



Pour un réseau de la santé et des services sociaux ancré dans les communautés

**MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU
RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES
AGENCES RÉGIONALES**

Projet de loi no. 10

**Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux et à
Monsieur Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux**

Par le

**Regroupement québécois des intervenantes et intervenants
en action communautaire en CSSS**

Lundi 3 novembre 2014

LA PRÉSENTATION DU REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS EN ACTION COMMUNAUTAIRE (RQIIAC)

Le RQIIAC¹ est une association personnifiée sans but lucratif qui réunit, sur une base volontaire les praticiens de l'organisation communautaire des Centre de santé et de services sociaux de toutes les régions du Québec. Il regroupe plus de 220 membres, soit la majorité des professionnels de l'organisation communautaire en CSSS.

L'organisation communautaire

L'organisation communautaire en CSSS contribue, depuis plus de quarante ans, à l'essor du mouvement communautaire et au développement des communautés au Québec. L'organisation communautaire intervient sur les déterminants ayant une incidence sur la santé et le bien-être des populations tels que la pauvreté, l'exclusion et la marginalisation, l'environnement physique et social, le logement, le travail, le transport, l'éducation et les habitudes de vie. Différents types d'intervention sont privilégiés : le soutien aux ressources existantes, la création de nouvelles ressources, la concertation et la mobilisation, l'analyse de milieu et de besoins, l'information et la sensibilisation ainsi que l'action sociale et politique. Parmi l'ensemble de l'offre de services des CSSS, l'organisation communautaire est complémentaire aux interventions individuelles ou curatives. Ainsi, cette pratique professionnelle constitue un des maillons significatifs de la mission de promotion et de prévention de la santé.

Depuis la création des CSSS en 2004 et le déploiement du Plan national de santé publique (PNSP), l'organisation communautaire en CSSS contribue à actualiser la responsabilité populationnelle des CSSS et soutient la stratégie de développement des communautés promue dans le PNSP. Cette responsabilité populationnelle a été mise de l'avant par l'adoption des Lois 25 (2003) et 83(2005) : *Lois sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ces lois imputent au CSSS la responsabilité de maintenir et d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population de son territoire, qu'elle utilise ou non ses services. La responsabilité populationnelle est actualisée notamment par l'animation d'un réseau local de services, en partenariat avec des acteurs institutionnels et communautaires de différents secteurs d'activités. Dans ce cadre, les professionnels de l'organisation communautaire contribuent à l'identification des besoins, la mise en place et l'animation des structures de concertation intersectorielles et la réalisation des actions identifiées au sein de communautés locales.

¹ www.rqiiac.qc.ca

Une communauté de pratique

Incorporé depuis 1988, le RQIIAC constitue un lieu privilégié de réflexion collective et de partage d'outils d'intervention. Il se définit d'abord et avant tout comme une communauté de pratique visant à favoriser les échanges sur les interventions et mandats de l'organisation communautaire en CLSC et en centre de santé (CSSS). Il a d'abord publié un Cadre de référence sur l'organisation communautaire en CLSC (2000) puis en CSSS (2012). Ce Cadre a grandement contribué à définir la profession, à en cerner les mandats et à promouvoir son apport à l'actualisation de la mission des CSSS notamment en ce qui concerne la promotion de la santé et l'exercice de la responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS. Élaboré en premier lieu avec le soutien de l'Université Laval (2000), le Cadre de référence a, par la suite, permis de créer des liens avec plusieurs universités et autres partenaires.

Le RQIIAC publie le bulletin *Interaction communautaire* trois fois par année ainsi que de nombreux autres outils pour soutenir sa communauté de pratique.

La mission du RQIIAC s'actualise grâce à un conseil d'administration composé de 14 délégués représentant 13 régions du Québec et d'un comité de direction de 5 personnes.

LES PRÉOCCUPATIONS LIÉES AU PROJET DE LOI 10

Dans son ensemble, nous croyons que le projet de loi 10 ne comporte que très peu de valeur ajoutée pour le système de santé et de services sociaux québécois, et ce, particulièrement en lien avec sa capacité à desservir la population et d'intervenir efficacement sur les conditions favorables à sa santé.

Le projet de loi nous inquiète particulièrement quant à l'impact qu'il aura à court et moyen terme sur la capacité du personnel et des gestionnaires du réseau à maintenir et à améliorer les services offerts à la population; **les prochaines années étant consacrées à la restructuration.**

Lors de la précédente réforme, beaucoup d'énergies ont été consacrées à mettre en place les nouvelles structures et à harmoniser les processus et services, et il a été évalué que les coûts n'ont pas diminué. Cette réforme est à peine complétée que l'ensemble du réseau doit se remobiliser pour absorber la nouvelle, dans un contexte de rationalisation et de compressions budgétaires récurrentes. Bref, nous sommes sceptiques que la réforme des structures permettra réellement d'accroître « l'efficience et l'efficacité du réseau » et de générer des économies considérables.

En dépit de cette opinion générale sur l'opportunité de l'ensemble du projet de loi, nous soumettons des recommandations en vue d'améliorer, le cas échéant, son impact sur le système de santé, mais aussi pour prévenir la perte de précieux acquis reconnus ici comme ailleurs. À cet égard, sous l'angle d'UN RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ANCRÉ DANS LES COMMUNAUTÉS, nous formulons des recommandations en lien avec quatre préoccupations :

- La promotion/prévention de la santé et la responsabilité populationnelle;
- Le territoire et les communautés locales;
- Le financement des organismes communautaires autonomes;
- La gouvernance.

La promotion/prévention et responsabilité populationnelle

La définition de la santé inscrite à l'article 1, de la Loi de la santé et des services sociaux est une définition large, globale et multidimensionnelle qui rejoint celle retenue par l'Organisation mondiale de la Santé. Ainsi définie, la santé réfère au *«[...] maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie»*.

Le concept de santé dépasse largement l'absence de maladie. Et, la création de conditions favorables à la santé ne relève pas que de l'accès aux services curatifs de santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux mentionnait d'ailleurs en 2005 que «sur les trente ans d'espérance de vie gagnée en Occident au 20^e siècle, 22 seraient attribuables aux conditions de vie et 8 seulement à l'accès aux services de santé et aux services sociaux».

Cette même idée a été reprise par Philippe Couillard qui mentionnait en mai dernier que :

«Le système de santé lui-même ne compte que pour 30 % des déterminants de la santé. Le reste est constitué des éléments suivant: l'âge, le sexe, le patrimoine biologique des individus ; le niveau socioéconomique; l'emploi et les conditions de travail ; l'éducation; les habitudes de vie; l'environnement physique; la petite enfance; le tissu et le soutien social, ce qui inclut l'expression culturelle. Un État qui se préoccupe de la santé doit donc conserver un horizon qui inclut, bien sûr, le système de soins, mais aussi le dépasse largement.»

Les inégalités sociales de santé sont bel et bien présentes et documentées au Québec. Ces inégalités sont lourdes de conséquences pour les populations plus vulnérables. À l'instar de plusieurs autres spécialistes répartis à travers le monde, le directeur régional de la santé publique de Montréal, le docteur Richard Massé rappelle que :

*« Les gens touchés par les inégalités sociales de santé ont plus de problèmes de santé, parce qu'ils sont exposés à des risques plus grands beaucoup plus tôt. Si on est capable de modifier tôt ces inégalités, on est capable d'influencer la santé de ces personnes à très long terme ».*²

Une des forces du système de santé québécois réside dans la complémentarité des soins médicaux et des services de santé et psychosociaux (de l'intervention individuelle à une action collective sur les déterminants sociaux de la santé). Cette complémentarité du système de soins de santé est essentielle afin d'agir sur les inégalités sociales de santé. Ceci, bien sûr, de concert avec des politiques publiques sur le revenu, l'accès à l'éducation et au logement ainsi que des mesures garantissant aux ménages des revenus les maintenant hors de la pauvreté.

Des pays tels, la Suède, la Norvège, la Finlande, qui ont amélioré de façon significative la santé en réduisant les inégalités sociales ont, par le fait même, diminué l'importance de nombreuses problématiques sociales connexes : la criminalité, l'itinérance, les grossesses précoces, etc. Ces pays ont investi massivement dans les services de 1^{ère} ligne de même que dans des mesures de soutien au revenu et d'accès à l'éducation. Nous croyons également qu'il faut prendre cette direction.

Sans remettre en question ni l'article 1 de la Loi actuelle ni la responsabilité populationnelle attribuée au Centres intégrés de santé et de services sociaux, la réforme proposée par le projet de loi 10, qui s'attarde principalement aux structures, ne permettra pas, selon nous, au réseau d'agir efficacement pour réduire les inégalités sociales de santé et d'agir pour la promotion et la prévention en santé. L'intégration de nombreux établissements de 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne sur l'ensemble d'un même territoire régional pourrait contribuer à marginaliser davantage la mission préventive des nouveaux établissements en concentrant les préoccupations et les ressources uniquement dans les services curatifs, particulièrement dans les services hospitaliers. Enfin, le financement axé autour de programmes-services nous fait craindre pour la capacité des CISSS à investir de façon efficiente le champ de la promotion et de la prévention ainsi qu'à la création d'environnements favorables à la santé.

² <http://www.santemontreal.qc.ca/iss/>

Enfin, nous croyons que le CLSC doit demeurer un levier d'intervention, notamment pour l'exercice de la responsabilité populationnelle, la promotion et la prévention et pour soutenir le développement des communautés.

Recommandations

- **Que le projet de loi intègre explicitement à la mission des Centres intégrés de santé et de services sociaux la responsabilité populationnelle en lien avec l'objectif de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;**
- **Imputer au CISSS l'obligation de s'investir dans le développement des communautés afin d'améliorer la santé des populations, notamment par le soutien à l'action sur les déterminants de la santé;**
- **Maintenir l'élaboration de plans d'action locaux de santé publique;**
- **Intégrer, au plan d'organisation du CISSS, une direction des services à la communauté qui offre, entre autres services, des services d'organisation communautaire;**
- **Assurer aux communautés locales des services de soutien à leur développement.**

Le territoire et les communautés locales

L'objet du projet de loi 10 est notamment l'abolition des agences régionales et la fusion de l'ensemble des établissements publics de la région; sauf pour la région de Montréal où le nombre d'établissements régionaux prévu est de cinq, auxquels s'ajoutent quatre établissements suprarégionaux. Ainsi, l'abolition des agences régionales est présentée comme l'élément central du projet de loi, alors que l'élément le plus significatif, pour les usagers et leurs communautés, concerne plutôt l'élimination du niveau local dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ce changement n'est pas superficiel. Il aura un impact direct sur les liens du réseau de la santé et des services sociaux avec les citoyens et leurs communautés.

Financé selon un modèle programme-service, le CISSS sera-t-il en mesure de prendre en compte les multiples particularités des communautés locales (rurale ou urbaine; favorisée ou défavorisée; présence de jeunes familles ou population vieillissante; population immigrante, etc.)? Sera-t-il en mesure d'animer efficacement un réseau régional de services comprenant plusieurs centaines de partenaires diversifiés : écoles, commissions scolaires, municipalités, MRC et organismes communautaires? D'établir des liens significatifs avec eux? Comment pourra-t-il soutenir adéquatement les communautés locales de la région où se concentrent des personnes en situation de pauvreté?

Dans le projet de loi 10, le CLSC est présenté comme un élément à l'intérieur de la mission du CISSS. Lorsqu'on se réfère à la Loi actuelle, on comprend qu'il s'agit, pour l'essentiel, des services de santé et de services sociaux de première ligne. Ce faisant, le risque est grand de perdre l'approche communautaire complémentaire aux services de première ligne. Déjà, lors de l'intégration des CLSC aux CSSS, dans le cadre de la dernière réforme en 2004, cette richesse propre au réseau de santé et services sociaux québécois a été fortement fragilisée. En intégrant les CLSC à des établissements ayant toute une région socio-sanitaire comme territoire, on ne parlera plus d'une menace mais d'un fait. La perte pour le réseau serait considérable.

Avec la réorganisation proposée, la responsabilité populationnelle devra s'exercer sur un territoire socio-sanitaire régional, à travers un réseau régional de services. Ainsi le CISSS devra notamment *«[...] identifier les besoins en fonction de l'état de santé et de bien-être [...] mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.»* Or, les territoires des CSSS actuels présentent déjà, pour certains, des caractéristiques fort différentes et le défi de la responsabilité populationnelle commandé par la Loi actuelle est relevé de façon inégale au Québec.

La taille, l'étendue et l'hétérogénéité des nouveaux territoires de CISSS font craindre de grandes pertes pour le réseau de la santé et des services sociaux : perte d'un lien réel avec les communautés locales, perte d'une connaissance fine des réalités des milieux, perte d'une capacité à mobiliser les partenaires, etc. Le risque est grand de compromettre l'accessibilité aux services tant préventifs que curatifs ainsi que l'action sur les déterminants de la santé.

Avec la création des CSSS, le territoire de CLSC est le plus souvent demeuré une référence pour évaluer les besoins, planifier, organiser et rendre les services. Ces territoires locaux sont toujours la référence pour réaliser des portraits socio-économiques, produire des informations sur la santé et ses déterminants, ils sont utiles à la surveillance, la planification, l'organisation et l'évaluation des services. Ces portraits socio-économiques et de santé servent à l'action dans les communautés, non seulement pour le réseau de la santé mais également pour ses partenaires tant communautaires qu'institutionnels. Ils permettent de comprendre les besoins et attentes des populations, de mobiliser les citoyens et les ressources pour répondre aux besoins, notamment de santé. Ce sont là des outils indispensables au développement des communautés.

Le projet de loi prévoit, pour chaque région socio-sanitaire à l'exception de Montréal, de regrouper l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux. En contrepartie, il devient impératif d'intégrer formellement le territoire local d'appartenance comme base d'organisation de l'offre de services du CISSS, tant curatifs, préventifs que communautaires. Ces territoires locaux ne doivent pas répondre à une simple logique mathématique et administrative, mais plutôt s'appuyer sur des bases socio-économiques, historiques et culturelles significatives. À titre d'exemple, il nous paraît presque impossible et non souhaitable d'harmoniser une offre de services dans une région aussi disparate que celle de la Capitale-Nationale.

Recommandations

- **Intégrer au projet de loi 10 la notion de territoire local correspondant aux communautés locales soit : les territoires de CLSC actuels ou des territoires redéfinis sur des bases sociologiques, historiques et culturelles plus significatives (MRC, arrondissement ou quartier), en s'assurant de la stabilité dans le temps du découpage des territoires locaux;**
- **Intégrer au projet de loi 10 une définition du CLSC comme entité administrative ayant une fonction de services de santé et de services sociaux de première ligne, dans le cadre d'une approche communautaire pour un territoire local;**
- **Imputer au CISSS l'obligation d'évaluer les besoins en fonction des territoires locaux;**
- **Que les services d'organisation communautaire soient organisés en fonction des territoires locaux au sein des CISSS.**

Le financement des organismes communautaires autonomes

Depuis la réforme des années 90, la LSSS reconnaît l'apport des organismes communautaires autonomes au réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La politique de reconnaissance des organismes communautaires (2002) a confirmé cette reconnaissance de la contribution des organismes communautaires autonomes au développement de la société, notamment dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces organismes offrent une réponse de proximité et alternative à des personnes en situation de marginalisation ou d'exclusion; qu'on pense aux maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, aux maisons de jeunes, aux centres de jour en santé mentale, aux ressources en itinérance, etc. Le rôle de ces organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux est développé en complémentarité avec celui des établissements et non au service de ces derniers. Les rapports entre les organismes communautaires autonomes et les établissements de santé et de services sociaux portent sur trois aspects : le financement, le partenariat et le soutien aux organismes.

Les organismes communautaires autonomes sont financés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Pour les organismes à vocation locale ou régionale, ce programme est administré par les agences régionales. Ce programme finance la mission de base de ces organismes communautaires, leur garantissant ainsi une certaine capacité d'autodétermination et de fonctionnement, malgré l'écart entre les sommes disponibles et les besoins réels. En effet, ces organismes doivent le plus souvent opérer en situation de sous-financement et se tourner vers de multiples bailleurs de fonds pour compléter le soutien à la mission du PSOC.

Les organismes communautaires autonomes sont actifs dans leur communauté. Ils ont souvent été des partenaires de premier plan de leur CLSC et, depuis la création des CSSS, participent activement aux démarches de concertation et de partenariat.

L'organisation communautaire en CSSS soutient la mise en place, le développement ou la consolidation de nombreux organismes communautaires en santé et services sociaux. Ce soutien professionnel est offert en tout respect de l'autonomie des organismes.

Le projet de loi 10 propose que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) relève des CISSS plutôt que des agences de santé qui sont appelées à disparaître. La cohabitation des fonctions de bailleur de fonds, de partenaire et de soutien aux organismes est incompatible. Le rattachement de ce programme aux CISSS, qui seront organisés sur la base de programmes-services, pourrait menacer le financement à la mission et compromettre l'autonomie de ces organismes. Par ailleurs, ce rattachement des organismes communautaires au CISSS place cette dernière instance en situation de « juge et partie » : de bailleur de fonds d'une part et de partenaire d'autre part. Cette situation risque de renforcer l'effet d'instrumentalisation des organismes communautaires aux besoins du réseau plutôt qu'à sa mission telle que définie par ses membres. Enfin, le soutien aux organismes communautaires autonomes par l'organisation communautaire en CISSS serait incompatible avec la gestion du PSOC au sein du même établissement.

Recommandation

- **Confier la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au ministère de la Santé et des Services sociaux via une instance régionale, plutôt qu'à un établissement qui dispense des services de santé et des services sociaux.**

La gouvernance

Conjugués à la disparition du palier local, les changements proposés à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux éloigneront les décideurs des citoyens, des communautés et des lieux d'action et d'intervention. La nomination des personnes dirigeantes par le Ministre remet en question l'imputabilité des administrateurs envers leur milieu. De plus en plus, on assistera à une politisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Les conseils d'administration actuels agissent déjà dans le cadre des lois, des politiques, des programmes et des budgets du Ministère. Mais ils sont aussi en mesure de prendre en compte les particularités de la population de leur milieu. Les membres élus de ces conseils d'administration sont imputables envers cette même population. Le projet de Loi doit sauvegarder une gouvernance qui favorise les liens avec les communautés du territoire, notamment avec les populations les plus défavorisées et dont le bilan de santé est toujours le moins bon.

Bien que les comités d'usagers ne sont pas appelés à disparaître, comment l'unique représentant des usagers au conseil d'administration pourrait-il refléter les préoccupations et points de vue de toute une région, seul, à travers une majorité d'experts nommés par le Ministre?

Tel que proposé par le projet de loi 10, le modèle de gouvernance ne pourra assurer au CISSS, à ses administrateurs et ses gestionnaires la souplesse, la capacité d'agir et de réagir rapidement pour répondre aux besoins des populations de leurs territoires.

Recommandations

- **Que les administrateurs des CISSS soient identifiés par le milieu ou instance dont elle provient ou qu'elle représente;**
- **Que le conseil d'administration ait plein pouvoir d'embauche de l'ensemble des gestionnaires;**
- **Que le plan d'organisation du CISSS soit défini par les dirigeants de l'établissement (PDG et conseil d'administration) de manière à ce qu'il soit adapté aux besoins de la région et de ses communautés locales;**
- **Maintenir, dans la composition des conseils d'administration des nouveaux établissements, des postes élus de personnes représentantes de la population;**
- **Prévoir des instances de consultation locale.**

CONCLUSION

Nous ne croyons pas que la réorganisation du réseau, telle que proposée par le projet de loi 10, contribuera à l'amélioration du système de santé et de services sociaux et à la lutte contre les inégalités sociales de santé ni qu'elle permettra de consolider la première ligne. De plus, nous déplorons qu'à court terme, les précieuses énergies du réseau de la santé et des services sociaux seront largement consacrées à cette réorganisation plutôt qu'à travailler concrètement à de réelles améliorations.

Nos préoccupations portent plus particulièrement sur le peu de place dévolue dans les CISSS à la promotion et la prévention en santé, à l'exercice de la responsabilité populationnelle, et à la lutte aux inégalités sociales de santé. « *Les inégalités sociales de santé rendent malades et tuent à grande échelle*³. » Leur réduction devrait être au cœur de tout projet visant à améliorer l'état de santé de la population québécoise.

Avec la disparition du palier local, c'est à la déconstruction du réseau que nous convie le projet de loi 10. De plus, les changements proposés à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux éloigneront les décideurs des citoyens, des communautés et des lieux d'action et d'intervention.

L'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux passe par un renforcement des capacités de la première ligne à offrir des services de qualité, de proximité et accessibles. Ainsi, le modèle québécois, incarné par la mission CLSC, qui combine des services de prévention, psychosociaux et de santé dans un territoire local a fait ses preuves et devrait être consolidé.

Contact : Stéphanie Fatou Courcy-Legros, présidente intérimaire
Téléphone cellulaire : 514-436-1432
communication@rqiiac.qc.ca

Regroupement québécois des intervenantes et intervenants
en action communautaire en CSSS
Case postale 209, succursale Rosemont
Montréal (Québec)
H1X 3B7

³ Hyppolite, S.-R.2012. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, 161p.