



À la santé de la solidarité !

Redonner aux services sociaux leurs lettres de noblesse!

*Mémoire portant sur le projet de loi 25
présenté au ministre Philippe Couillard
à la Commission parlementaire
de l'Assemblée nationale du Québec*

**Par la Coalition des tables régionales d'organismes
communautaires qui oeuvrent en santé et services sociaux**

Décembre 2003

Table des matières

Présentation de la Coalition des TROCs	3
Des changements fondamentaux sans consultations véritables!	4
Qui sont les organismes communautaires en santé et services sociaux?	5
<i>Pratiques novatrices, créatives et alternatives</i>	5
<i>Notre vision globale de la santé</i>	6
Les pièges de ce changement	7
Les pièges de la privatisation	7
Les pièges d'une vision uniquement médicale et épidémiologique de la santé	8
Les pièges des priorités et des approches d'interventions ciblées	9
Les pièges de l'intégration	11
Les pièges des modèles et des politiques à la mode	12
La solution durable passe par l'accessibilité, la gratuité, l'universalité des services publics ...	12
Le renforcement de la première ligne: un consensus remis en question	12
Devons-nous vous rappeler que les CLSC représentent une expérience novatrice et progressiste qui a fait ses preuves depuis bientôt 30 ans, et qui est reconnue dans le monde entier ?	12
Le projet de loi 25 :	13
Un pas de plus en avant pour qui et vers quoi?	13
Établissements de tout acabit, unissez-vous!	14
La loi 25 déclare les silos mariés	14
La préservation et le développement d'un réseau de solidarité unique au monde!	15
<i>Les organismes communautaires disent non à l'article 24</i>	16
<i>La méconnaissance du gouvernement</i>	16
<i>Une réforme qui coûte cher !</i>	16
Recommandations de la CTROCs	19

Présentation de la Coalition des TROCs

La Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (TROCs) est un lieu d'analyses et d'actions sociales et politiques, notamment en regard de l'organisation liée au réseau public de la santé et des services sociaux et de ses impacts sur la population et sur les organismes. Elle permet aux organismes communautaires en santé et en services sociaux de tous les secteurs d'interventions confondus, d'avoir une instance nationale qui fait la promotion et défend leurs intérêts et ceux des populations avec lesquelles ils interviennent. La CTROCs est reconnue comme une interlocutrice importante du MSSS.

La coalition réunit les 16 tables régionales d'organismes communautaires autonomes qui œuvrent en santé et services sociaux. Ces tables couvrent 16 des 17 régions administratives du Québec. Seule la région du Nunavik n'a pas vu la mise sur pied d'une TROC.

On compte au Québec environ 3 000 organismes communautaires autonomes qui œuvrent en santé et services sociaux. Le rôle des tables régionales consiste à réunir les organismes communautaires autour d'enjeux et d'intérêts communs, à animer la concertation dans le milieu communautaire, à les représenter auprès des instances appropriées, à supporter l'action communautaire qui vise le développement d'une plus grande justice sociale et économique et qui, pour ce faire, mise sur la transformation de la société.

Depuis l'adoption de la loi 120, les TROCs/ROCs se sont grandement investis comme interlocuteurs incontournables auprès des régies régionales, et ce, en proposant des solutions aux nombreuses transformations du réseau : on a participé aux multiples consultations, aux instances de concertation, on a collaboré à la mise en œuvre du programme régionalisé de soutien aux organismes communautaires (PSOC), etc., et ce, pour représenter et défendre les besoins des organismes mais surtout les besoins exprimés par les citoyens et les citoyennes de toutes les régions du Québec.

La Coalition des TROCs exerce essentiellement ce même rôle auprès de ses seize membres.

Voici l'identification des seize Tables régionales :

- ◆ Mouvement d'Action communautaire du Bas Saint-Laurent
- ◆ Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches
- ◆ Regroupement des organismes communautaires de la région 03

- ◆ Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux du Centre-du-Québec et de la Mauricie
- ◆ Regroupement des organismes communautaires de L'Estrie
- ◆ Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie
- ◆ Corporation de développement communautaire de Laval
- ◆ Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
- ◆ Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière
- ◆ Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
- ◆ Regroupement des organismes communautaires en santé et services sociaux de l'Outaouais
- ◆ Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
- ◆ Table régionale des organismes communautaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- ◆ Table régionale des organismes communautaires du Nord du Québec
- ◆ Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Côte-Nord
- ◆ Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine

Des changements fondamentaux sans consultations véritables!

Avant d'entrée dans le vif du sujet, la CTROCs ne peut passer sous silence sa déception face au peu d'importance que cette présente consultation semble faire en ce qui a trait aux conditions nécessaires à l'exercice d'une pleine démocratie. Convoquer une vingtaine d'associations et/ou d'individus ne représente pas un véritable exercice démocratique.

À plusieurs reprises et sur de nombreuses tribunes, le mouvement communautaire autonome a insisté sur l'importance du contexte dans lequel se tiennent les consultations entourant l'adoption de lois ou de modifications législatives afin de permettre une bonne compréhension des enjeux par tous les secteurs concernés et en respectant le fonctionnement démocratique particulier de ceux-ci.

La démocratie est une doctrine politique d'après laquelle la souveraineté doit appartenir à l'ensemble des citoyens; organisation politique dans laquelle les citoyens exercent leur souveraineté. La démocratie repose sur le respect de la liberté et de l'égalité des citoyens.

En agissant trop rapidement et presque à huis clos, vous gagnez du temps dans la procédure législative mais vous risquez fort de braquer des gens et des organisations. Le Gouvernement du Québec « veut du changement » mais en faisant cavalier seul, il risque fort de faire plus de mal que de bien. L'exercice de la démocratie ça se soigne!

Qui sont les organismes communautaires en santé et services sociaux?

Les organismes mettent de l'avant que le contexte économique, politique, social et culturel dans lequel les gens vivent constitue un des déterminants majeurs de leur état de santé et de bien-être. Ils cherchent donc à intervenir directement sur ses aspects ainsi que sur les facteurs qui les déterminent afin de répondre globalement aux besoins des personnes. Cette approche se traduit dans une multitude d'actions et de stratégies ; le renforcement du potentiel, la participation sociale, la prise en charge individuelle et collective, la transformation sociale, etc. Les organismes agissent en prévention tant par ce qu'ils font (aide, soutien, activités, etc.) que par comment ils le font (en impliquant les personnes, en renforçant leur potentiel, en leur redonnant une place, un pouvoir, etc.) et par ce qu'ils sont (collectif, démocratique).

L'action quotidienne originale et diversifiée de ces organismes a un impact majeur sur le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie de près d'un million de Québécoises et de Québécois. L'action du mouvement communautaire autonome se situe bien au-delà du rôle axé sur les services que voudraient lui voir jouer davantage le gouvernement et les instances qui le représentent. Il tire sa richesse de son autonomie et de ses caractéristiques qui visent la participation pleine et entière des citoyennes et des citoyens à prendre leur avenir en main et à en déterminer les moyens, à accéder à une société plus juste, plus équitable qui combat l'exclusion de toutes sortes.

Pratiques novatrices, créatives et alternatives

Les organismes communautaires autonomes apportent une contribution très importante aux personnes par leurs approches globales, novatrices, créatives et alternatives dans le renouvellement des pratiques sociales. Ils ont développé des analyses et des pratiques basées sur les besoins des communautés qui participent démocratiquement à la définition et à l'élaboration ces dernières. Les membres et les bénévoles constituent un rouage incontournable à la gestion des organismes communautaires.

Les organismes ont une capacité à innover, à créer et à déceler les nouvelles réalités que vivent les populations ainsi qu'à explorer de nouvelles solutions souvent à l'avant-garde des politiques sociales. Les organismes, par leur

créativité, développent des activités et des actions qui pourraient difficilement prendre forme dans les établissements. Ils suscitent la mobilisation de la communauté pour créer des lieux d'appartenance, bâtir des réseaux d'aide, de solidarité et d'appui. Par leur enracinement et leur implication, les organismes communautaires ont la souplesse pour s'adapter à l'évolution de la communauté et de ses besoins.

En d'autres mots, les organismes sont des outils collectifs d'aide et d'entraide, d'accompagnement, de défense de droits individuels et collectifs et de prise en charge dont se dote la population. Pour des jeunes, des femmes et des hommes de tous âges et de toutes conditions socio-économiques, les organismes sont des lieux permettant :

- l'affirmation et le développement de l'exercice de leur citoyenneté;
- l'actualisation et la pratique de valeurs de démocratie et de changement social;
- l'actualisation de pratiques conscientisantes et de prévention axées non seulement sur les effets, mais aussi sur les causes des problèmes vécus, sur les déterminants de la santé.

Ils sont présents dans toutes les régions du Québec depuis plus de trente ans et interviennent dans un vaste arc-en-ciel d'activités.

Notre vision globale de la santé

Nous croyons qu'il est temps de vous rappelez la définition du droit à la santé avancée par l'Organisation Mondiale de la Santé à savoir « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de la maladie » devrait nous rallier toutes et tous. Nous croyons que toute transformation doit s'effectuer dans un objectif d'améliorer la santé et le mieux être de la population et pour l'atteindre, nous retrouvons (...) *deux conditions préalables : la recherche d'une plus grande équité salariale et le développement de l'équilibre social.*¹

Pour y arriver, nous tenons à réitérer l'importance d'une approche globale, de l'accent à mettre sur la promotion-prévention ainsi que sur les déterminants de la santé. Nous sommes d'avis que les services, les activités, les projets, etc. du système de santé et des services sociaux doivent avoir une action globale sur

¹ Commission Rochon, 1998, p. 685

l'ensemble des déterminants de la santé et non uniquement sur une intervention de type curative.

Rappelons que la politique de la santé et du bien-être de 1991 engageait le MSSS à investir 20 % des budgets de développement en prévention-promotion. Cet engagement n'a jamais été tenu peu importe le gouvernement au pouvoir. Ainsi, nous avons pelleté nos problèmes en avant et remis à plus tard des solutions pour diminuer la souffrance, les difficultés et le recours aux services lourds et coûteux du réseau public.

Les pièges de ce changement

Les organismes communautaires, les bénévoles, les proches et particulièrement les femmes (aidantes naturelles) ont déjà payé les frais de la dernière réforme portée par le Ministre Rochon qui croyait fermement que le virage ambulatoire permettrait à la population d'être au cœur du système tout en apportant des solutions structurantes pour l'avenir du système de santé. La régionalisation des services devait permettre de se rapprocher du citoyen et de la citoyenne, mais malheureusement, les Régies régionales et les bénévoles qui ont fait partie des conseils d'administration ont dû réajuster leur tir pour répondre aux objectifs du déficit zéro. Nous n'avons pas encore fait état des impacts de la régionalisation et de ces ratés que nous voilà déjà plongés dans une nouvelle transformation du réseau.

Dans un contexte de réingénierie, l'état cherche des solutions pour réduire les dépenses tout en baissant les taux d'imposition. La CTROCs craint que le projet de loi 25 serve d'instrument de réduction du filet de sécurité sociale au service des économistes et au profit du secteur privé.

Les pièges de la privatisation

Soyons francs : Les interrogations, zones grises et inquiétudes sont nombreuses à la lecture du projet de loi 25. Sa lecture permet de bien comprendre que nous sommes en présence d'une volonté de changements structurels majeurs qui permettront au gouvernement du Parti Libéral de réaliser son "mandat" de faire de la santé sa priorité numéro 1. On trouve le mot "mandat" dans certaines expressions comme "demanda", mais on le retrouve aussi dans d'autres expressions, comme "commanda". Entre demander et commander, il y a un monde. Depuis le 14 avril, la société civile a changé de visage. Le gouvernement peut maintenant pavaner en roi et maître absolu : il a reçu le Mandat!

Mais le monde de chez nous, nous a confié le mandat de vous dire:

Les québécoises et les québécois qui ont porté les libéraux au pouvoir le 14 avril dernier n'ont pas donné le mandat au nouveau gouvernement de démanteler le système de santé et de services sociaux.

Aujourd'hui, nous réaffirmons que la santé est un droit et que les services doivent être accessibles à toutes et à tous, sans discrimination. Du paiement à l'acte des médecins, à la contribution mensuelle (ou annuelle) pour l'assurance médicaments, des soins désassurés à la tarification des soins à domicile, de l'accessibilité qui se fait gruger, c'est la privatisation qui passe de la deuxième à la quatrième vitesse. L'universalité des services médicaux et sociaux et l'accessibilité à ceux-ci doivent être liés à des principes de justice redistributive et d'équité.

En modifiant le rôle de l'état (pour en faire un état facilitateur de la libre entreprise au lieu d'un état régulateur des inégalités) c'est tout droit vers une société à deux vitesses que nous nous dirigeons. On a vu le même scénario en Nouvelle-Zélande où (état comparable au Québec dans les années '80) sous le couvert de la lutte au déficit on a mis en application une stratégie économique ultra-libérale qui, au lieu de réparer les inégalités, n'a fait qu'accroître le fossé entre les riches et les pauvres issu de la défunte classe "moyenne".

Quel sera l'effet de la diminution de la taille et du rôle de l'état accompagné des baisses d'impôts promises? Il est clair que les zones de l'économie et des services ainsi libérées seront intégrées au marché de l'entrepreneurship de la santé!

Les pièges d'une vision uniquement médicale et épidémiologique de la santé

Les orientations contenues dans le projet de loi 25 nous laissent présager que notre système de santé et de services sociaux s'enfoncera davantage dans une approche curative épidémiologique de la santé et accentuera la médicalisation des problèmes sociaux. « On assiste aux conséquences du phénomène dénoncé par Michel Parazelli, l'épidémiologie sociale. »

En effet, depuis une dizaine d'années, l'amélioration de la santé et du bien-être de la population s'est détachée de ses conditions préalables pour entrer dans une logique de performance des scores épidémiologiques et de réduction des taux de morbidité physique et...sociale. Les outils d'analyse, déjà « questionnables », des problèmes sociaux et de santé sont devenus une fin en soi. (...) *La normalisation médicale des problèmes sociaux revient alors à traiter les personnes en responsables de leurs « pathologies » : plutôt que d'acquérir un pouvoir sur leur existence sociale, on les invite à suivre une thérapie qui modifiera leur comportement à risque. C'est là que le*

dérapiage se produit : on occulte les causes collectives et on met l'accent sur la culpabilité individuelle. (Parazelli, 1995) »².

Certes la pauvreté peut causer la maladie et le « désœuvrement » social, mais on ne peut pas pour autant la traiter comme on soigne la rougeole. La raison en est simple, il n'y a pas de vaccin contre la pauvreté, c'est-à-dire contre la perte d'emploi, la « faim » de son « assurance-emploi », le recours à l'assistance sociale, les facteurs d'exclusion, etc. Par contre, on peut travailler sur ses causes. Ce que le gouvernement actuel semble oublier!

Au delà des mots, des actions à développer!

Une revue de littérature récente effectuée par l'Institut national de santé publique semble indiquer que l'augmentation de la capacité d'agir d'une communauté peut être une stratégie particulièrement efficace en termes de coûts pour la promotion de la santé d'une population, et ce, en réalisant des améliorations au niveau de la santé.

« Concrètement, les organismes qui oeuvrent dans le domaine de la santé doivent choisir des stratégies qui réussissent à favoriser la capacité d'agir de la communauté, par exemple, en développant les habiletés et le leadership des résidents locaux, en convoquant des forums qui renforcent les liens et l'engagement en favorisant une culture d'apprentissage et de croissance, bref, en développant l'empowerment des communautés et celui des individus qui en sont membres ».³

Le développement des communautés devrait être considéré comme un domaine d'intervention du programme national de santé publique pour l'amélioration de la santé et du mieux-être des communautés au même titre, par exemple, que les programmes en santé physique, et non pas seulement comme une stratégie pour répondre à des problématiques ciblées.

Les pièges des priorités et des approches d'interventions ciblées

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. Qu'arrivera-t-il aux personnes qui sont « sans voix » parce qu'elles ne correspondent à aucune priorités gouvernementales, qu'elles ne cadrent pas dans les programmes ciblés

² De la pauvreté traitée comme une maladie, Parazelli, Michel, article paru dans le Monde Diplomatique, décembre 1995

³ LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS : *perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* Revue de littérature. Richard Leroux et William A. Ninacs/ La Coopérative La Clé, Institut National de Santé publique. Août 2002.

de la Direction de la santé publique, qu'elles ne font pas parties des priorités des chercheurs et des gestionnaires des instances nationales, régionales et locales? En effet, qu'allons nous faire de :

- ces adolescents, ces adolescentes et ces jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale qui errent d'une ressource à une autre parce qu'aucune ne rejoint leur vécu;
- ces adolescentes qui désirent poursuivre leur grossesse et qui, si elles ne sont ni délinquantes, ni violentées, n'ont pas d'endroit où être hébergées;
- ces enfants à qui l'on donne trop souvent du « Ritalin » pour combler l'insuffisance de ressources;
- ces hommes ayant des problèmes d'agressivité dont le réseau ne sait trop que faire;
- ces personnes déficientes intellectuelles que l'on nomme les « logées la nuit seulement » parce qu'elles sont obligées de participer à des activités de centre de jour entre 9h et 17h, leur ressource d'hébergement refusant de les garder de jour.⁴

Pour les organismes, faire de la prévention c'est travailler AVEC ET POUR les personnes sur leur mieux-être. L'approche d'intervention sur les facteurs de risque auprès de populations ciblées vulnérables relève davantage d'une intervention curative qui ne correspond pas à l'approche globale des organismes. Ils ne se retrouvent pas dans une approche clinique et prescriptive *d'épidémiologie sociale*. Tenir compte de la personne dans sa globalité implique d'éviter la fragmentation et la spécialisation tant dans l'analyse des problèmes que dans la diversité des réponses. L'accueil qu'offrent les organismes communautaires est respectueux du cheminement des personnes et de leur rythme. Leurs actions visent la prise en charge des personnes par elle-même et non une prise en charge des personnes par l'organisme. Par exemple, à l'intérieur des organismes communautaires, on ne parle pas de développement des compétences, car pour les organismes, les personnes ont des compétences. Les organismes ont développé des pratiques où la personne est une citoyenne, un citoyen spécialiste de son vécu, capable d'agir sur sa vie et sur les déterminants de la santé et non pas comme une mésadaptée sociale, un mésadapté social. Pour nous, l'accent doit être mis sur le changement social et non sur l'adaptation sociale.

Et il y a encore bien d'autres sans voix qui ont besoin de soutien et d'accompagnement. Est-ce qu'il y aura de la place pour ces personnes dans une organisation de services ciblée et curative? Allons-nous mettre en place des labyrinthes de services où ces personnes exclues du réseau public rencontreront encore plus de murs et de vides de services? Les organismes communautaires

⁴ Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (2000) Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer!

devront-ils encore faire de la récupération de ces vides en s'éloignant davantage de leur mission pendant que le gouvernement se déleste de ses responsabilités?

Les pièges de l'intégration

Le projet de Loi 25 peut avoir pour effet de redéfinir la mission des organismes communautaires autonomes, de les cloisonner à des clientèles cibles, de les inscrire dans les continuums de services, de les amener à participer à des plans régionaux et locaux d'organisation de services et de changer leurs pratiques.

Si la Loi 25 intègre les organismes communautaires et les pousse à devenir de simples relais du réseau public cela revient à leur demander de s'institutionnaliser, se bureaucratiser et d'abandonner les volets d'intervention et d'action liés à leur mission, comme la prévention, la promotion et la sensibilisation. En intégrant les organismes au réseau de services, en liant par exemple leur financement à la signature d'ententes de services ou aux instances locales, on oblige ceux-ci à s'imprégner de la culture organisationnelle des établissements publics et de toute la bureaucratie que cela engendrera. Imaginez ce qui prendra le dessus!

Le rapport volontaire à l'organisme est menacé puisque la porte d'entrée ne sera plus la même. Les personnes qui fréquentent les organismes communautaires y viennent librement. Elles participent à une démarche sur une base volontaire, souvent anonyme et confidentielle.

Les organismes communautaires offrent une alternative aux services offerts par le réseau public afin que la population puisse faire un choix quant à l'approche qui lui convient. Si les organismes sont intégrés au réseau public, il n'y aura plus d'approche alternative. Il y a là un risque important d'uniformisation et de standardisation des activités. C'est la richesse de la contribution des organismes communautaires autonomes qui sera appelée à disparaître.

- ◆ Qui rejoindra ces personnes qui fuient l'approche institutionnelle du réseau public?
- ◆ Qui accordera le temps et l'énergie à la création d'espaces et de lieux de participation citoyenne?
- ◆ Qui démontrera concrètement l'impact d'une approche globale de la santé et du bien-être?
- ◆ Qui priorisera Patrick qui se déplace en chaise roulante, Lucie qui est actuellement en burn out, Marc qui souhaiterait s'impliquer activement dans la prévention du suicide chez les jeunes, Sophie qui voudrait participer à un groupe d'entraide et échanger avec d'autres mères sur le développement des aptitudes et des compétences de ses enfants, Paule dont l'adolescent souffre

de troubles de la personnalité, Jacques qui vit avec le sida depuis 3 mois et toutes ces personnes qui sont sans voix parce qu'elles sont exclues du système!

Les pièges des modèles et des politiques à la mode

Historiquement, les organismes communautaires ont apporté des critiques aux nombreux modèles annonciateurs de bonne nouvelle visant à mettre : la personne au centre, au cœur des intervenants, la citoyenne, le citoyen au cœur du réseau, etc. Ces modèles ont eu plusieurs prénoms : plan de services individualisé, programmes clientèles, plan d'organisation de services régionaux, et même des programmes nationaux qui allouaient l'argent en déterminant les stratégies d'intervention et même les activités à développer. Les RSI que nous propose le projet de loi 25 sont une nouvelle façon d'organiser l'offre de service sur une base locale. L'expérience nous démontre que sans le déploiement de ressources humaines et financières supplémentaires, ces modèles ne dépassent pas le stade des plans d'action.

La solution durable passe par l'accessibilité, la gratuité, l'universalité des services publics

Monsieur Couillard, nous nageons en pleine confusion avec votre restructuration!

Nous partageons l'objectif du ministre de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de service de santé et de services sociaux. Cependant, cela doit se faire dans le respect des missions et des approches développées par les organismes communautaires.

La Coalition veut non seulement le maintien mais également le développement d'un réseau de la santé et des services sociaux dont la gestion s'appuie sur les valeurs et les principes fondamentaux que sont le **caractère public, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la gratuité.**

Le renforcement de la première ligne: un consensus remis en question

Devons-nous vous rappeler que les CLSC représentent une expérience novatrice et progressiste qui a fait ses preuves depuis bientôt 30 ans, et qui est reconnue dans le monde entier ?

La CTROCs considère qu'il faut conserver l'identité distincte des CLSC, laquelle

garantit la réalisation pleine et entière de leur mission et la réponse aux besoins globaux des individus et des populations. L'intégration forcée des CLSC dans un établissement « multivocationnel » serait une perte inadmissible de ce modèle considéré comme un élément essentiel dans l'accès aux services de première ligne. Il est primordial de réaffirmer le rôle des CLSC comme porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux et non en les enfermant dans une logique médicale sous la gouverne d'un Centre Hospitalier.

D'ailleurs, les recommandations du Comité Lebon s'inscrivent dans la foulée du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). Il confirme le nécessaire renforcement des services de première ligne afin d'éviter le recours aux services de deuxième ligne⁵.

Nous sommes d'accord qu'il faille renforcer les mécanismes de coordination des services de première ligne afin de garantir l'accessibilité, l'universalité et la gratuité.

**Le projet de loi 25 :
Un pas de plus en avant pour qui et vers quoi?**

Le projet de loi marque un recul important sur la participation citoyenne. La procédure exclusive de nomination par le ministre des membres des conseils d'administration nous inquiète grandement.

Dans le projet de loi 25, on nous propose une nouvelle façon de gouverner le système de santé et services sociaux. Un cadre législatif qui encadre et structure les relations de partenariat des établissements sous la supervision des agences régionales. Ces dernières seront les incubatrices des nouveaux réseaux locaux de services à qui on confiera la mission de rapprocher leurs services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans les réseaux de services intégrés, et ce, sans investir d'argent neuf dans les soins de santé et de services sociaux. Dans les faits, le projet de loi 25 va mettre au monde d'imposantes structures locales. Qu'on se le dise : local ne veut pas nécessairement dire petit, accessible, flexible...

⁵ État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse (Rapport Lebon). MSSS. Février 1999.

Établissements de tout acabit, unissez-vous!

Pas de modèle "mur à mur" a dit le Ministre Couillard à maintes reprises. Mais les modèles devront suivre certains principes directeurs ou orientations prescrits par le Ministre, si non pourquoi avoir prévu à l'article 29 de lui confier la décision d'approuver, avec ou sans modifications, les nouvelles agences?

En cas de problèmes matrimoniaux les requérants pourront s'adresser à leur agence régionale qui se fera un plaisir de conseiller les nouveaux mariés. Devons-nous comprendre que nous venons de quitter l'ère de la concertation et de la consultation qui animait les rapports de collaboration entre les différents acteurs qui interviennent auprès de la population et des communautés?

Le virage social et la prévention de la santé qui a toujours été le parent pauvre du système risquent, à l'intérieur d'un réseau dominé par les centres hospitaliers et les programmes de santé physique, d'être engloutis. Le financement ira au plus fort la poche!

La loi 25 déclare les silos mariés

C'est connu : une approche centralisée associée à des allocations de ressources ciblée et dirigée du haut vers le bas produit ce qu'on appelle des « effets silos »! Ces cloisonnements entre les établissements et les services existent, et ce, malgré que de nombreuses mesures aient été mises en place pour en contrer les effets pervers. Nous comprenons que le projet de loi 25 tend à vouloir souder les établissements par les liens d'un mariage contractualisé.

Depuis des années, les établissements fonctionnent en silos pas uniquement parce qu'ils ne veulent pas travailler ensemble, mais bien parce que l'allocation des ressources est octroyée par programmes tellement ficelés qu'ils ne leur restent qu'à exécuter les directives ministérielles. Le projet de loi 25 veut faire cesser le fonctionnement en silos contre lequel les différentes composantes du réseau se braquent. Nous doutons fort que la disparition des entités CLSC entraînera également, avec le temps, la disparition de leur mission. Comment penser que les centres hospitaliers ne feront pas passer, tout naturellement, leurs besoins avant ceux du CLSC ?

La préservation et le développement d'un réseau de solidarité unique au monde!

Notre compréhension de l'Article 24 :

« Chacun... Outre cette instance locale, chacun des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux comprend également des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociales et des ressources privées de son territoire, lesquels sont associés à l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités. »

Nous comprenons les motivations et les intentions du législateur, l'article 24, *« Chacun des réseaux....des OC... lesquels sont associés à l'instance par le biais d'entente ou d'autres modalités. »*, qui commande aux réseaux locaux de se doter d'un réseau de partenaires pour des fins de prestations de services de nature publique.

Il nous apparaît aussi que l'article 24 s'appuie sur une méconnaissance des liens déjà existants et fort importants qui unissent les organismes communautaires et les différentes composantes du réseau public. L'article 24 ne prend pas en considération tout ce qui se fait déjà dans le mouvement communautaire, en dehors de toutes ententes formelles avec le réseau public, et qui pourtant, a un impact positif sur l'accessibilité.

Les organismes communautaires sont identifiés comme devant faire partie de cet « autre réseau ». Nous comprenons que les organismes communautaires seraient appelés à l'aide pour cause d'insuffisance de services offerts par les employés du gouvernement. Étant donné la nature de la nouvelle instance locale, en tenant compte des prises de paroles du ministre de la Santé et des Services sociaux sur ses priorités: notamment les personnes atteintes de cancer, vivant avec des problèmes de santé mentale, vivant avec un handicap physique ou une déficience intellectuelle ou encore ayant subi une importante perte d'autonomie, nous comprenons que l'offre des futurs réseaux locaux au milieu communautaire tournera autour de la sous-traitance suivante :

- hébergement pour convalescence et répit;
- services favorisant le maintien à domicile;
- transport du domicile vers les établissements du réseau public et leurs succursales;
- prévention à domicile;
- application de programmes de prévention dans le cadre des plans d'action en santé publique, particulièrement pour les jeunes enfants et leurs mères;

→ toutes activités et tous services complémentaires aux services publics en cours.

Les organismes communautaires disent non à l'article 24

- Les RSL sont contradictoires avec la politique gouvernementale qui prône le maintien d'une certaine distance entre le mouvement communautaire et l'État ainsi qu'un financement prépondérant à la mission globale.
- Nous anticipons que les organismes communautaires ne seront pas libres de se joindre aux RLS.

La méconnaissance du gouvernement

La reconnaissance formelle de l'État en 1991 de la contribution et de l'autonomie des organismes communautaires par les articles 334 et 335, de la loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que l'adoption de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire (2001) témoigne de l'importance pour l'État de soutenir adéquatement l'exercice de la citoyenneté.

En contre partie, dans ses démarches de planification de l'organisation de services, le gouvernement reconnaît aussi de plus en plus les organismes communautaires comme étant des dispensateurs de services complémentaires au réseau public. Dans le projet de loi 25, il nous est difficile d'entrevoir comment le ministre prévoit, sous la gouverne des services intégrés, actualiser ses engagements envers les organismes communautaires. Il y a là une incohérence marquée. Vous comprendrez, monsieur le ministre, que votre réorganisation propose à la population du Québec un recul de plus de trente ans et que malgré le détour que nous ferons en santé et services sociaux, nous devons tôt ou tard revenir à un projet inspiré d'une vision sociale de la santé.

Une réforme qui coûte cher !

Une vision uniquement curative de la santé va continuer à exclure en partie ou en totalité les gens qui sont la raison d'être du mouvement communautaire.

Pensons aux femmes victimes de violence, d'agressions, aux femmes et aux hommes qui participent à des cuisines collectives, aux parents d'enfants handicapés qui s'entraident, se réconfortent, aux jeunes qui font l'apprentissage du respect des autres et de leur potentiel, aux jeunes de la rue, aux femmes isolées depuis trop longtemps, aux personnes âgées et à leurs besoins autres que chirurgicaux et médicamenteux, aux familles qui veulent le bien de leurs enfants

et qui ne font pas l'objet d'un signalement à la DPJ, aux gars et aux filles qui veulent vivre sans la consommation de drogues, aux personnes handicapées et à leurs besoins sociaux, aux personnes atteintes d'une maladie et à leurs besoins autres que médicaux, toutes ces personnes et leurs besoins sont en partie ou totalement ignorés par le réseau public de services de santé et de services sociaux.

Le mouvement communautaire puise, dans ces personnes et leurs besoins, sa justification à réclamer du gouvernement du Québec reconnaissance et soutien afin de préserver une distance nécessaire par rapport aux priorités et façons de faire de l'appareil gouvernemental.

L'intégration des organismes communautaires dans les réseaux locaux et par ententes de services, va nous éloigner de toutes ces personnes exclues, méconnues, marginalisées et ignorées. Or ces femmes, ces hommes et ces enfants quand on n'y prend pas garde « finissent » par devenir des "clients" du curatif et de la réadaptation.

Le partenariat

Sur le plan local, notre connaissance terrain nous amène à considérer que beaucoup d'organismes communautaires ont des liens étroits avec un ou plusieurs établissements du réseau public. Il est important de noter ici qu'il n'y a pratiquement aucune donnée sur cette réalité. Le ministère, les régies régionales, les établissements et les groupes communautaires concernés ne témoignent pas, de façon structurée, de ces relations partenariales.

Dans la course à produire ce mémoire, nous avons trouvé un exemple à vous soumettre. En 2001, la TROC Centre-du-Québec/Mauricie a effectué un sondage auprès de ses membres. 100 organismes communautaires ont participé.

- 51 % des groupes avaient une entente avec un établissement qui concerne une prestation de services;
- 74 % de ces groupes avaient une entente formelle, écrite qui identifie les responsabilités de chacune des parties;
- 64 % des groupes ayant une entente considèrent que cette collaboration se fait dans un climat de respect mutuel;
- 22 % des ententes ont été initiées par les groupes communautaires;
- 64 % des ententes impliquent un CLSC, 24 % les Centres jeunesse et 6 % un centre hospitalier.

Une donnée importante pour cette région, en lien avec les revendications historiques du mouvement communautaire a l'avantage d'éclairer les relations

partenariales dont nous venons de parler, il s'agit du financement à la mission globale des organismes communautaires. La régie régionale Mauricie/Centre-du-Québec verse 21 M \$ à 251 organismes communautaires, et ce, pour la présente année. 92 % de cette enveloppe budgétaire sert à soutenir la mission globale de ces organismes. 8 % de l'enveloppe SOC régionale sert à des activités prévues dans le cadre de programme et d'ententes de services.

La mise en parallèle des données sur le partenariat entre des groupes et des établissements publics et la prépondérance du soutien gouvernemental à la mission choisie par les organismes nous apparaît une forte démonstration en faveur du respect de l'autonomie des organismes communautaires.

Nous sommes en présence d'une volonté de changements structurels majeurs. Nous considérons inadéquat de réseauter ainsi des organismes communautaires avec d'importante instance locale.

Cependant, si la concertation est gérée par la peur de se voir fondre dans le réseau et par une approche strictement curative de la santé au prix de ses valeurs et de ses principes, nous parlons donc d'une vision réductrice de la complémentarité.

Afin de préserver les acquis de notre système de santé public, accessible, universel et gratuit dans une pratique citoyenne démocratique durement gagnée au fil des ans, le ministre doit garantir aux organismes communautaires un financement à la mission globale, une reddition de compte respectueuse, des rapports volontaires et non autoritaristes.

Évidemment, l'État a le pouvoir et les instruments pour arriver à ses fins : l'institutionnalisation du communautaire. Dans ce cas, tous les citoyens, citoyennes du Québec ainsi que l'État lui-même, seront perdants, car il nous en coûtera très cher d'avoir un gouvernement qui aura abandonné la solidarité et la prévention.

Si là n'est pas votre vision, vous devez nous assurer, monsieur le ministre, que d'autres modalités sont prévues comme leviers de financement afin de permettre le maintien de la mission des organismes communautaires.

Recommandations de la CTROCs

1 - Nous recommandons le retrait de l'adoption du projet de loi 25.

Considérant l'importance des changements visés par le projet de loi 25, nous recommandons le retrait de son adoption et exigeons un véritable débat public, qui impliquera et permettra de consulter véritablement les citoyennes et les citoyens, mais aussi l'ensemble des organismes communautaires autonomes touchés par ce projet de Loi ;

2 - Nous recommandons d'arrêter l'intrusion du secteur privé étant donné la marchandisation croissante des services offerts par le réseau public. Sans quoi, les coûts vont augmenter et nous aurons un système officiel à deux vitesses au détriment des pauvres et des petits salariés ;

3 - Nous recommandons de conserver et développer le réseau public de services de santé et de services sociaux avec ses grands principes de gratuité, d'universalité et d'accessibilité ;

4 - Nous recommandons d'établir le budget de la santé et des services sociaux à partir de leurs grandes fonctions (santé physique, besoins sociaux, prévention) et s'assurer de leur indépendance budgétaire. L'objectif est de développer la réponse aux besoins sociaux et de prendre le virage préventif tout en les préservant " de la gestion par crise " qui prévaut dans la santé physique et qui a comme effet de concentrer tout le financement disponible pour cette seule fonction ;

5 - Nous recommandons la préservation et le renforcement des services sociaux, de la première ligne et d'une prise réelle du virage prévention-promotion qui agit sur les déterminants de la santé annoncée par le gouvernement du Québec ;

6 - Nous recommandons le maintien des Centres locaux de services communautaires et des CHSLD, de leur mission et de leur entité (légale, budgétaire, etc.) ;

7 - Nous recommandons une participation citoyenne, démocratique, élue et active aux seins des conseil d'administration des institutions (CH, CHSLC, CLSC, Régies régionales, etc.) ;

8 - Nous recommandons le respect par l'État des spécificités des organismes communautaires autonomes tels que leur rôle d'agent de transformation sociale, leurs actions sur les déterminants de la santé, leur vision et leur approche globales, leurs pratiques alternatives, leur liberté d'établir des collaborations avec différentes instances, qu'elles soient publiques ou non, leur imputabilité à la communauté dont ils sont issus, bref tout ce qui constitue le fondement de leurs actions dans la société ;

9 - Nous recommandons au Gouvernement du Québec d'actualiser rapidement la Politique de soutien de l'action communautaire et sa mise en œuvre par le biais du cadre de référence négocié avec le comité aviseur de l'action communautaire autonome ;

10 - Nous recommandons l'injection de fonds publics supplémentaires dans le réseau des services sociaux, des fonds significatifs dédiés à la mission globale des organismes communautaires, et plus particulièrement dans les budgets octroyés à la prévention et à la promotion ;

11 - Nous recommandons le maintien de l'indépendance du PSOC relativement à la participation ou non des organismes communautaires autonomes dans des approches intégrées de services telles que les continuums de services et les réseaux de services intégrés ;

12 - Nous recommandons le maintien du programme de soutien aux organismes communautaires au niveau national et régional.

Bibliographie

- Bédard, D. (2000). *Le financement des soins socio-sanitaires : Une nouvelle étape possible dans la réforme du système*. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Observatoire de l'administration publique – ENAP.
- Centraide Québec (2000). *Une société qui se tire dans le pied : Lettre ouverte aux personnes qui ne se sentent pas concernées par la pauvreté... et à toutes les autres*.
- Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) (2003), *Le mouvement en péril!* Rapport d'enquête sur les impacts du sous-financement auprès des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux du Québec.
- Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) (1998), *Mémoire sur le projet de loi 404*.
- Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux (2000). *Pour un réseau de la santé et des services sociaux qui tienne compte des femmes. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux*.
- Coalition solidarité santé (2000a). *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*.
- Coalition solidarité santé (2000b). *Non à la socialisation des pertes et à la privatisation des bénéfiques! Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*.
- Coalition solidarité santé (1999). *Rapport du Groupe de travail sur les médicaments. Document remis aux membres de la Coalition Solidarité Santé*.
- Coalition solidarité santé (1998). *Guide électoral sur l'avenir du système de santé et de services sociaux*.
- Coalition solidarité santé (1994). *Guide électoral. Un système de santé universel, accessible et public...A-t-on les moyens de s'en priver?*
- Comité régional sur la première ligne des services de santé et des services sociaux (1997). *Promouvoir la première ligne des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec*.
- Commission Rochon, (1998)
- Conseil de la santé et du bien-être (1999). *Virage ambulatoire : Le prix caché pour les femmes. Recherche du Conseil du statut de la femme, Québec*.
- Desmarais, D., Beaugard, F., Guérette, D., Hrimech, M., Lebel, Y., Martineau, P. et Péloquin, S. (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes : Un portrait complexe, une responsabilité collective*. Les publications du Québec, Québec.
- Lambert, Gino, *Compagnies pharmaceutiques brevetées : L'industrie la plus rentable au monde*, article paru dans *Atelier sur la santé*.

- Richard Leroux et William A.Ninacs / La Coopérative, La Clé, Institut National de Santé publique (2002). *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Revue de littérature.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a). *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux : Santé au Québec :Quelques indicateurs.* Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000b). *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux : Organisation des services : État de situation et perspectives.* Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000c). *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux :Financement :État de situation et perspectives.* Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000d). *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile. État de situation et piste de solution.* Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000e). *Le système québécois de santé et de services sociaux.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *État de situation et recommandations au regard des listes d'attentes en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse. Rapport Lebon.*
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du groupe de travail.* Gouvernement du Québec, Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002.*
- Parazelli, Michel (1995). *De la pauvreté traitée comme une maladie.* Article paru dans le Monde Diplomatique.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2000). *Suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux.*
- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03) (2000a). *Les citoyennes et les citoyens en péril... Les organismes communautaires autonomes utilisent leur dernier souffle pour dénoncer.*
- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03) (2000b). *Avis sur la proposition de politique : « Le milieu communautaire : Un acteur essentiel au développement du Québec ».*

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03) (1998). *Avis sur le Plan de consolidation des services 1999-2002 : « L'accessibilité aux services de base : Une question d'intérêt public! ».*

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03) (1997). *Mémoire, Le pelletage des établissements publics... Les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!*

Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (2000). *Proposition de Politique. Le milieu communautaire : Un acteur essentiel au développement du Québec.*

Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles (secteur santé et services sociaux) (TRPOCB) (2000). *Pour un virage « social » du système de santé au Québec; Non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux.* Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.