette période de grands bouleversements » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 8). - « Parallèlement, les mesures d'attraction se sont poursuivies tout au long de l'année pour le recrutement de médecins spécialistes, particulièrement en anesthésiologie, et le recrutement de médecins omnipraticiens pour le territoire de l'Islet » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 8). - « Le nouveau Centre mère-enfant de l'Hôpital de Montmagny a pu être inauguré » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 8). <p>Les perspectives 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Élaborer le plan de mise en œuvre des travaux devant conduire à la révision et à la diffusion de l'offre de service du RLS; - Identifier les priorités et signer les ententes de service avec les partenaires de la région et les partenaires du milieu; - Mettre en place une structure de consultation, formée de représentants de la population de Montmagny-L'Islet; - Développer des mécanismes de communication et d'éducation grand public; - Assurer une utilisation judicieuse des ressources; - Maintenir et améliorer la mobilisation du personnel de l'établissement;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Supporter la démarche d'agrément; - Poursuivre l'harmonisation des pratiques professionnelles et administratives » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 9). <p><u>Objectifs 2005-2006 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Intégration d'une seule coordination pour l'ensemble des services en santé mentale 1^{re} et 2^e lignes toute clientèle dans cinq sites du CSSS; - Réaliser et actualiser la démarche du projet clinique; - Former des équipes de travail (programmes services) selon la nouvelle vision territoriale; - Élaborer un plan structuré de guichet unique pour le CSSS de Montmagny-L'Islet » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 25) - « Poursuivre les mesures pour consolider les équipes médicales sur tout le territoire du CSSS de Montmagny-L'Islet par un recrutement actif ciblé » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2006, p. 61).
23 octobre 2006	Élection des représentants de la population au conseil d'administration du CSSS. Les représentants pour la région de Montmagny-L'Islet sont élus sans concurrents (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 24 octobre 2006).	
Novembre 2006	Dépôt du projet d'organisation clinique du CSSS à l'Agence (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 7).	
Janvier 2007	Le CSSS de Montmagny-L'Islet devient le seul mandataire de la gestion des services de santé au travail pour Chaudière-Appalaches (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 54).	
Avril 2007	Première rencontre du Forum de la population du CSSS de Montmagny-L'Islet (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007).	
Mai 2007	Démarche d'accréditation de la qualité des services (Centre	

	de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007).	
Juin 2007	Visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 77).	
12 juin 2007	Projet d'organisation clinique : tenue d'une rencontre de suivi (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 7).	
Septembre 2007	Début de la 1 ^{re} phase d'agrandissement de l'Urgence de l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008).	
Octobre 2007	Dépôt du rapport annuel 2006-2007 du CSSS de Montmagny-L'Islet (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2006-2007 a donné lieu à plusieurs activités de consolidation et d'harmonisation des services » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 7). - « Le nouveau conseil d'administration a maintenu la pratique de se déplacer dans les sites de l'organisation situés aux quatre pôles du territoire pour la tenue des séances publiques, favorisant ainsi la présence des citoyens à ces rencontres » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 7). - « La loi 83 demandait également aux CSSS nouvellement créés de mettre sur pied une structure de consultation de sa population. Sur notre territoire, les membres du conseil d'administration ont convenu de mettre en place un Forum de la population composé d'un représentant de chacune des 28 localités de Montmagny-L'Islet. Celui-ci a tenu une première rencontre en avril 2007 et le mandat de ce comité est principalement de donner avis sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur le territoire » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 7). - « Réorganisation des services médicaux à Saint-Pamphile afin de standardiser les heures d'ouverture et les présences médicales au CLSC en plus d'améliorer l'accès à un médecin de famille pour la prise en charge » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 60). - « Présentation du projet pour la médecine nucléaire au Ministère » (Centre

		de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2007, p. 60).
Novembre 2007	Début des travaux de construction des maisons d'hébergement de St-Eugène et Ste-Perpétue (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, janvier 2008).	
Décembre 2007	Ouverture de la Coopérative régionale de santé de l'Islet (Fournier, 8 décembre 2008).	
5 décembre 2007	Signature d'une entente intitulée «Formation et emploi assurés en soins infirmiers sur la Côte-du-Sud» (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 5 décembre 2007).	
Février 2008	Le CSSS procède à une deuxième mesure de satisfaction du personnel (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 8).	- « Près de 50% des employés ont répondu au questionnaire proposé et les résultats témoignent de plusieurs belles améliorations, et ce, tant au plan de la satisfaction personnelle au travail qu'au plan de la perception des avancées organisationnelles. De beaux défis subsistent en ce qui a trait notamment à la circulation de l'information et à la reconnaissance du personnel » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 8).
9 avril 2008	Lancement du guide des services du CSSS (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 9 avril 2008).	- « Ce document de 32 pages dresse un survol des services offerts à l'hôpital de Montmagny, dans les CLSC et les centres d'hébergement de Montmagny-L'Islet » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 9 avril 2008). - « Réalisé à la suggestion du Forum de la population qui est consulté 2 fois par année [...] et diffusé dans tous les foyers de Montmagny-l'Islet » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 8).
Mai 2008	L'urgence de l'Hôpital de Montmagny maintien sa cote A dans le palmarès des urgences publié par La Presse (Gendron, 22 mai 2008).	- « L'urgence demeure dans le peloton de tête des six hôpitaux du Québec ayant obtenu la cote A » (Gendron, 22 mai 2008).
Juin 2008	Transfert du suivi psychosocial de 92 usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement vivant dans les ressources de type familial de Montmagny-L'Islet (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 13).	
Juillet 2008	Le CSSS de Montmagny-L'Islet se voit confirmer son tout	

	premier agrément (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 7).	
Automne 2008	Travaux d'agrandissement de l'hôpital de Montmagny (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « Cette 1^{re} phase qui a débuté l'automne dernier est la plus importante phase du chantier. Elle permettra de construire la nouvelle Urgence qui sera opérationnelle en juin 2008 » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20 février 2008).
Octobre 2008	Dépôt du rapport annuel de gestion 2007-2008 du CCSSS-ML (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2007-2008 a été marquée par des travaux de construction majeurs tant à l'Hôpital qu'en soins de longue durée » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 8). - « Parmi les dossiers importants réalisés en cours d'année, il nous fait mentionner la signature des ententes dans le cadre des négociations locales avec les trois instances syndicales qui regroupent l'ensemble du personnel de l'organisation » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 8). <p><u>Perte d'autonomie liée au vieillissement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La collaboration des équipes de soutien à domicile et des centres d'hébergement a contribué à la réussite de la bonne performance et des résultats intéressants à l'urgence de l'hôpital » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 36). <p><u>Parmi les objectifs organisationnels 2007-2008 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Tenir des rencontres de consultation avec les représentants du Forum de la population sur les orientations de l'établissement au regard du maintien et du développement des services de santé et des services sociaux dans Montmagny-L'Islet » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 9). - « Élaborer et actualiser, pour la population de Montmagny-L'Islet, un plan de visibilité des services dispensés et des bons coups réalisés par l'établissement » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 9). - « Actualiser les mécanismes de communication et d'éducation au grand public visant à promouvoir de saines habitudes de vie et la reponsabilisation des individus au regard de leur propre santé » (Centre de

		santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2008, p. 9).
2 octobre 2008	Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux : Le CSSSML se voit décerné un prix Coup de cœur du ministre pour la réalisation du projet des maisons d'hébergement de Sainte-Perpétue et Saint-Eugène (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 20).	
22 octobre 2008	Tenue d'une séance publique d'information pour faire état des principales réalisations de l'année (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 22 octobre 2008).	« Des projets d'envergure se sont démarqués dans l'année : <ul style="list-style-type: none"> - La construction des maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue; - Les travaux d'agrandissement de l'Hôpital de Montmagny; - Établissement d'une structure de consultation de sa population par la mise en place d'un Forum de la population formé d'un représentant de chacune des localités des deux MRC; - Le CSSS a reçu sa 1^{re} accréditation de qualité; - Atteinte de l'équilibre budgétaire » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 22 octobre 2008).
Février 2009	Départ de la DG Arrivée d'un intérim (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009)	
Mars 2009	Réalisation d'un sondage de satisfaction de la clientèle (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 16 mars 2009).	
Printemps 2009	Le CSSSML adopte des modifications temporaires à sa structure opérationnelle.	<ul style="list-style-type: none"> - « A été créée une direction de la qualité, de la performance et du développement organisationnel; - Des modifications sont aussi proposées dans la structure des directions programmes, et ce, afin de s'harmoniser avec le modèle actuel de financement et de reddition de comptes« » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 20).
Avril 2009	Le CSSSML s'est mérité un prix régional et est nommé finaliste dans la catégorie « intégration des services » pour les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux du MSSS édition 2008-2009 (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010).	
21 avril	Aménagement des nouveaux locaux des soins intensifs de	

2009	l'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 25 mai 2009).	
Mai 2009	Mise en place d'un guichet unique d'accès santé et psychosocial (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « En 2008-2009, on assiste au début des travaux pour la mise en place du guichet d'accès aux services médicaux pour la clientèle vulnérable dite orpheline. Une simple référence au guichet unique, une brève évaluation de l'état de santé de l'usager garantissent à tout usager vulnérable l'accès à un médecin de famille à l'intérieur de délais fixés provincialement » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 16). - « Depuis l'instauration du guichet, l'établissement a noté un gain d'efficacité et une diminution des risques » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, p. 16).
28 mai 2009	L'Hôpital de Montmagny se classe en tête du palmarès des urgences (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 29 mai 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - Le palmarès « fait état de performances notables pour l'Urgence de l'Hôpital de Montmagny qui maintient, pour une deuxième année consécutive, la note A concernant la durée de séjour des usagers » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 29 mai 2009).
Juin 2009	Dépôt du rapport annuel de gestion 2008-2009 du CSSS de Montmagny-L'Islet (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009).	<p><u>Faits marquants de l'année :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Montmagny; - Projet Défi-santé : « identifier les grands consommateurs de services d'urgence afin de leur offrir des services mieux adaptés et une meilleure prise en charge de leur état de santé » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 5); - Intégration d'une infirmière praticienne de première ligne dans le secteur de Saint-Pamphile. - « Optimisation des services suite à la démarche Toyota Lean Healthcare au bloc opératoire » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 6). <p><u>Personnes en perte d'autonomie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La mise en opération des maisons d'hébergement de Saint-Eugène et de Sainte-Perpétue aura permis de revoir les modes d'organisation du travail en milieu d'hébergement et d'innover en décloisonnant les tâches permettant ainsi d'offrir des services de plus en plus adaptés aux besoins de la clientèle hébergée » (Centre de santé et de services sociaux de

		<p>Montmagny-L'Islet, 2009, p. 13).</p> <p><u>Services médicaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Depuis quelques années, une entente convenue entre les médecins pratiquant dans le territoire de l'Islet-Sud et ceux du Groupe de médecine familiale de Montmagny a permis à la population de ce territoire d'avoir accès à une offre de services médicaux sans rendez-vous, de chirurgie mineure, de suivis de grossesse de même qu'à des services de prise en charge de la clientèle par une équipe médicale stable » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 17). - « Présentation de l'approche gériatrique en centre hospitalier; - Entente de service avec le CSSS de Beauce en anesthésiologie et en radiologie qui a permis de diminuer l'impact des ruptures de services » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2009, p. 18).
8 juillet 2009	Intégration d'omnipraticiens au département d'oncologie	<ul style="list-style-type: none"> - « Le département d'oncologie de l'Hôpital de Montmagny se démarque des autres centres hospitaliers par la présence de deux médecins omnipraticiens qui assurent les suivis des usagers en traitement » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 8 juillet 2009).
Août 2009	Le département d'oncologie de l'Hôpital de Montmagny est considéré comme l'un des plus efficaces au Québec (Fournier, 6 août 2009).	
28 août 2009	Le député Norbert Morin octroi une enveloppe budgétaire de 446 000\$ au CSSSML pour réaliser des rénovations (Bouchard, 28 août 2009).	
Octobre 2009	Le CSSSML accueille la 1 ^{re} infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en Chaudière-Appalaches (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, p. 17).	
Octobre 2009	Le conseil d'administration réitère l'importance de tenir une rencontre par année dans le secteur sud des deux MRC.	<ul style="list-style-type: none"> - Pour favoriser la participation de la population de tout le territoire (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20 octobre 2009)
28 octobre 2009	Tenue d'une assemblée publique d'information .	<ul style="list-style-type: none"> - À Cap-St-Ignace - 175 invitations ont été envoyées à travers l'ensemble des partenaires du territoire (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20

		octobre 2009).
Novembre 2009	Fin des travaux d'agrandissement de l'Hôpital de Montmagny (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010).	
16 novembre 2009	Entrée en fonction d'un nouveau directeur général (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 20 octobre 2009).	
5 février 2010	Inauguration de la nouvelle urgences de l'hôpital de Montmagny (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 5 février 2010).	
29 avril 2010	Lancement d'une nouvelle approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux lancée à l'Hôpital de Montmagny (Simard, 29 avril 2010).	
Mai 2010	Visite d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010).	
Mai 2010	L'urgence de l'Hôpital de Montmagny maintient sa cote A dans le palmarès des urgences publié par La Presse (Simard, 1 juin 2010).	
Juin 2010	Dépôt du rapport annuel 2009-2010 de gestion du CSSSML.	<ul style="list-style-type: none"> - « La dernière année a été marquée par l'arrivée d'un nouveau directeur général » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, p. 5) - « Un nouveau plan d'organisation a été déposé afin de mieux répondre aux défis actuels et futurs » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, p. 5). - « Le CSSSML a procédé à une grande consultation publique afin d'établir une planification stratégique 2010-2015. Une nouvelle vision est ressortie comme un consensus général : Santé et mieux-être au cœur de notre communauté » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, p. 5). <p><u>Principaux défis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « La circulation de l'information clinique entre prestataires de soins est à améliorer; - L'offre de service n'apparaît pas encore harmonisée et ajustée aux besoins

		<p>propres de la population et des services;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le vieillissement de la population; - Les bris de services ponctuels; - La réduction des activités de promotion de la santé; - Certaines installations et certains secteurs de l'Hôpital du CSSSML sont vétustes; - Le CSSSML vit une pénurie d'effectifs; - Le sentiment d'appartenance au CSSSML doit être consolidé » (Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, 2010, pp. 12-13).
17 juin 2010	Réalisation d'une exposition célébrant les réalisations du CSSS.	<ul style="list-style-type: none"> - « L'exposition se compose de 34 panneaux garnis de 68 textes et des nombreuses photos. Cette récolte des bons coups touche tous les secteurs d'activités et tous les sites de l'établissement » (Gendron, 18 juin 2010).
Novembre 2010	La survie de l'urgence du CLSC de St-Jean-Port-Joli est menacée.	<ul style="list-style-type: none"> - « Alors que le CSSS de Montmagny-L'Islet refuse toujours de se positionner publiquement sur la survie ou non de l'urgence au CLSC de Saint-Jean-Port-Joli, il apparaît de plus en plus certain que la solution préconisée passe par la mise en place d'une clinique sans rendez-vous avec un meilleur accès à un médecin de famille » (Gendron, 3 novembre 2010). - « Les quart de travail réalisés par les médecins locaux couvrent seulement 45% des besoins de l'urgence et que celle-ci est souvent utilisée comme une clinique sans rendez-vous parce que les gens n'ont pas accès à un médecin de famille » (Gendron, 3 novembre 2010). - « Il est à noter que cette réorganisation des services de santé dans l'Islet-Nord n'a pas soulevé de réel débat au sein de la population du moins pour l'instant » (Gendron, 3 novembre 2010).
23 novembre 2010	La fermeture appréhendée du service d'urgence de la MRC commence à susciter des inquiétudes dans la population.	<ul style="list-style-type: none"> - « Au terme des consultations sur invitation réalisées par le centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, un groupe de pression a été mis sur pied pour mobiliser le milieu afin de maintenir l'urgence au CLSC de Saint-Jean-Port-Joli » (Gendron, 23 novembre 2010). - « C'est inconcevable et insensé de prétendre avoir l'intention de développer une région et du même coup de fermer ses services essentiels » (Gendron, 23 novembre 2010). - « La population du sud de l'Islet, qui a déjà perdu son urgence, serait encore plus vulnérable face à une telle décision » (Gendron, 23 novembre

		<p>2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « La fermeture de l'urgence, quelque part en 2011, serait-elle une commande de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches pour récupérer des médecins dépanneurs et les envoyer dans d'autres régions dans le besoin? C'est ce qu'on suppose dans le milieu en se basant notamment sur des indices. En effet, depuis un an, sur le territoire de la MRC de l'Islet, les ambulances sont détournées vers Montmagny dès 16h à tous les jours » (Gendron, 23 novembre 2010).
--	--	---

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004). *Communiqué de presse: Création du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (18 février 2004). *Cadre de référence. Développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches. Document d'appui à la consultation*. Sainte-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 70 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (19 février 2004). *Communiqué de presse: Chaudière-Appalaches: Lancement des consultations sur les modèles de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (22 avril 2004). *Communiqué de presse: Adoption de la proposition de modèle de réseaux locaux en Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2003). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Septembre 2003, volume 2, numéro 5*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, juillet 2004, volume 3, numéro 2*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 10 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004b). *Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches: sommaire*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 50 p.

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004c). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, mars 2004, volume 1, numéro 1*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005a). *Concertation action Chaudière-Appalaches - Express, Décembre 2005, volume 4, numéro 5*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 5 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005b). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 195 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (24 octobre 2006). *Communiqué de presse. Élections de tous les représentants de la population dans les établissements de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 2 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2009). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 128 p.
- Bouchard, C. (28 août 2009). 446 598\$ pour des rénovations au CSSS de Montmagny-L'Islet, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne]. [http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=107074&id=841&type=search&search1=446 598](http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=107074&id=841&type=search&search1=446%20598) (Page consultée le 17 décembre 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (4 juillet 2005). *Projet clinique Express. Volume 1, numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (5 décembre 2007). *Communiqué de presse: Formation et emploi assurés en soins infirmiers sur la Côte-du-Sud*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (5 février 2010). *Communiqué de presse: Inauguration de la nouvelle urgence de l'Hôpital de Montmagny*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (8 juillet 2009). *Communiqué de presse: Travaux d'agrandissement de l'Hôpital de Montmagny. Environnement de pointe et compétence en Médecine de Jour/Oncologie*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (9 avril 2008). *Communiqué de presse: Un outil de référence à conserver. Le Guide des services du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (16 mars 2009). *Communiqué de presse: Sondage de satisfaction auprès de la clientèle. La satisfaction, une priorité au Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (20 février 2008). *Communiqué de presse: Les travaux vont bon train à l'Hôpital de Montmagny*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (20 octobre 2009). *Procès-verbal - Quarante-septième séance régulière du conseil d'administration*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 8 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (22 octobre 2008). *Communiqué de presse: Rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. Le CSSS de Montmagny-L'Islet débute l'agrandissement de son hôpital et construit les maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (25 mai 2009). *Communiqué de presse: Travaux d'agrandissement: Des nouveaux soins intensifs de pointe à l'Hôpital de Montmagny*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (25 novembre 2005). *Projet clinique Express. Volume 1, numéro 2*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (28 mars 2006). *Projet clinique Express. Volume 2, numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 8 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (29 mai 2009). *Communiqué de presse: Palmarès des urgences du Québec. L'Hôpital de Montmagny toujours en tête*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2005). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 31 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2006). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 91 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2007). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 77 p.

- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2008). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2007-2008*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 69 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2009). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 68 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (2010). *CSSSML. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 61 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (janvier 2007a). *Info Maisons d'hébergement. Année 1, Numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 6 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (janvier 2007b). *Info Maisons d'hébergement. Année 2, Numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 13 p.
- Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet. (janvier 2008). *Info Maisons d'hébergement. Numéro 1*. Montmagny: CSSS de Montmagny-L'Islet, 4 p.
- Côté, R. (7 octobre 1993). Mises à pied et fermeture de la radiologie au CLSC des Appalaches. *Le Soleil*, p. B2.
- Côté, R. (12 mai 1994). Coupes en Chaudière-Appalaches. Les personnes en perte d'autonomie écopent. *Le Soleil*, p. B1.
- Côté, R. (29 avril 1994). Direction de la santé publique. La Régie de la santé préfère Montmagny à Lévis. *Le Soleil*, p. B1.
- Équipe ministérielle d'appréciation. (2004). *Rapport d'appréciation de la qualité des établissements d'hébergement et de soins de longue durée: CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p.
- Fournier, L. (25 janvier 1993). Les régions toujours en proie à une pénurie des médecins. *Le Soleil*, p. B1.
- Fournier, S. (6 août 2009). La façon de faire se démarque. *Le Soleil*, p. 26.
- Fournier, S. (6 décembre 1996). Hôtel-Dieu de Montmagny. Surplus de 653 000\$. *Le Soleil*, p. A6.
- Fournier, S. (7 octobre 2000). L'Hôtel-Dieu de Montmagny certifié ISO. *Le Soleil*, p. E14.

Fournier, S. (8 décembre 2008). Témoins du passé. *Le Soleil*, p. 44.

Fournier, S. (12 juillet 2003). Hôtel-Dieu de Montmagny. Déficit de 840 000\$ malgré les économies. *Le Soleil*, p. A14.

Gendron, D. (3 novembre 2010). Services de santé dans l'Islet-Nord: La clinique dans rendez-vous apparaît comme la solution envisagée, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne]. <http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=164834&id=841&type=search&search1=Islet-Nord> (Page consultée le 17 décembre 2010).

Gendron, D. (18 juin 2010). Le CSSS de Montmagny-L'Islet célèbre ses bons coups, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne]. <http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=146850&id=841&type=search&search1=célèbre> (Page consultée le 17 décembre 2010).

Gendron, D. (22 mai 2008). L'Urgence de Montmagny conserve une excellente note, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne]. <http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=59531&id=841&type=search&search1=urgence> (Page consultée le 17 décembre 2010).

Gendron, D. (23 novembre 2010). SOS urgence: L'Islet-Nord appelle à la résistance, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne]. <http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=167608&id=841&type=search&search1=sos> (Page consultée le 17 décembre 2010).

Giguère, M. (10 mai 1997). Rapatriement sur la Rive-Sud du service de buanderie: Un trip d'autonomie coûteux, estime la CSN. *Le Soleil*, p. A8.

Inconnu. (4 décembre 2000). L'équilibre enfin atteint. *Le Soleil*, p. A5.

Inconnu. (8 mai 1995). Saint-Jean-Port-Joli. Médecins dissidents. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (9 septembre 2003). Montmagny a enfin son scanner. *Le Soleil*, p. A13.

Inconnu. (15 mars 1996). Montmagny. Virage ambulatoire. *Le Soleil*, p. A4.

Inconnu. (31 janvier 1992). Dossier de la régie régional de la santé. Lévis à couteaux tirés avec Jean Garon. *Le Soleil*, p. B14.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (23 juin 2004). *Communiqué de presse: Les ministres Philippe Couillard et Carole Thériault annoncent la création de cinq réseaux locaux de services dans la région de Chaudière-Appalaches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). Répertoire des établissements - CENTRE D'ACCUEIL DE SAINT-FABIEN-DE-PANET (1228-6688) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02InstDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=5084&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). Répertoire des établissements - CENTRE D'ACCUEIL DE ST-EUGENE DE L'ISLET INC. (1298-9182), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=900&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004c). Répertoire des établissements - CLSC - CENTRE D'ACCUEIL DES APPALACHES (2740-5141), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=923&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004d). Répertoire des établissements - CLSC DES APPALACHES (1332-5345) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=1281&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004e). Répertoire des établissements - CLSC TROIS-SAUMONS (1461-3400) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=904&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004f). Répertoire des établissements - FOYER D'YOUVILLE (1255-3798), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=772&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004g). Répertoire des établissements - FOYER SAINTE-PERPETUE-DE-L'ISLET INC. (1267-6730), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=1279&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004h). Répertoire des établissements - FOYER ST-PAMPHILE INC. (1278-7552), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02InstDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=6234&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004i). Répertoire des établissements - HOTEL-DIEU DE MONTMAGNY (1253-0259), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=512&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004j). Répertoire des établissements - LE FOYER BON-SECOURS INC. (1239-9861) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=892&PagePrec=M02HistEtab> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004k). Répertoire des établissements - LES C.L.S.C. ET C.H.S.L.D. DE LA M.R.C. DE MONTMAGNY (1104-3189), [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=467&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004l). Répertoire des établissements -CENTRE DE SANTE DE LA MRC DE L'ISLET (1104-2736) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=455&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004m). Répertoire des établissements -CLSC ANTOINE-RIVARD (1470-4050) [En ligne]. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02EtabDonneesHist.asp?CdIntervSocSan=773&Retour=M02RechHisto.asp> (Page consultée le 14 janvier 2011).
- Pelchat, P. (1^{er} septembre 1995). Santé dans Chaudière-Appalaches: Fusions et regroupements dans le collimateur de la Régie. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (8 mai 1999). Hôtel-Dieu de Montmagny: Impasse financière. Étranglé par un déficit de 2 M\$, l'hôpital menace de couper des services *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (15 décembre 1994). Déménagement du DSC de Lévis à Montmagny. Les députés demandent à Rochon de changer d'idée. *Le Soleil*, p. B1.
- Pelchat, P. (16 mars 1996). Santé: nombreuses fusions en Chaudière-Appalaches. *Le Soleil*, p. A11.
- Pelchat, P. (20 novembre 1999). Quand l'arbitre s'en mêle. Le centre hospitalier de Montmagny forcé d'ouvrir une dizaine de postes d'infirmières *Le Soleil*, p. A11.
- Pelchat, P. (28 septembre 1995). Chaudière-Appalaches. Le couperet tombe. *Le Soleil*, p. A3.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995a). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 80 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995b). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix - décisions*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 104 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995c). *Plan d'action 1995-1996: «L'opportunité de transformer»*. Plan de contribution et d'allocation régionale. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 25 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1999). *Plan de consolidation 1999-2002*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 108 p.

Ricard-Châtelain, B. (29 octobre 2003). Rationalisation dans les urgences. La Régie de la santé de Chaudière-Appalaches consulte pour savoir où couper. *Le Soleil*, p. A1.

Saint-Pierre, M. (21 février 2004). Chaudière-Appalaches. Des locaux pour isoler et traiter les malades contagieux. *Le Soleil*, p. A10.

Simard, M.-F. (1 juin 2010). L'Hôpital de Montmagny maintient sa cote A, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne].
<http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=144474&id=841&type=search&search1=maintient> (Page consultée le 17 décembre 2010).

Simard, M.-F. (29 avril 2010). Pour des accouchements encore plus sécuritaires à l'Hôpital de Montmagny, *Le Peuple Côte-Sud* [En ligne].
<http://lepeuplecotesud.canoe.ca/webapp/sitepages/search/results.asp?contentid=140112&id=2269&type=search&search1=accouchements> (Page consultée le 17 décembre 2010).

St-Pierre, M. (20 novembre 1999). Hôpitaux de Chaudière-Appalaches. Déficit de 10M\$. *Le Soleil*, p. A4.

St-Pierre, M. (25 mai 1994). Le CLSC des Appalaches craint une fusion avec Trois-Saumons. Moins de lits, de soins et de services. *Le Soleil*, p. B2.

Annexe 11 : Tableau synoptique du territoire de Thetford

DATE	ÉVÉNEMENT	DÉTAILS
1910	Inauguration de l'hôpital St-Joseph (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Sous l'autorité des Sœurs de la Charité.
1929	Construction d'un nouvel édifice (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1954	Construction du Foyer Valin de St-Méthode (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Le Foyer Valin a aussi eu une maternité de 1955 à 1976.
1960	1 ^{er} agrandissement du Foyer Valin. Réaménagement d'un secteur en hôpital pour les malades chroniques (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1964	Début des démarches pour implanter un Foyer pour personnes âgées (Villa Lavoie) à Thetford Mines (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). - Construction : 1967 - Ouverture : 1970	Grâce au député du comté de Wolfe.
1965	Foyer Sacré-Cœur-de-Jésus voit le jour à East Broughton (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). - Ouverture : 1967	Sous l'initiative de la Chambre de commerce d'East-Broughton.
1966	La corporation du Foyer du Lac Noir reçoit ses lettres patentes. Organisation d'une souscription publique auprès de la population locale (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b). - Ouverture : 1968	
1967	Ouverture du Foyer Sacré-Cœur-de-Jésus à East Broughton (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	

Août 1967	Construction du Centre d'accueil de Thetford (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1968	Le Foyer Valin de St-Méthode obtient un permis d'hôpital (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1968	Ouverture du Foyer du Lac-Noir à Black Lake (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Administré par les Sœurs de la charité de Saint-Louis.
1968	Une nouvelle corporation publique prend la relève des Sœurs de la charité. Construction d'un nouvel édifice qui devient l'Hôpital général de la région de l'Amiante (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1970	Ouverture de la Villa Lavoie à Thetford Mines (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b) - Ouverture : 1971	
1971	Accueil des 1ers patients à l'Hôpital général de la région de l'Amiante. L'Hôpital St-Joseph est transformé en Pavillon St-Joseph qui accueille des malades chroniques (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Transformation en mission d'hébergement.
1980	Formation du comité provisoire pour la création d'un CLSC sur le territoire de l'Amiante. Obtention des lettres patentes en novembre (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1981	Nomination du 1 ^{er} directeur-général et 1 ^{re} séance du conseil d'administration du CLSC (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1982	Ouverture officielle du CLSC à Disraeli et d'un point de service à East Broughton (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1984	Ouverture d'un point de service du CLSC à St-Méthode-	

	de-Frontenac (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1986	Création de la Fondation de l'hôpital de la région de Thetford (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010c).	- Trois campagnes de financement majeures : 1986, 1990, 2001.
1986	Campagne de financement majeure de la Fondation de l'hôpital de la région de Thetford (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010c).	
1987	Arrivée d'un nouveau directeur général au Centre hospitalier de la région de l'Amiante (Bouliane, 22 décembre 2008)	
1987	L'appellation « Centre d'accueil de Thetford » est modifiée pour devenir «Résidence Denis Marcotte» (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1988	Arrivée d'un nouveau directeur général au CLSC Frontenac (Duplessis, 24 février 2006).	
1988	Création de la Fondation de la résidence Denis Marcotte (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1988	Le Centre administratif du CSLC est transféré à Thetford Mines. Disraéli devient un point de services (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1988	Nouvelle dénomination pour l'hôpital: le Centre hospitalier de la région de l'Amiante (CHRA) (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1990	Campagne de financement majeure de la Fondation de l'hôpital de la région de Thetford (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010c).	
1993	Réaménagement du Foyer Valin pour maintenir sa vocation de CHSLD (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
1993	Regroupement des CHSLD de l'Amiante	

15 août 1995	Dépôt du document « À l'heure des choix » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a).	<ul style="list-style-type: none"> - Constat : « Les efforts de mise en commun des ressources entre les établissements du territoire ont donné peu de résultats jusqu'à maintenant » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 19). <p>Rapprochements administratifs - mesure retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Demander aux regroupements de CHSLD et aux CLSC des MRC suivantes de déposer à la Régie régionale, d'ici le 1^{er} février 1996, un projet de mise en commun de leurs services et de leurs ressources : MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny, Amiante » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995a, p. 58).
1 ^{er} septembre 1995	Recommandations d'un comité aviseur en santé physique de n'avoir qu'un seul centre administratif par territoire de MRC (Amiante, Montmagny, Robert-Cliche et Beauce-Sartigan) et de se rendre éventuellement à un centre administratif pour deux territoires (Pelchat, 1 ^{er} septembre 1995, p. A5).	
28 septembre 1995	Dépôt du document « À l'heure des choix : Décisions » par la Régie régionale de Chaudière-Appalaches (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b).	<p>Rapprochements d'établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Concernant les MRC Nouvelle-Beauce, Lotbinière, Montmagny et L'Amiante, les participants aux audiences ont exprimé leur accord mais demandent de respecter leur rythme de cheminements » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 80). <p>Projet de mise en commun des services et des ressources entre les trois établissements (Fecteau, 28 septembre 2000).</p> <p>Pétition de 26 677 noms envoyée à la Régie régionale par le Comité de survie du Centre hospitalier de la région de l'Amiante (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1995b, p. 104).</p>
28 septembre 1995	Séance du conseil d'administration de la RRSSS de CA : adoption d'une série de mesures pour économiser 51M\$	« Fixe le quota de lits pour le centre hospitalier de l'Amiante à 86 pour 1998 » (Pelchat, 28 septembre 1995, p. A3).

	sur 3 ans (Pelchat, 28 septembre 1995).	
1995	Coupes récurrentes de 2,3 M\$ imposées au CHRA pour l'exercice 1995-1996 (Bussières, 22 avril 1996).	
1995	Un Centre intégré de ressources alternatives (CIRA) voit le jour au CHRA (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Regroupe l'hôpital de jour, la gériatrie et la médecine de jour (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 20).
Avril 1996	Exercice financier du CHRA : Surplus accumulé de 700 000\$. Annonce de coupes de 3 M\$ pour l'exercice 1996-1997 (Bussières, 22 avril 1996).	
Décembre 1996	Fusion officielle des cinq centres d'accueil du territoire : <ul style="list-style-type: none"> - Foyer Sacré-Coeur-de-Jésus (East Broughton) - Résidence Denis-Marcotte (Thetford Mines) - Foyer Lac Noir (Black Lake) - Villa Lavoie (Disraéli) - Foyer Valin (St-Méthode) (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Mai 1997	La Régie régionale de Chaudière-Appalaches adopte un plan d'actualisation sur la rationalisation des services de buanderie (Fecteau, 10 mars 2000). <ul style="list-style-type: none"> - Décision : 1997 - Confirmé : 2000 - Actualisation : 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoit le regroupement des services de buanderie de la région sur deux sites (Hôtel-Dieu-de-Montmagny et CHSLD de Beauce à Beauceville) (Fecteau, 10 mars 2000). - Fermeture de deux sites : Thetford Mines et Sanatorium Bégin au Lac Etchemin (Giguère, 10 mai 1997). - « Seul le CHRA a conservé sa buanderie en opération en dépit du fait qu'un accord en vue de sa fermeture ait été conclu avec la Régie régionale. Le CHRA allègue que la fermeture de sa buanderie pour être desservi par les CHSLD de Beauce lui occasionnerait une augmentation de coûts » (Fecteau, 10 mars 2000).
1998	Début des démarches pour l'obtention d'un nouveau centre d'hébergement pour remplacer le Pavillon St-Joseph (Inconnu, 30 juin 2006). <ul style="list-style-type: none"> - Autorisé : 2005 - Ouvert : 2008 	<ul style="list-style-type: none"> - « Réclamé depuis 1998 par les instances de santé et de services sociaux de la région et a fait l'objet d'une grande mobilisation au sein de la communauté » (Inconnu, 30 juin 2006).

10 février 1999	Dépôt du « Plan de consolidation » 1999-2002 par la Régie régionale (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 1999).	
Décembre 1999	Le Centre hospitalier de l'Amiante s'achemine vers un déficit de 1,1M\$ (St-Pierre, 20 novembre 1999).	
Juin 2000	Autorisation au CHRA de construire le Pavillon St-Alexandre pour remplacer le Pavillon St-Joseph (Fecteau, 25 juin 2000).	
27 juin 2000	Conférence de presse conjointe des présidents des CHSLD de Beauce et de l'Amiante pour dénoncer le sous-financement des personnes âgées en foyer d'accueil (Dallaire, 27 juin 2000, p. A7).	
Juillet 2000	Annonce officielle du transfert des activités de buanderie du CHRA au CHSLD de Beauceville (Fecteau, 4 juillet 2000).	
Fin 2000	Départ à la retraite du directeur général du Centre hospitalier (Bouliane, 22 décembre 2008).	
2001	Campagne de financement majeure de la Fondation de l'hôpital de la région de Thetford (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010c).	
Janvier 2001	Rapprochement de la gouverne du CHRA et du CLSC. (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b)	<ul style="list-style-type: none"> - « Les deux conseils d'administration demeurent en place et maintiennent leur autonomie. Ils ont convenu également qu'il n'y aurait pas de mise à pied bien que l'approche envisagée devrait générer des économies en profitant d'opportunités » (Fecteau, 28 septembre 2000). - « Les dirigeants des deux établissements ont affirmé que le rapprochement administratif et la mise en commun des services entre le CLS et le CHRA permettront de dégager des ressources financières qui seront allouées à l'amélioration des services offerts à la population » (Fecteau, 28 septembre 2000). - « Cette décision est l'aboutissement d'une succession de discussions et d'événements dont l'origine remonte à l'adoption en 1994 du plan de transformation intitulé À l'heure des choix-Décisions par la Régie régionale » (Fecteau, 28 septembre

		2000). - « Le projet n'a pas encore véritablement connu d'aboutissement concret puisque le CHSLD ne se dit pas encore prêt » (Fecteau, 28 septembre 2000).
Avril 2001	Le CHRA est considéré comme non-performant. Le gouvernement ampute son budget de 125,000\$ pour 2001-2002 (Blais, 5 avril 2001, 13 avril 2001).	
Mai 2001	Pétition de 11 000 noms déposée à l'Assemblée Nationale pour obtenir un nouveau centre d'hébergement pour remplacer le Pavillon St-Joseph (Inconnu, 30 juin 2006).	
Mai 2001	L'ADQ s'oppose à la construction d'un nouvel édifice, préférant le transfert des patients à l'hôpital St-Julien (Fecteau, 5 mai 2001).	- « L'ADQ de Frontenac estime que toutes les possibilités n'ont pas été étudiées attentivement, arguant que 147 lits sont actuellement disponibles pour des personnes en perte d'autonomie à l'hôpital Saint-Julien de Saint-Ferdinand » (Fecteau, 5 mai 2001).
2002	Réaménagement et agrandissement de la Villa Lavoie à Disraéli qui abritera aussi le point de services du CLSC (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	- « Le député de Frontenac n'a pas manqué de rappeler la tenacité et l'acharnement du directeur général de la Villa Lavoie, André Rodrigue, dans l'annonce faite en juillet 2001. André Rodrigue a profité de la visite de Marc Boulianne pour lui rappeler qu'il ne lâchera pas prise non-plus dans l'attribution des budgets de fonctionnement de son établissement » (Leclerc, 12 juillet 2001).
Avril 2002	Le comité des usagers du Pavillon St-Joseph demande au MSSS de donner son aval au projet du Pavillon St-Alexandre (Bussièrès, 2 avril 2002).	
Mai 2002	Le MSSS demande aux représentants du Pavillon St-Joseph de faire étudier leur projet par la Régie régionale (Prévost, 14 mai 2002).	
Mai 2002	Demande des maires des municipalités rurales pour accroître l'accessibilité aux services de santé au point de service de Disraéli du CLSC Frontenac (Fecteau, 31 mai 2002).	- Le CSLC de Disraéli a davantage une vocation sociale.
Septembre 2002	Bulletin de santé des hôpitaux du Québec : Le CHRA obtient un B (très bien) (Gougeon, 18 septembre 2002).	
Novembre 2002	Charest indique que le dossier du Pavillon St-Joseph est prioritaire (Fecteau, 21 novembre 2002).	- Le Pavillon St-Joseph est classé parmi les 4 pires centres d'hébergement au Québec.

		<ul style="list-style-type: none"> - « Le Premier ministre a insisté sur le fait qu'il ne fallait pas mêler les dossiers de l'hôpital St-Julien de St-Ferdinand et de la construction d'un nouveau pavillon à Thetford Mines » (Fecteau, 21 novembre 2002).
2003	Nouvelle dénomination pour la Villa Lavoie de Disraéli: « Résidence René-Lavoie » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Février 2003	Legault confirme la construction du nouveau centre d'hébergement (Fecteau, 27 février 2003).	
Mars 2003	Le député de Frontenac annonce la construction d'un nouveau pavillon pour remplacer St-Joseph (Bussières, 17 mars 2003).	
19 février 2004	Lancement des consultations sur les modèles des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre de référence servira de base pour les discussions. - « Les territoires de concertation de l'Amiante, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet et du Littoral constituent, depuis plus de 20 ans, une référence, un point d'ancrage pour l'organisation des services, et ce, avant même la mise en place de la Régie régionale. Cette organisation territoriale s'est accélérée au cours des 10 dernières années. On peut mentionner, à titre d'exemples, les services de santé physique (centre hospitaliers), les soins respiratoires à domicile, la pédopsychiatrie, la santé mentale adulte et les services du centre de réadaptation en déficience physique. Ces territoires de concertation historiques sont utilisés comme référentiel dans le modèle de réseaux locaux soumis à la consultation » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 19 février 2004). - « 4 territoires de concertation constituant depuis plus de vingt ans, une référence lorsqu'il a été nécessaire d'organiser des services sur une base de masse critique de population plus large que celle d'une MRC » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004).
21 avril 2004	Adoption du modèle régional par le conseil d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - « La très grande majorité des personnes et des instances

	<p>de l'Agence (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 7)</p>	<p>consultées se sont montrées en accord avec la proposition de quatre RLSSS. Dans tous les territoires, les citoyens consultés se sont dits d'accord avec le modèle proposé. Le Forum de la population a également déposé au conseil d'administration un avis favorable » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 22 avril 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Propose 4 RLSSSS modelés sur les bassins de desserte des centres hospitaliers constituent une référence territoriale conforme aux plans régionaux d'organisation des services déployés au cours des 10 dernières années » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 2). - « Le modèle d'organisation des services en RLS a le mérite de recevoir une importante adhésion et a pour effet, dans le cas des RLSSSS de l'Amiante, de Montmagny-L'Islet et de Beauce-Etchemins, d'intégrer sur une même plate-forme un continuum de services de première et deuxième lignes qui, au demeurant, pourra offrir une gamme complète de services aux populations des territoires que de tels RLSSSS devront desservir » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 2). <p>Conditions de réussite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « La principale condition gagnante réside dans la participation active des cliniciens à l'élaboration d'un projet clinique centré sur les besoins des clientèles » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 3). ○ « Les gestionnaires des instances locales et les directions des ressources humaines seront appelées à jouer un rôle stratégique dans la mobilisation du personnel et dans la gestion du changement » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
--	---	---

		<p>et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « La proposition de la création de quatre RLSSSS dans Chaudière-Appalaches reçoit une adhésion importante même si quelques acteurs se sont dits contre » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 4).
21 avril 2004	<p>L'Agence dépose sa proposition de modèle d'organisation des réseaux locaux. Elle propose la création du RLS de l'Amiante (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a).</p>	<p><u>Justification de la proposition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le territoire de concertation de l'Amiante a pris assise en Chaudière-Appalaches bien avant la mise en place de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches [...]. Le respect de ce territoire de référence, de par sa géo-politique et les habitudes de circulation de sa population est logique. Son découpage ne compromet d'aucune façon le territoire administratif de d'autres services gouvernementaux, notamment : commission scolaire, centres locaux de développement (CLD), centre locaux d'emploi (CLE), Sureté du Québec, Sécurité publique, etc. Il respecte à la fois les frontières des MRC et de district judiciaire » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 6). - « La population du territoire de l'Amiante consomme la grande majorité de ses services de santé sur place (78,4%). Il est à noter qu'une partie de a population (18%) consulte dans les régions de Sherbrooke et de Québec. [...] Le taux de rétention du CLSC Frontenac est de 94,7% » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a). <p><u>Instance locale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les établissements qui formeront l'instance locale sont le Centre hospitalier de la région de l'Amiante (CHRA), le CLSC Frontenac et le CHSLD de l'Amiante. - « Le territoire disposera de 96 lits de courte durée [...], 324 lits de longue durée [...] 59 médecins (33 omnipraticiens et 26 spécialistes) » (Agence de développement de réseaux locaux de

		<p>services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 7).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « 1268 employés, 1078 ETC [...] rattachés à 25 accréditations syndicales distinctes » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 9). - « Au 31 mars 2003, l'ensemble des constituantes de l'instance locale affiche une situation financière saine. Les surplus accumulés totalisent 424,000\$ » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, p. 9). <p><u>Enjeux de l'organisation des services :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Vieillesse de la population; - Présence de 2 pôles urbains; - Poursuite de l'implantation du concept de milieu de vie; - Pénurie appréhendée de spécialistes; - Réalisation et consolidation de l'intégration des services CLSC-CHRA-CHSLD; - Relève de la main d'œuvre et des dirigeants; - Accès aux services médicaux de base partout sur le territoire; - Poursuite de l'appui de la population aux fondations des établissements » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004a, pp. 9-10).
30 avril 2004	Dépôt de la proposition au Ministre (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004b, p. 5).	
21 juin 2004	Création officielle des 5 RLS de Chaudière-Appalaches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2005, p. 6).	
23 juin 2004	Le Ministre Couillard annonce la création de 5 RLS dans la	

	région de Chaudière-Appalaches (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 juin 2004).	
5 juillet 2004	Obtention des lettres patentes du CSSS de la région de Thetford (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004; Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Fusion du Centre hospitalier de la région de l'Amiante (CHRA), du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région de l'Amiante (regroupement) et du CLSC Frontenac.
15 juillet 2004	1 ^{re} séance du conseil d'administration provisoire du CSSS de la région de Thetford (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004; Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	Le nouveau conseil d'administration nommera, entre autres, les officiers du conseil, le DG et amorcera le processus d'engagement d'un DG permanent (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 6 juillet 2004).
6 octobre 2004	Nomination du directeur-général (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Avril 2005	Début de la démarche du projet clinique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Juillet 2005	Autorisation par le MSSS du projet de construction du nouveau centre d'hébergement St-Alexandre pour remplacer le Pavillon St-Joseph devenu désuet (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	<ul style="list-style-type: none"> - « Réclamé depuis 1998 par les instances de santé et de services sociaux de la région et a fait l'objet d'une grande mobilisation au sein de la communauté » (Inconnu, 30 juin 2006). - L'ADQ crie au gaspillage de fonds publics (Bussières, 20 juillet 2005).
20 septembre 2005	Adoption du rapport annuel de gestion 2004-2005 par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a eu fusion des CMDP au niveau des trois missions (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005, p. 8). <p>Volet hébergement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Défi : harmoniser les techniques, tant de soins qu'administratives, et les services à l'intérieur de tout le milieu d'hébergement fusionné, et ce, dans le respect du résident » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005, p. 12). - « Parmi les réalisations de cette année, notons que l'implantation du concept milieu de vie fut la principale préoccupation de tous

		afin d'aménager un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins évolutifs des personnes vivant en hébergement, en conformité avec les valeurs de respect-dignité, écoute et responsabilité du résident et du personnel » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2005, p. 13).
Mai 2006	L'urgence du CSSSRT est classée la 3 ^e meilleure au Québec (Gougeon, 1 mai 2006).	
Juin 2006	Adoption du plan d'organisation (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Juin 2006	Adoption du projet clinique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	Organisation de services en 9 programmes cliniques.
22 juin 2006	Adoption du rapport annuel de gestion 2005-2006 par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> - « La démarche du projet clinique a permis de concrétiser un plan d'organisation définitif pour le CSSSRT. En effet, le conseil d'administration avait sciemment choisi de procéder à une vaste consultation sur son offre de services pour, à la fin du processus, adopter un plan d'organisation adapté à cette nouvelle réalité » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, p. 2). - « Suite à des départs et pour diverses raisons, tout le personnel d'encadrement de l'hébergement, à l'exception du directeur, a soit été remplacé ou déplacé pour combler les départs » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, p. 2). - « Le MSSS nous a demandé de lui fournir un plan de transformation des ressources d'hébergement dans le cadre de son plan d'action 2005-2010. L'information que nous avons reçue au départ ne laissait pas voir l'ampleur que devait revêtir ce plan de transformation. C'est donc un virage majeur qui devra s'effectuer au cours de la prochaine année dans le secteur de l'hébergement » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, pp. 2-3). - « Reconnaissance officielle du CSSSRT comme centre de traumatologie de niveau 1 » (Centre de santé et de services

		sociaux de la région de Thetford, 2006, p. 3).
30 juin 2006	Retraite du directeur général (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2006, p. 3).	
Septembre 2006	Aide de 1,2 M\$ au CSSSRT pour acquérir de l'équipement spécialisé (Fecteau, 27 septembre 2006).	
2 octobre 2006	Nomination d'une directrice générale (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
23 octobre 2006	Élection des représentants de la population au conseil d'administration du CSSS. Les représentants pour la région de Thetford sont élus sans concurrents (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 24 octobre 2006).	
Mars 2007	Nomination d'une directrice de la santé physique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Point de départ des travaux qui se poursuivront au cours des prochains mois qui permettront une collaboration accrue entre le corps médical et les gestionnaires du programme » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 2). - « Fait suite à l'orientation adoptée par le conseil d'administration de favoriser une plus grande implication des médecins dans la gestion du CSSS » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 2).
Mai 2007	Adoption du plan d'affaire dans le cadre du développement du projet clinique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Regroupe tous les plans d'action qui ont découlé des travaux menés avec les différents partenaires. Ce document vient notamment établir la planification des actions devant assurer la réalisation des objectifs prioritaires ciblés pour chacun de nos programmes-services » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 2).
Juin 2007	Réactualisation du projet de transfert de la buanderie (Fecteau, 28 juin 2007).	
Juin 2007	Sondage de satisfaction de la clientèle réalisé dans le cadre de la démarche d'agrément (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 7 février 2008).	
20 juin 2007	Adoption du rapport annuel 2006-2007 par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le maintien des délais d'attente minimal au niveau de la chirurgie et à l'urgence nous valent une reconnaissance qui dépasse les frontières de notre territoire » (Centre de santé et de

		<p>services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Au niveau de la continuité des soins, notre CSSS a réussi à consolider son réseau de services en santé mentale [...] avec la présence d'un gestionnaire de cas » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 3).
29 juin 2007	Sortie publique du syndicat du CSSSRT concernant le transfert du service de buanderie (Inconnu, 29 juin 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - Sept emplois menacés
Septembre 2007	Tenue du 1 ^{er} rendez-vous avec les partenaires du réseau local (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 16).	
26 septembre 2007	Dépôt d'une pétition de 6000 noms à l'ASSS de Chaudière-Appalaches pour bloquer le projet de transfert du service de buanderie à Beauceville (Inconnu, 21 septembre 2007).	
6 décembre 2007	Signature des dispositions locales de la convention collective avec les syndicat CSN (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 13).	
Février 2008	Le conseil d'administration entérine un modèle de participation des médecins à la gestion de l'établissement (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Le conseil d'administration a retenu en 2006 l'orientation de favoriser la participation des médecins à la gestion de l'établissement. Un sous-comité ad hoc du conseil a donc été formé avec des représentants de différentes directions et des médecins afin de convenir de la structure la mieux adaptée aux besoins et à la réalité de notre milieu. En février 2008, le modèle proposé par le comité a été entériné par le conseil d'administration. Il prévoit trois niveaux de participation: opérationnel, administratif et stratégique auxquels sont associés des médecins et des gestionnaires pour chaque groupe de travail. Bien que le modèle retenu soit encore en rodage, il assure une plus grande implication des médecins dans les décisions de gestion, et ce, aux différents niveaux décisionnels » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 3).
Mars 2008	Déménagement des bénéficiaires du Pavillon St-Joseph vers le Centre d'hébergement St-Alexandre (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford,	

	2007, p. 14).	
13 mai 2008	Adoption du plan de transformation visant à ramener le nombre de lits d'hébergement public à la norme ministérielle de 3 lits par 100 personnes de 65 ans et + (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009, p. 2).	<ul style="list-style-type: none"> - « Après analyse de six scénarios potentiels et à l'aide de critères précis, les 46 lits du Centre d'hébergement Valin à St-Méthode subiront une transformation totale dans un calendrier de travail de 12 à 18 mois. Au terme de cet exercice, l'équivalent des ressources dédiées à ces lits d'hébergement sera entièrement réinvesti au développement de ressources dans la communauté » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009, p. 2). - « Le conseil d'administration a pris la décision en mai 2008 de fermer le Centre d'hébergement Valin, soit l'équivalent de 46 places, tout en transformant ce centre en une ressource alternative de 15 places à Adstock » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009, p. 20). - Excédent de 59 lits (Inconnu, 14 mai 2008). - « Le Centre d'hébergement Valin, avec ses 55 emplois, étant le deuxième plus grand employeur du village » (Inconnu, 14 mai 2008). - « Notons qu'aucun emploi ne sera perdu dans le processus puisque les 55 employés seront réassignés à l'intérieur du CSSSRT » (Inconnu, 14 mai 2008). - Le Centre d'hébergement Valin représentait des dépenses de 2,2 M\$ par année pour le CSSSRT (Inconnu, 20 mai 2008).
Juin 2008	Formation de la coalition contre la fermeture du Foyer Valin	<ul style="list-style-type: none"> - « Les employés se sont rencontrés pour demander à la direction de leur syndicat de dénoncer la fermeture du foyer » (Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin, 10 juin 2008). - « Une rencontre a été organisée avec des représentants de la population et lundi le 2 juin plus de 40 personnes se sont rendues au conseil municipal de St-Méthode pour demander l'appui du conseil de ville et de la mairesse dans ce dossier » (Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin, 10 juin 2008). - « 18 juin : contestation lors de la rencontre du conseil d'administration de l'ASSS de Chaudière-Appalaches » (Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin, 10 juin 2008).

		<ul style="list-style-type: none"> - « Le comité de survie du Foyer Valin regroupe 11 personnes reliées au monde syndical et à divers organismes communautaires de la municipalité d'Adstock, notamment à la FIQ, la CSN, a FADOQ, l'âge d'or, le Cercle des fermières, le comité de bénévoles du Foyer Valin, la Fabrique St-Méthode, et le comité de promotion industrielle d'Adstock » (Inconnu, 20 juin 2008). - « Pour le comité, cette décision politique est une façon détournée de léguer au privé des services auparavant octroyés par le système public » (Inconnu, 20 juin 2008). - « Un des membres du comité [...] se demande s'il n'y aurait pas eu une forme de collaboration avec le monde politique pour faciliter l'ouverture de l'Agora et la fermeture du Foyer Valin » (Inconnu, 20 juin 2008). - « On se demande également si des pressions n'auraient pas été faites par les administrateurs de l'Agora pour que ce soit le Foyer Valin qui ferme ses portes, certains administrateurs du foyer ayant apparemment des liens avec le Parti libéral de Frontenac » (Inconnu, 20 juin 2008). - Ces propos seront démentis en juillet (Inconnu, 16 juillet 2008).
14 juin 2008	La MRC de l'Amiante change de nom pour MRC des Appalaches (Fecteau, 14 juin 2008).	
18 juin 2008	Adoption du rapport annuel de gestion par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - « Afin d'actualiser les orientations ministérielles en matière de service aux personnes âgées, notre organisation doit transformer 59 places d'hébergement et réinvestir les ressources dans le rehaussement des services dans la communauté. Cette délicate opération a nécessité beaucoup de préparation et de réflexion. Le conseil d'administration a donc analysé plusieurs scénarios de transformation et étudié en détails les impacts de chacun d'eux avant d'arrêter sa décision » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 2). - « Notre organisation a conclu avec l'Agence de santé et de services sociaux une entente qui définit principalement les volumes de production attendus en 2007-2008 dans les différents

		<p>programmes » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - « L'équipe de direction s'est modifiée substantiellement au cours de l'exercice 2007-2008. Trois cadres supérieurs ont quitté leurs fonctions et la dotation de ces postes a nécessité de nombreuses démarches pour intéresser des candidats à assumer ces responsabilités » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 4). - « Introduction d'une chronique d'information dans l'hebdomadaire local afin de renseigner la population sur notre offre de service tout en la sensibilisant aux saines habitudes de vie » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2007, p. 16).
Automne 2008	Réception des recommandations de la visite d'Agrément Canada en novembre 2008 (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010d, p. 9).	<ul style="list-style-type: none"> - « Nous avons reçu des recommandations nous indiquant les pistes d'amélioration à travailler prioritairement. Les résultats nous indiquaient que sur les 20 normes faisant l'objet d'une analyse, huit devaient être travaillées de façon prioritaire. Pour les 12 autres, les normes canadiennes étaient égales et même dépassées » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010d, p. 9).
Juin 2009	Adoption du rapport annuel de gestion par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009).	<ul style="list-style-type: none"> - « Les sondages réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément nous démontrent que la population du territoire est très satisfaite des services offerts par le CSSS. Cependant, le sondage sur le climat organisationnel nous indique que nous devons travailler à améliorer les conditions s'exerce du personnel et des professionnels » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009, p. 3). - « Le CSSS assume de façon plus marquée son rôle de coordonnateur du réseau local de services » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2009, p. 3).
Automne 2009	Deuxième rapport d'agrément déposé (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010d).	<ul style="list-style-type: none"> - « En fonction des nouveaux résultats obtenus, une seule norme demeure sous la note de passage » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010d, p. 9).
Novembre 2009	Fermeture du point de service du Centre d'hébergement	

	Valin à St-Méthode (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010b).	
Novembre 2009	Annonce d'investissements importants (1,7 M\$) pour des travaux de rénovation au CSSSRT (Duplessis, 21 novembre 2009).	
27 janvier 2010	L'exécutif du conseil d'administration reconduit dans ses fonctions (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 28 janvier 2010).	
Mai 2010	Début de négociations syndicales	
Juin 2010	Adoption du rapport annuel de gestion par le conseil d'administration (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a).	<ul style="list-style-type: none"> - « L'année 2009-2010 aura permis de mettre un point final à la transformation du Centre d'hébergement Valin et d'actualiser les mesures favorisant une offre de service adaptée en accentuant le soutien à domicile et le développement de ressources non institutionnelles. Malgré la fermeture de 46 lits d'hébergement public, les lits de soins de courte durée n'ont pas été davantage occupés par des personnes âgées en attente d'hébergement » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a, p. 6). - « La démarche d'agrément a favorisé le renforcement de nos pratiques et une plus grande rigueur dans nos processus cliniques. Malheureusement, une seule norme n'a pas rencontré les exigences d'Agrément Canada et ne nous a pas valu d'obtenir l'agrément de nos services » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a, p. 6). - « Le corps médical s'est fortement mobilisé afin de faire valoir l'importance de la participation des médecins aux grandes orientations de l'établissement. Cette orientation est partagée par le conseil d'administration, l'équipe de direction et les médecins. Une démarche a été retenue afin de nous permettre d'identifier les conditions favorables à l'émergence d'un modèle de partenariat médico-administratif conforme aux attentes et à la réalité de notre milieu » (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a, p. 7).
Juin 2010	Tournée de la directrice-générale (Centre de santé et de	

	services sociaux de la région de Thetford, 2010f).	
Juin 2010	Amorce de la démarche de planification stratégique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010e).	
Juin 2010	Tenue d'une rencontre avec des représentants des organismes communautaires, du milieu municipal et des organismes socio-économiques de la région (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010e).	
14 Juin 2010	Visite du Ministre Bolduc et annonce de l'acquisition d'un équipement d'imagerie médicale par résonance magnétique (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010e).	
Juillet 2010	Annonce d'une subvention de 800 000\$ pour rénover les centres d'hébergement Marc-André Jacques et Lac Noir (Duplessis, 12 juillet 2010).	
Janvier 2011	Visite d'agrément prévue (Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford, 2010a, p. 6).	

Bibliographie :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (6 juillet 2004). *Communiqué de presse. Création du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 1 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (19 février 2004). *Communiqué de presse: Chaudière-Appalaches: Lancement des consultations sur les modèles de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 4 p.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (22 avril 2004). *Communiqué de presse: Adoption de la proposition de modèle de réseaux locaux en Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 7 p.

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004a). *Proposition. Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches: sommaire*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 50 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2004b). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Chaudière-Appalaches, mars 2004, volume 1, numéro 1*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 8 p.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Ste-Marie: ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 195 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (24 octobre 2006). *Communiqué de presse. Élections de tous les représentants de la population dans les établissements de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. Ste-Marie: ASSS de Chaudière-Appalaches, 2 p.
- Blais, D. (5 avril 2001). Parlez-nous de performances!, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120041> (Page consultée le 16 août 2010).
- Blais, D. (13 avril 2001). L'hôpital: considéré non-performant, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120072> (Page consultée le 16 août 2010).
- Bouliane, A. B. (22 décembre 2008). Jean-Claude Gagné aura laissé sa marque, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=128647> (Page consultée le 16 août 2010).
- Bussièrès, I. (2 avril 2002). Thetford Mines: En camping au centre d'accueil. Le comité des usagers du Pavillon Saint-Joseph presse le ministère d'appuyer la construction d'un nouvel établissement de 12 millions \$. *Le Soleil*, p. A15.
- Bussièrès, I. (17 mars 2003). Reconstruction du Pavillon Saint-Joseph: Le nouveau CHSLD de 12 millions \$ serait inauguré dans quatre ans. *Le Soleil*, p. A12.
- Bussièrès, I. (20 juillet 2005). Nouveau CHSLD à Thetford Mines. L'ADQ crie au gaspillage de fonds publics. *Le Soleil*, p. A7.
- Bussièrès, I. (22 avril 1996). Hôpital de l'Amiante: Un surplus de 700 000\$ atténuera les coupes de 3 millions \$. *Le Soleil*, p. A4.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (7 février 2008). *Communiqué de presse: Sondage sur la satisfaction de la clientèle du CSSSRT. La population est satisfaite des services dispensés*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 1 p.

- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (28 janvier 2010). *Communiqué de presse: CSSS de la région de Thetford. Madame Aline R. - Visser à la présidence du conseil d'administration*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 1 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2005). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2004-2005*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 33 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2006). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2005-2006*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 110 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2007). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2006-2007*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 65 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2009). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 72 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010a). *CSSSRT. Rapport annuel de gestion 2009-2010*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 71 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010b). Les fondements du CSSSRT: Historique, [En ligne]. <http://www.centresantethetford.ca/sante-quebec/info.cfm?noPageSiteInternet=313&cfgsection=lecssrt&cfgsoussection=historique> (Page consultée le 10 août 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010c). Notre région. Territoire couvert. Municipalités desservies par le CSSSRT, [En ligne]. <http://www.centresantethetford.ca/sante-quebec/info.cfm?noPageSiteInternet=307&cfgsection=notreregion&cfgsoussection=municipalitesdesserviesparlecssrt> (Page consultée le 10 août 2010).
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010d). *Trait d'union - Journal du CSSS de la région de Thetford. Janvier 2010: volume 6, numéro 1*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, 12 p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010e). *Trait d'union - Journal du CSSS de la région de Thetford. Juin/juillet 2010: volume 6, numéro 5*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, p.
- Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford. (2010f). *Trait d'union - Journal du CSSS de la région de Thetford. Mai 2010: volume 6, numéro 4*. Thetford Mines: CSSS de la région de Thetford, p.

Coalition du milieu contre la fermeture du foyer Valin. (10 juin 2008). Non à la fermeture du foyer Valin, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127453> (Page consultée le 16 août 2010).

Dallaire, L. (27 juin 2000). Le cas des aînés beaucerons à l'étude. *Le Soleil*, p. A7.

Duplessis, D. (12 juillet 2010). 800 000\$ pour deux centres d'hébergement, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=132527> (Page consultée le 16 août 2010).

Duplessis, D. (21 novembre 2009). Une mise de fonds importante pour l'hôpital, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=131154> (Page consultée le 16 août 2010).

Duplessis, D. (24 février 2006). Normand Baker annonce sa retraite, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=123690> (Page consultée le 16 août 2010).

Fecteau, C. (4 juillet 2000). La Régie régionale autorise le transfert de la buanderie, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120088> (Page consultée le 16 août 2010).

Fecteau, C. (10 mars 2000). Le CHRA en désaccord avec l'étude de la Régie, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=119570> (Page consultée le 16 août 2010).

Fecteau, C. (25 juin 2000). Un nouveau pavillon pour le CHRA, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=117971> (Page consultée le 16 août 2010).

Fecteau, C. (28 septembre 2000). Le DG du CLSC devient DG du CHRA, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120096> (Page consultée le 16 août 2010).

Fecteau, N. (5 mai 2001). Construction d'un nouveau CHSLD. L'Action démocratique de Frontenac propose d'autres solutions. *La Tribune*, p. E7.

Fecteau, N. (14 juin 2008). L'Amiante devient la MRC des Appalaches. *La Tribune*, p. 21.

Fecteau, N. (21 novembre 2002). St-Joseph: une urgence selon Charest. *La Tribune*, p. B2.

Fecteau, N. (27 février 2003). Legault vient donner des assurances à Thetford. Il confirme le nouveau centre de soins de longue durée. *La Tribune*, p. A9.

Fecteau, N. (27 septembre 2006). Le CSSS de la région de Thetford Mines pourra s'équiper. *La Tribune*, p. 32.

Fecteau, N. (28 juin 2007). CSSS de Thetford Mines: un cri d'alarme pour sauver la buanderie. *La Tribune*, p. 39.

Fecteau, N. (31 mai 2002). Des milliers de ruraux oubliés en matière de santé, juge Vallières. Le député de Richmond se porte à la défense de l'Amiante. *La Tribune*, p. B2.

Giguère, M. (10 mai 1997). Rapatriement sur la Rive-Sud du service de buanderie: Un trip d'autonomie coûteux, estime la CSN. *Le Soleil*, p. A8.

Gougeon, F. (1 mai 2006). Thetford Mines peut encore se réjouir. La cote A de son CSSS ne se dément pas d'une année à l'autre. *La Tribune*, p. 6.

Gougeon, F. (18 septembre 2002). Score enviable des hôpitaux régionaux. *La Tribune*, p. A2.

Inconnu. (14 mai 2008). Le CSSSRT coupe des places en hébergement et augmente les services dans la communauté, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127308> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (16 juillet 2008). Poursuite de la coalition pour la survie du Foyer Valin d'Adstock, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127682> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (20 juin 2008). Fermeture du Foyer Valin: la résistance s'organise, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127535> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (20 mai 2008). Centre d'hébergement Valin: Un plan de transformation sera présenté, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=127328> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (21 septembre 2007). CSSSRT: Les employés de la buanderie lavent leur linge sale en public, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=125988> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (29 juin 2007). Sept emplois menacés au CSSSRT: Le syndicat lance un cri du coeur, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=125683> (Page consultée le 16 août 2010).

Inconnu. (30 juin 2006). Nouveau centre d'hébergement: "Une victoire pour le milieu, pour les personnes hébergées et leurs familles" - Normand Baker, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=124219> (Page consultée le 16 août 2010).

Leclerc, É. (12 juillet 2001). 5 millions de \$ pour l'agrandissement de la Villa Lavoie, *Courrier Frontenac* [En ligne]. <http://www.courrierfrontenac.qc.ca/index.asp?section=detail-actualite&ID=120940> (Page consultée le 16 août 2010).

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (23 juin 2004). *Communiqué de presse: Les ministres Philippe Couillard et Carole Thériberge annoncent la création de cinq réseaux locaux de services dans la région de Chaudière-Appalaches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 p.
- Pelchat, P. (1^{er} septembre 1995). Santé dans Chaudière-Appalaches: Fusions et regroupements dans le collimateur de la Régie. *Le Soleil*, p. A5.
- Pelchat, P. (28 septembre 1995). Chaudière-Appalaches. Le couperet tombe. *Le Soleil*, p. A3.
- Prévost, N. (14 mai 2002). Le pavillon St-Joseph devra encore attendre. La demande devra être remise à la Régie régionale du secteur Appalaches. *La Tribune*, p. B2.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995a). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 80 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1995b). *Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches: À l'heure des choix - décisions*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 104 p.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (1999). *Plan de consolidation 1999-2002*. Sainte-Marie: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 108 p.
- St-Pierre, M. (20 novembre 1999). Hôpitaux de Chaudière-Appalaches. Déficit de 10M\$. *Le Soleil*, p. A4.