

Mise en contexte des revendications de la CTROC

avril 2008

Petit historique.

Depuis 1970, le gouvernement du Québec soutient financièrement les organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux par le biais du « programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ». Du coup, l'État québécois démontre sa reconnaissance de la contribution de l'action communautaire dans le domaine de la santé et des services sociaux, appuie celle-ci financièrement la mission des groupes tout en respectant leur autonomie. Il prend près de 20 ans pour poursuivre ce processus de reconnaissance du mouvement communautaire.

Le 1er septembre 1993, l'Assemblée nationale du Québec adopte la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120). Pour la première fois, le gouvernement reconnaît officiellement, dans un cadre législatif, l'existence d'organismes mis sur pied librement par des citoyenNEs dans le but d'agir sur leurs conditions de vie et de santé. La Loi 120 permet une reconnaissance plus structurante de l'autonomie des groupes communautaires, car elle est maintenant législative.

De plus, la Loi 120 introduit une « régionalisation » des structures administratives basées sur l'implication des communautés régionales dans l'identification des besoins et des services à offrir à la population régionale et accorde une place aux organismes communautaires au sein des conseils d'administration des Régies régionales. Cette approche laisse entrevoir une démocratisation dans la planification et l'organisation des services à la population. Ainsi, dès 1994, dans le cadre de la mise en place de cette loi, naissent les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) pour servir, à partir d'une concertation des organismes communautaires de la région, d'interlocuteurs régionaux pour les régies régionales de la santé et des services sociaux. Notons qu'en 1995, les 16 TROC du Québec se regroupent en la Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (CTROC).

En 2004, la réforme du réseau de santé et services sociaux, imposée par l'adoption de la Loi 25, transforme grandement les relations entre le réseau étatique de santé et services sociaux et les organismes communautaires intervenant dans ces domaines. En plus de réduire la participation des communautés régionales à la définition des besoins et des moyens pour les combler, la Loi 25 soumet le système de santé et de services sociaux à une logique épidémiologique et curative où l'on cible des « problèmes de santé (sinon des maladies) », y associe des populations « vulnérables (sinon victimes) », y prescrit des interventions précises et on y évalue les résultats par le décompte des cas traités et par la réduction de l'incidence des problèmes.

De plus, la Loi 25 tend à intégrer plus en plus étroitement les organismes communautaires en santé et services sociaux dans le réseau étatique. Ceux-ci sont désormais identifiés comme faisant partie de cet « autre réseau » lié au réseau étatique. Du coup, le mode de gestion du MSSS appelle les organismes communautaires à venir en aide à l'État dans la réalisation de ses objectifs. L'insuffisance de services offerts par les employés du gouvernement positionne les organismes communautaires en producteurs de services soumis aux orientations des planifications ministérielles en matière de santé et de services sociaux.

Constats de la situation actuelle sur les organismes communautaires en santé et services sociaux.

La Loi 25 et son modèle de gestion pousse ainsi les organismes communautaires à devenir des relais du réseau public. Elle les entraîne à abandonner les volets d'intervention et d'action liés à leur mission, comme la prévention, la promotion et la sensibilisation. En liant, par exemple, leur financement à la signature d'ententes de services ou à des priorités ministérielle, c'est l'autonomie des organismes communautaires autonomes qui est remise en question. Du coup, diminue considérablement leur capacité d'identifier rapidement les nouvelles problématiques et

d'inventer des moyens efficaces pour subvenir à ces besoins. Sans compter que l'imposition de priorités nationales, associée à la procédure exclusive de nomination par le ministre des membres des conseils d'administration des Agences, réduit en peau de chagrin la marge de manœuvre régionale dans l'identification des problématiques propres à chaque région. L'allocation des ressources est octroyée par des programmes-services (il y en a 9) tellement ficelés qu'il ne reste, aux instances régionales, qu'à exécuter les directives ministérielles. En effet, les choix ministériels sont transférés aux Agences par le biais d'ententes de gestion MSSS-Agence imposant une reddition de compte précise selon une logique épidémiologique.

Par ailleurs, une approche centralisée associée à des allocations de ressources ciblées et dirigées du haut vers le bas produit ce qu'on appelle des « effets silos ». Chaque fois que le Ministère de la Santé et des Services sociaux déplace une priorité d'un programme à un autre, qu'il fait le choix d'investir dans le médical et le curatif plutôt que dans le préventif et le social, il crée un vide de services par rapport à des besoins non pris en considération par l'État.

Compte tenu que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux ne priorise, depuis plusieurs années, que cinq programmes-services (PPALV; Santé mentale; DI; DP et jeunes en difficulté), ce n'est qu'environ 25% des organismes communautaires qui se partagent 75% des crédits de développement dans la majorité des régions du Québec. Il en résulte un sous-financement chronique pour les organismes œuvrant dans des secteurs et avec des clientèles non priorisées nationalement, même s'ils revêtent une grande importance pour les acteurs régionaux.

Dans une étude réalisée en 2003 par la CTROC, les organismes communautaires soutenaient que ce sous-financement met en péril la survie des organisations. Il a pour conséquence de diminuer l'accessibilité des activités des organismes (augmentation des coûts pour les bénéficiaires ou réduction des activités). De plus, les bénévoles et permanents des organismes communautaires doivent se consacrer de plus en plus à la recherche de

financement. Ils ont donc moins de temps à consacrer à la réalisation de leur mission. Cette pression tend à épuiser autant les bénévoles (qui désertent) que les employés (qui changent d'emploi régulièrement), dont les conditions de travail précaire ne peuvent être améliorées par les difficultés financières des OCASSS. Sans compter que certains organismes peuvent être tentés de délaisser leur mission afin d'obtenir des ressources financières sont attachées aux priorités gouvernementales. Souvent, par manque de financement, les organismes doivent fermer temporairement, sinon définitivement, leurs portes. Du coup, c'est l'autonomie des groupes, gage de leur capacité d'innovation et de prévention, qui est dissoute.

Quelques revendications.

Pour résoudre cette situation catastrophique, la CTROC demande au MSSS de s'assurer que l'ensemble des organismes soit consolidé par un rehaussement de leur financement à la mission et que les régions récupèrent les marges de manœuvre nécessaires pour rencontrer les priorités identifiées par le milieu régional, malgré ses priorités sur le plan national. La situation politique québécoise actuelle, caractérisée par un gouvernement québécois minoritaire, tend à politiser les priorités ministérielles. Pour des raisons électoralistes, le gouvernement préconise de prioriser des domaines d'intervention médiatiquement vendeurs et politiquement populaires afin de s'attirer les sympathies de la population, sans prendre en considération les véritables besoins de la population identifiés par les OC et les communautés régionales.

Plusieurs outils peuvent aider à atteindre cet objectif. Premièrement, et d'une façon incontournable, il est nécessaire que le MSSS consacre immédiatement une partie des crédits à la consolidation des groupes intervenant dans les programmes-services non priorités. Afin de réduire les écarts entre les groupes et de leur assurer un financement minimal, la CTROC propose l'établissement de seuils planchers de financement par typologie d'organismes. L'atteinte de ces seuils, fondés sur le principe de « mission comparable, financement comparable », doivent être pris en considération par le MSSS dans la négociation des crédits de développement destinés au financement à la mission. D'ailleurs, la Politique de reconnaissance de l'action communautaire pose, comme paramètre opérationnel, « l'équité

entre les organismes communautaires de taille, d'achalandage, d'activités et de clientèles comparables » (*Gouv. Du Québec. 2001. L'action communautaire. Une contribution essentielle...*, p. 26).

Pour éviter que le mode de gestion par priorités du MSSS n'affecte encore les OCASSS, la CTROC propose d'instaurer l'indépendance du soutien financier à la mission du PSOC face aux programmes-services du réseau de la santé. Seuls les crédits affectés aux ententes pour le financement d'activités spécifiques devraient demeurer sous la détermination des orientations ministérielles. Cette indépendance peut revêtir plusieurs formes (programme national de soutien géré régionalement, nouveau programme-service destiné au communautaire, etc.). Le principe se doit de séparer le financement des OCASSS du financement du réseau étatique de la santé et des services sociaux. Le MSSS devrait donc déterminer, sur le plan national, le budget total accordé aux OCASSS et l'identifier ainsi. Afin de redonner aux régions leur marge de manœuvre pour répondre à leurs besoins spécifiques, la répartition des crédits de développement doit se négocier régionalement entre les Agences et les TROC après leur distribution équitable entre les régions.

Bibliographie.

* Les positions présentées dans ce texte résument les documents d'orientation de la CTROC suivants :

- CTROC. 2003. Plate-forme de revendications communes.
- CTROC. 2003. Un mouvement en péril.
- CTROC. 2005. Plan de redressement du soutien en appui à la mission globale des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux.
- CTROC. 2005. Proposition d'harmonisation des pratiques administratives en regard du Programme de soutien aux organismes communautaires.
- CTROC. 2007. Proposition de la CTROC au MSSS dans le cadre de l'application de la Loi 25.

- CTROC. 2007. Vers une gestion indépendante des programmes-services et respectueuse de l'autonomie des organismes communautaires – document de consultation.