Le projet de loi no 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace,* n'est pas la réponse qu'il faut aux besoins de la population

Mémoire de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Transmis à la Commission de la Santé et des Services sociaux le 21 mai et présenté le 23 mai 2023

Dans le cadre de la consultation de l'Assemblée nationale sur le projet de loi no 15 *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
1, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec, H2X 3V8, 514-844-1309
info@trpocb.org | www.trpocb.org | twitter.com/trpocb
casssh@trpocb.org | www.trpocb.org/campagneCASSSH |
facebook.com/campagneCASSSH | facebook.com/TableDesRegroupements

Contenu

1. Introduction 3
2. Un pas de trop vers la privatisation 5
3. Des absences qui se remarquent au niveau des sujets 6
4. Pertes sur le plan démocratique 9
5. Les groupes communautaires ne sont pas des entreprises privées ni des établissements obéissant aux commandes de l'État 10
6. La relation de bailleurs de fonds du MSSS face aux groupes communautaires : le besoin d'équité pour que la population ait accès aux OCASSS qu'elle se donne 14
   A. Présentation du fonctionnement du PSOC 14
   B. Les changements qui découleraient du PL15 16
7. L'autonomie des OCASSS est incompatible avec la notion d'agrément appliquée à large échelle 18
8. Conclusion 19
9. Rappel des recommandations de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles 20
10. Présentation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et de ses membres 22
11. Rappel des caractéristiques de l'action communautaire autonome 27

Présentation le 23 mai 2023 :

- Gaëlle Fedida, présidente de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, et coordonnatrice des dossiers politiques de l'Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale
- Mercédez Roberge, coordonnatrice de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Rédaction :

- Mercédez Roberge, coordonnatrice de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 1, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec, H2X 3V8, 514-844-1309, coordination@trpocb.org

1.Introduction

Le présent mémoire est le 4e que la Table rédige, depuis 2000 relativement aux réformes du système de santé et de services sociaux[1], en plus d'être intervenue sur des sujets spécifiques. Chaque fois, nous avons insisté sur l'importance de préserver le caractère public du système de santé et de services sociaux québécois, de revoir le mode de rémunération des médecins et de mettre en place un régime 100% public d'assurance-médicaments.

Nous sommes également intervenus chaque fois pour assurer le respect des droits, la participation citoyenne aux décisions collectives quant au fonctionnement du réseau, ainsi que la participation des personnes aux décisions sur ses propres soins, et afin que l'État tienne compte des conséquences spécifiques sur les femmes et des conditions particulières des personnes démunies, discriminées ou marginalisées. À toutes ces occasions nous avons réitéré l'importance de protéger l'autonomie[2] des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux, ainsi que la nécessité d'un financement public, non seulement à la hauteur de leurs besoins, mais attribué selon des critères permettant un accès équitable de la population e aux organisations qu'elle se donne.

Les positions que nous exprimerons dans ce mémoire, cette fois sur le projet de loi no 15 *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (PL15) [3], s'appuient donc sur une longue histoire d'analyse et de transmission des aspirations des organismes communautaires autonomes à l'égard du système de santé et de services sociaux, ainsi qu'à l'égard des liens unissant les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux (OCASSS) au MSSS en tant que bailleur de fonds. Malgré cela, nous sommes bousculés par le processus choisi par le ministre pour étudier le PL15 et cela est également vrai pour l'ensemble des organismes communautaires avec qui nous sommes en communication, qu'ils soient provinciaux, régionaux ou locaux.

Que seulement deux semaines aient séparé le dépôt du projet de loi de l'établissement du calendrier et seulement trois semaines des premières auditions est inadmissible dans une démocratie comme la nôtre et à plus forte raison dans le cas d'un projet de loi remplaçant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Quant aux auditions, il était prévisible que les 6 journées prévues ne suffiraient pas et que la date butoir du 23 mai serait trop rapprochée. Le calendrier imposé ne permettant pas aux organismes que nous côtoyons de présenter un mémoire, la Commission de la Santé et des Services sociaux ne profitera pas de la richesse des expertises du milieu. En limitant les travaux sur un sujet si complexe, l'État se prive de la perspective spécifique des organismes communautaires tant à l'égard des

---

[1] *Pour un virage « social » du système de santé au Québec. Non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux,* mémoire de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, septembre 2000.
Est-ce vraiment la meilleure façon d'améliorer les services à la population ? » sur le projet de loi 25 Avis sur le projet de loi nº 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, présenté à la Commission des affaires sociales le 3 décembre 2003.
Le projet de loi no 10 ne permettra pas à la population d'obtenir davantage de services et la démocratie en sortira perdante Mémoire de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles relativement au projet de loi no *10 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales,* présenté le 11 novembre 2014 devant la Commission de la santé et des services sociaux.
[2] Les caractéristiques de l'action communautaire autonome sont rappelées à la section 11 de ce mémoire
[3] Noter que notre analyse du projet de loi no 15 s'appuie sur un examen des informations dont nous disposons sur le Plan santé dans son ensemble.

besoins de santé et de bien-être des populations qu'ils soutiennent, qu'à l'égard du rôle qu'elles veulent jouer face aux décisions de société dont ces besoins découlent.

La précipitation actuelle a également pour conséquence de renier des engagements et des principes pourtant régulièrement affirmés par le gouvernement. Notons que le PL15 n'est pas accompagné d'une analyse différenciée selon les sexes (ADS), alors qu'il s'agit d'un engagement depuis 2011, et encore moins d'une démarche d'analyse d'ADS+ . De plus, que l'État le reconnaisse ou non, le racisme systémique existe bel et bien dans le réseau de la santé et des services sociaux et ailleurs. Ce n'est pas en étant muet sur la question dans le PL15 ni en limitant les consultations que des changements s'opéreront. Les personnes autochtones, les personnes racisées ou nées à l'étranger en auraient sans doute long à dire sur le PL15 et ses omissions sur les sujets qui les préoccupent. Le processus actuel ne permettant pas de les entendre, le gouvernement se prive d'expertises essentielles.

Avec ses 300 pages et près de 1200 articles, le PL15 soulève de nombreuses préoccupations qu'une adoption précipitée ne permettra pas de traiter convenablement. Nous enjoignons donc la Commission, autant au bénéfice des parlementaires que pour celui de la population et des organisations communautaires et syndicales, qu'elle accorde le temps nécessaire pour effectuer une véritable et vaste consultation publique sur le PL15.

Nous présenterons plus loin les conséquences du PL15 sur certains aspects de l'encadrement du financement attribué aux organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux, mais aussi sur des enjeux de société touchant toute la population. Les regroupements provinciaux membres de la Table réunissent une expertise très étendue sur plusieurs des aspects touchés par le PL15 et sur lesquels le présent mémoire ne se penchera pas. Nous vous référons donc aux mémoires que certains déposeront, mais pour véritablement bénéficier des analyses des regroupements provinciaux, la Commission doit élargir la consultation en les invitant aux audiences. Vous trouverez en annexe la liste des membres, ainsi que leurs champs d'expertise spécifiques. Nous vous invitons à traverser cette liste afin de constater l'ampleur des ressources qui s'y trouvent relativement à de nombreux articles du PL15, que ce soit ceux portant sur l'aide et l'accompagnement aux plaintes, sur la pratique des sages-femmes, sur les interruptions volontaires de grossesses, sur la protection de la jeunesse, etc. Cette lecture vous permettra également de constater qu'une foule de sujets sont absents du PL15, que l'on pense à la santé mentale, aux soins à domicile, à l'hébergement en situation de violence conjugale ou autre, à la proche aidance, aux personnes en situation de handicap, à la sécurité alimentaire, à la prévention du suicide, etc.

Recommandations

Parce que le sujet est trop important pour adopter le PL15 sans se donner le temps nécessaire pour effectuer la consultation appropriée, nous recommandons :

1. Qu'une analyse intersectionnelle différenciée selon les sexes (ADS+) et une analyse antiraciste soient effectuées avant d'adopter le PL15;
2. Que la Commission allonge de plusieurs mois le processus d'examen du PL15, afin d'entendre davantage d'avis, notamment de la part d'organismes communautaires locaux, régionaux et nationaux du domaine de la santé et des services sociaux;
3. Que la Commission consulte les organisations communautaires ayant l'expertise nécessaire pour évaluer les impacts du PL15 sur des domaines particuliers, tant en regard de la santé de la population que des impacts sur les groupes communautaires.

2. Un pas de trop vers la privatisation

Le système de santé et de services sociaux québécois est déjà très ouvert au secteur privé et nous estimons que le PL15 accélérera le rythme. Il importe qu'il demeure un service public et non un marché ouvert à des occasions d'affaires. Nous maintenons que la santé n'est pas une marchandise au même titre que l'éducation n'en est pas une.

Nous estimons que le PL15 pose une brique de plus à cet édifice en construction depuis déjà trop longtemps, au mépris des mises en garde pourtant nombreuses à l'égard de l'atteinte au droit à la santé que cette orientation représente. La privatisation du système de santé et de services sociaux creusera davantage les inégalités en menant vers un système à deux vitesses, où les plus fortunés ont accès à des services que les autres n'ont pas, ou dans des délais plus courts, mais aussi où des soins ne seront pas dispensés en raison de choix budgétaires d'établissements. Nous craignons une augmentation du déplacement de la main d'œuvre du public vers le privé et à terme, la perte d'expertises qui auraient dû être au service de la collectivité.

Les plus récentes interventions en la matière sont d'ailleurs passées inaperçues, notamment par la modification du règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie* durant la pandémie[4], faisant en sorte que de plus en plus de soins peuvent être dispensés par des entreprises privées, lorsque payées par les assurances collectives ou sur la base d'un contrat de travail. Que cette brèche importante au panier des services assurés ait été décidée dans une période de gouvernance par décret devrait servir de mise en garde face au déroulement de l'actuelle consultation, laquelle est bien trop brève pour pouvoir évaluer tous les impacts des changements proposés par le PL15.

Or, en proposant de créer Santé Québec sous la forme d'une société d'État, plutôt que de l'intégrer à la structure du MSSS, le PL15 va plus loin que de permettre aux entreprises lucratives de facturer pour les services de santé qu'elles dispensent. En effet, la création d'une Société qui achètera des services aux entreprises privées nous éloigne de l'objectif de renforcir la responsabilité de l'État face à la santé et au bien-être de la population. Ainsi, non seulement les entreprises lucratives verront les personnes comme des consommatrices pour leurs produits et services, mais elles verront aussi l'État comme leur plus gros client.

L'exemple le plus frappant de cette vision se trouve à l'article 647 où il est précisé que le « ministre surveille le marché des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d'en connaître l'offre et la demande et les circonstances dans lesquelles les personnes ont accès aux services offerts. »

Enfin, cela induit un changement de statut important, passant d'un service public à une Société qui, à l'instar d'Hydro-Québec avec laquelle Santé Québec est souvent comparée, est gérée distinctement d'un ministère et selon des considérations économiques bien différentes d'un service public. Le problème éthique serait grand si Santé Québec devait atteindre des objectifs de rentabilité, et même faire des profits; que ceux-ci soient ensuite versés au budget de l'État ne rendrait pas la chose plus acceptable.

[4] Modification adoptée par le décret 1794-2022, 7 décembre 2022.

À cet égard, la composition du Conseil d'administration de Santé Québec est annonciatrice d'une vision entrepreneuriale qui n'a pas sa place dans la gestion d'un service public. Ainsi, la présence de sièges réservés à des personnes du « milieu des affaires » dans la composition des Conseils d'établissement (art. 107), de même que les orientations annoncées quant à la composition du Conseil d'administration de Santé Québec sont très inquiétantes à nos yeux.

En effet, selon la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État*, des 13 postes du Conseil d'administration de Santé Québec se retrouvera « au moins huit membres indépendants, et correspondant au profil de compétence et d'expérience approuvé par le CA »[5]. Il est clair que le profil qui sera recherché sera bien différent que s'il s'agissait d'administrer un service public. L'expression utilisée par le ministre de la Santé et des Services sociaux quant à sa recherche de « top guns »[6] ne laisse pas de doute quant à la présence du milieu des affaires au sein du Conseil d'administration de Santé Québec. La composition de ce Conseil d'administration aura des conséquences sur l'augmentation d'une vision marchande de la santé, mais également sur la vision du rôle des OCASSS, individuellement et comme mouvement. Nous craignons que l'autonomie, les pratiques et la capacité de transformation sociale des OCASSS soient en péril si le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est administré par des gestionnaires d'entreprises. Nous y reviendrons plus loin dans ce mémoire.

3. Des absences qui se remarquent au niveau des sujets

La santé ce n'est pas seulement l'absence de maladie, c'est aussi un droit, celui de jouir du meilleur état de santé physique, psychologique et social possible. Le réseau ne se résume donc pas à des soins médicaux ni à des équipements. La santé doit être vue comme un bien public et ses principes doivent être défendus pour obtenir une société juste.

Nous constatons que le PL15 ne mentionne pas les principes qui devraient pourtant guider l'État, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité, alors qu'il faudrait même y ajouter l'absence de discrimination et la participation démocratique.

Ni l'essence, ni le contenu de l'article 1 de la LSSSS, que voici, ne se retrouvent dans le PL15 :

> **1.** Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le 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.
>
> Il vise plus particulièrement à:
>
> 1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps;

[5] Ministre de la Santé et des services sociaux, *Mémoire au Conseil des ministres, Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 17 mars 2023. pp.16-17 référant aux dispositions de la LGSE (chapitre G-1.02).
[6] Chouinard, Tommy, *Santé Québec: Dubé veut recruter des « top guns » du privé*, La Presse, 20 mars 2023.

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes;
4° favoriser la protection de la santé publique;
5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale;
6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes;
7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Quant aux déterminants sociaux de la santé la place qu'ils occupent dans le PL15 est pour le moins surprenante, puisqu'une seule mention en est faite, à l'article 29, lequel porte sur les balises d'une « saine gestion » :

> **29.** Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité.
>
> Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :
>
> 1° l'adéquation des services, compte tenu de l'organisation de Santé Québec et des ressources allouées;
> 2° la fluidité et la continuité des services aux usagers;
> 3° l'assurance d'un accès continu à une large gamme de services généraux, spécialisés et surspécialisés du domaine de la santé et des services sociaux visant à satisfaire les besoins sociosanitaires, compte tenu des particularités du territoire desservi;
> 4° la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.

Le peu de place de la santé publique nous inquiète d'ailleurs. Rappelons que le gouvernement a déployé beaucoup d'énergie, durant la pandémie, pour démontrer l'indépendance politique du directeur national de la santé publique, malgré qu'il soit également sous-ministre. Nous comprenons donc que les directions régionales de santé publique relèveront de Santé Québec, mais sans mention d'une coordination de la part du Directeur national de santé publique. Non seulement le PL15 ne confirme pas l'indépendance de la Direction nationale de santé publique en mettant clairement le directeur à l'abri de l'influence politique, mais celle-ci est totalement absente du PL15. En effet, ni les articles 73 à 81, ni le nouvel organigramme accompagnant le PL15, ne mentionnent l'existence d'un Directeur national de la santé publique et son rôle de coordination des directions régionales.

Recommandations

Parce que le statut public du réseau de la santé et les services sociaux doit être renforci, nous recommandons :

4. Que l'État affirme et protège l'importance de l'aspect public du réseau de la santé et des services sociaux, plutôt que de continuer d'élargir la privatisation et la marchandisation des soins;
5. Que l'État ne crée pas Santé Québec sous la forme d'une Société d'État;
6. Que l'État demeure le dispensateur des soins à l'intention de la population, et non un acheteur de soins dispensés par des entreprises privées;
7. Que l'État cesse de réduire le panier de services publics en élargissant la liste des services pouvant être dispensés par des entreprises et facturés dans un contexte d'assurance collective ou de contrat de travail;
8. Que l'État affirme les principes de la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité du système de santé et de services sociaux;
9. Que l'État intègre les déterminants sociaux de la santé comme fondement au système de santé et de services sociaux;
10. Que l'État assure l'indépendance de la Direction nationale de la santé publique et que celle-ci coordonne les Directions régionales de santé publique.

De plus, nous soulignons que le PL15 ne répond pas à des enjeux de société maintes fois soulignés et documentés. Parmi ces éléments manquants, nous soulignons que l'État ne profite pas de l'occasion pour remettre en question la mode de rémunération des médecins, qu'il n'instaure pas un régime d'assurance médicament entièrement public ni de mesures fiscales progressives. L'État perd également une importante opportunité d'agir pour vaincre le racisme, notamment en n'appliquant pas le Principe de Joyce. Rappelons que le Principe de Joyce « vise à garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle » et qu'il « requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des autochtones en matière de santé. »[7]

Ne pas agir sur ces demandes, alors qu'elles ont été maintes fois répétées par les mouvements sociaux, équivaut à refuser de réduire les inégalités.

Recommandations

Parce que les demandes maintes fois répétées, pouvant réduire les inégalités sont absentes du PL15, nous recommandons :

11. Que dans la perspective de financer adéquatement le système public, que l'État revoit la rémunération des médecins, instaure un régime public et universel d'assurance médicament entièrement public et applique d'autres mesures fiscales progressives;
12. Que l'État mette en place des solutions pour vaincre le racisme, notamment en appliquant le Principe de Joyce.

[7] Principe nommé en mémoire de Joyce Echaquan, décédée dans des circonstances abjectes au centre hospitalier de Joliette, près de la communauté Atikamekw de Manawan, le 28 septembre 2020. https://principedejoyce.com

4. Pertes sur le plan démocratique

En plus des conséquences découlant de la création de Santé Québec sous la forme d'une Société d'État, nous constatons d'autres pertes sur le plan démocratique.

Nous ne voyons pas dans le PL15 de mesures structurantes permettant à la population de participer aux décisions.

Nous estimons que la création de Santé Québec éloignera les décisions sur le fonctionnement du réseau de la santé des mécanismes de surveillance liés aux responsabilités des membres de l'Assemblée nationale, ainsi que l'a souligné la Vérificatrice générale du Québec devant la Commission.

Le retrait des comités d'usagers d'établissements, au profit d'instances régionales, et le manque de lien structurel entre ceux-ci et le nouveau comité national sont un exemple de choix qui éloignera les personnes des lieux décisionnels plutôt que de les rapprocher.

Recommandations

Parce que toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux doivent être imputables envers la population et permettre sa participation aux décisions, nous recommandons :

13. Que l'État s'assure que la population puisse participer aux décisions sur le fonctionnement du réseau par l'entremise de processus démocratiques, ouverts et ayant un réel impact sur les décisions, en plus des comités d'usagers ou de résidents, qui eux sont liés à des situations et à des lieux précis;
14. Que le statut de Santé Québec ne permette pas de l'exclure des mécanismes de surveillance et d'imputabilité qu'on attend d'un service public, notamment à l'égard des comptes publics, au rôle de la Vérificatrice générale du Québec, au rôle des membres de l'Assemblée nationale et à celui de la population.

5. Les groupes communautaires ne sont pas des entreprises privées ni des établissements obéissant aux commandes de l'État

Dès le dépôt du document du ministre Plan santé[8] au printemps 2022, nous avons constaté qu'un glissement important s'opérait dans la manière de considérer les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux (OCASSS). En effet, le document du ministre présentait les OCASSS comme s'ils faisaient partie du réseau, en les calculant dans le « nombre d'installations » dont il dispose, ainsi qu'en les intégrant au « volume de soins et services rendus ». [9]

Illustration en page 8 du Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé (Plan santé), 29 mars 2022

PORTRAIT DE LA SITUATION ACTUELLE

Portrait du volume de soins et services rendus

SOINS ET SERVICES RENDUS	VOLUME
Interventions chirurgicales réalisées (2019-2020)	523 439
Visites aux urgences (2019-2020)	3 694 282
Heures de prestation de services en adaptation et en réadaptation (déficience physique) (2019-2020)	3 020 784
Usagers recevant des soins et services de soutien à domicile (2020-2021)	397 702
Heures de services rendues en soutien à domicile (2020-2021)	24 446 560
Délai moyen d'attente à l'évaluation en Protection de la jeunesse (2020-2021)	21,4 jours
Nombre d'interventions en dépendance (2020-2021)	66 123
Organismes communautaires soutenus (2020-2021)	3 674

Capacité du réseau - nombre d'installations

	TOTAUX	PUBLICS	PARTENAIRES
Nombre d'établissements	139	54	85
Nombre d'installations physiques	1 592		
Résidences privées pour aînés			1 609
Ressources intermédiaires			1 850
Groupes de médecine de famille			392
Cliniques médicales spécialisées			67
Organismes communautaires			3 628
Laboratoires de radiologie diagnostique	13		
Laboratoires d'imagerie médicale	116		

Nous constatons la même dérive dans le PL15, par différents articles qui ne tiennent pas compte des spécificités des OCASSS. Ce constat se révèle malheureusement de plus en plus souvent lorsque des législations sont proposées, les OCASSS étant alors assimilés soit à des compagnies, soit au réseau public.

Ces dernières années plusieurs brèches ont été créées par l'adoption de lois qui, comme dans le cas du projet de loi 15, ne tiennent pas compte des spécificités des OCASSS. Les deux derniers exemples de

[8] Gouvernement du Québec, Ministre de la Santé et des Services sociaux, *Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé : portrait de la situation actuelle - les leçons de la pandémie - en action !* , mars 2022, 90 pages
[9] Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan pour mettre en oeuvre les changements nécessaires en santé (Plan santé), 29 mars 2022, page 8

cette dérive sont l'adoption, en septembre 2021, de la Loi 25 *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, puis, en avril 2023, du projet de loi 3 *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.*

La première, malgré son préambule qui stipule clairement que la Loi 25 visait les organismes publics et les entreprises, ceux-ci étant entendus au sens d'entreprises du secteur privé, elle applique aux OCASSS les mêmes obligations que s'ils étaient des entreprises, alors qu'ils n'ont ni leurs moyens ni leurs finalités lucratives et commerciales. Quant à la seconde, elle a assujetti les OCASSS aux mêmes règles que s'ils étaient des établissements du réseau, portant ainsi atteinte à leur autonomie, mais surtout en compromettant leurs pratiques et la relation de confiance si importante pour les personnes qui y trouvent du soutien.

Cette dérive dans le regard de l'État est très inquiétante, car elle remet en question tous ses engagements envers l'autonomie des OCASSS, de la *Politique gouvernementale de l'action communautaire L'action* communautaire *: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec,* (2001) jusqu'au *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027 : engagés pour nos collectivités* (2022). Le plus récent document issu du MSSS à cet égard, soit le *Cadre normatif du Programme de soutien aux organismes communautaires* (2023) stipule d'ailleurs ceci :

> Par définition et en cohérence avec la politique gouvernementale sur l'action communautaire[6], le financement en soutien à la mission globale est un mode de soutien financier qui contribue à assurer la stabilité des organismes communautaires et la continuité de leurs actions, tout en préservant leur autonomie. Il suppose :
> - le respect de l'approche globale qui répond à la nature même de l'action communautaire;
> - la reconnaissance que leur action ne se limite pas à la seule prestation de services, mais vise également une participation sociale, axée sur l'information, la responsabilisation et la mobilisation, ainsi que sur le renforcement du potentiel des personnes, le soutien des milieux de vie et l'amélioration des conditions de vie;
> - la reconnaissance des pratiques propres à l'action communautaire : des pratiques et des services alternatifs, de nature différente de l'approche et des pratiques qui ont cours dans les services publics;
> - la considération de la contribution sociale et économique des organismes communautaires et du déploiement des dimensions en lien avec l'intervention, la vie associative, la gestion démocratique, la concertation et la représentation.[10]

Les OCASSS ne sont ni des installations du MSSS, ni des dispensateurs de soins et de services à sa disposition. Le fait de recevoir du financement de la part du MSSS ne change rien au fait que les OCASSS appartiennent à leurs membres et sont gouvernés par ces derniers.

En effet, les OCASSS existent grâce aux communautés qui les créent et qui en assurent le fonctionnement en fonction de la vision et des besoins des personnes directement concernées. Le soutien et

[10] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de soutien aux organismes communautaires, Cadre normatif,* Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, avril 2023, pp. 6-7. La note no 6 à la première ligne de la citation réfère à la politique gouvernementale, soit Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 59 pages.

l'accompagnement qu'ils proposent à la population ne se fait pas sur la base d'un soin à dispenser ni d'un service à offrir, mais selon une approche globale de la personne en considérant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. L'expression « Par – Pour – Avec » décrit très bien les OCASSS, tant dans leurs interventions individuelles que collectives à l'égard de la prévention, de l'accompagnement et du soutien direct, que comme outil d'*empowerment*, de participation démocratique et de défense de la justice sociale.

Les OCASSS étant constitués selon la partie 3 de la *Loi sur les compagnies*, ils sont légalement des organismes privés, disposant ainsi d'une charte distincte. Or, tant qu'un cadre juridique spécifique aux groupes communautaires ne sera pas adopté, comme le revendique, depuis plus de quinze ans le mouvement de l'action communautaire autonome, cette dénomination créée de la confusion puisqu'elle inclut autant des compagnies privées ayant des buts lucratifs que des organismes sans but lucratif, dont les OCASSS.

Dans le contexte du PL15 la nuance est très importante et l'usage générique de termes comme « établissement privé » ou « prestataire privé », pour une trentaine d'occurrences, peut mener à appliquer à des OCASSS des règles prévues pour des ressources privées ayant des buts lucratifs. Notre constat se base notamment sur le libellé des articles 2 et 3 du PL15. Alors que l'article 2 précise que les services de santé et de services sociaux sont fournis par des établissements qui « peuvent être publics soit privés », les 1er et 5e paragraphes de l'article 3 du PL15 décrivent ce qui est compris dans les services de santé et les services sociaux, soit:

> 1° paragraphe « les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2); »
>
> 5° paragraphe « les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes. »

Si le début du 1er paragraphe de l'article 3 semble référer aux services des CLSC (ce qui est précisé à l'article 40) il n'en demeure pas moins que la description pourrait inclure les pratiques des OCASSS, tout comme la description du 5e paragraphe semble inclure ceux intervenant dans les domaines nommés. Tout le PL15 s'appuyant sur les définitions de ces deux articles, l'absence de précision quant à la nature différente des OCASSS a des répercussions sur un grand nombre d'articles, amalgamant de ce fait les OCASSS soit à des dispensateurs de services, soit à des établissements de l'État, ce qui, dans les deux cas, contrevient à leur autonomie et à leur fonction sociale.

Les spécificités des OCASSS étant nommées presque uniquement dans les sections dédiées à leur financement, tout le PL15 laisse planer l'impression que l'État considère les OCASSS comme faisant partie

des établissements publics et privés mis à contribution pour dispenser les services à la population, ce qui doit absolument être rectifié.

À titre d'exemple, les responsabilités du président-directeur général de l'établissement territorial, énumérées à l'article 346, incluent les organismes communautaires au 3e point de la liste des ressources qu'il doit « mettre en réseau ». La mention des groupes dans cet article est hautement problématique puisque cela équivaut à considérer les groupes comme étant au service de l'État, ce qu'ils ne sont pas :

> 346. Le président-directeur général de l'établissement territorial doit, pour chaque territoire dont celui- ci est responsable, mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire dans le but, collectivement, d'assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population.
> Les personnes et les groupements formant un tel réseau comprennent:
> 1° les établissements privés;
> 2° les divers groupes de professionnels;
> 3° les organismes communautaires;
> 4° les entreprises d'économie sociale;
> 5° les prestataires privés;
> 6° les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

Recommandations

Parce que les groupes communautaires ne sont pas des entreprises privées ni des établissements obéissant aux commandes de l'État, nous recommandons :

15. Que l'État assure le respect de l'autonomie en cohérence avec la *Politique gouvernementale de l'action communautaire* et qu'il nomme cette dernière dans le PL15;
16. Que l'État définisse un statut juridique spécifique aux organismes communautaires autonomes afin d'éviter les amalgames avec les organisations de nature privée;
17. Que l'État distingue les règles applicables aux entreprises privées dispensant des services de santé dans un but lucratif, de celles applicables aux organismes communautaires, dans tous les articles où les termes « établissement privé », « autres prestataires de services » et leurs équivalents sont utilisés.

6. La relation de bailleurs de fonds du MSSS face aux groupes communautaires : le besoin d'équité pour que la population ait accès aux OCASSS qu'elle se donne

Les liens de financement entre le MSSS comme bailleur de fonds et les OCASSS sont complexes. Il importe donc de présenter certains éléments quant au fonctionnement actuel pour ensuite saisir les conséquences des articles du PL15 portant sur la relation de bailleur de fonds du MSSS face aux OCASSS, en particulier les articles 23, 25, 89, 92 ainsi que de 431 à 434.

A. Présentation du fonctionnement du PSOC

Rappelons d'abord que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) existe depuis 1973 et qu'il se compose actuellement de 3 modes de financement ayant des exigences différentes, soit par des subventions pour la réalisation de la mission globale, pour la réalisation d'activités spécifiques et pour la réalisation de projets ponctuels.

Dans chaque région un Centre intégré de santé et de services sociaux ou un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS-CIUSSS) est responsable de l'attribution des fonds du PSOC pour les groupes de sa région. Cette partie de la gestion et du fonctionnement du PSOC est dite « régionalisée », ce qui ne signifie pas qu'il y a autant de PSOC que de régions socio-sanitaires, puisqu'il n'y a qu'un seul PSOC.

La Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires du MSSS (DSSGAC), est quant à elle responsable des subventions des organismes et regroupements nationaux, incluant les centres d'aide et d'accompagnement aux plaintes (CAAP de chacune des régions)[11].

Mais le PSOC n'est pas que régionalisé, puisque ses fondements s'appliquent à tous les groupes, peu importe l'instance qui en assure la gestion financière. Ces fondements assurent, par exemple, que les conditions d'admission, de classement, de financement, d'indexation annuelle, de rehaussement et de reddition de comptes sont les mêmes, notamment par l'usage d'une même convention et de formulaires communs. Cette autre partie de la gestion et du fonctionnement du PSOC est dite « harmonisée », et guidée par des principes d'équité.

Le PSOC est normé et ses règles sont consignées dans divers documents, nationaux et régionaux. Le MSSS attribue cependant des sommes sous d'autres formes, dont certaines sont présentées dans le tableau suivant, sous les termes « Financement hors PSOC » et « Autre financement », mais sans qu'il n'existe de normes ou de balises et sans transparence.

Selon les informations fournies, pour l'année 2021-2022, par les documents déposés lors de l'Étude des crédits[12] du budget du Québec, le PSOC soutient 3 212 organismes communautaires du domaine de la

[11] Dans le but d'assurer l'indépendance des CAAP face aux établissements.

santé et des services sociaux, dont 3 035 reçoivent une subvention pour leur mission globale. Ceux-ci peuvent être des groupes de personnes ou des regroupements d'organismes et peuvent rayonner à un niveau local, régional ou national. Cependant, comme le montre le tableau, un très grand nombre d'organismes doivent combiner plusieurs formes de soutien, chaque subvention demandant un temps important pour faire les demandes, en assurer la gestion et procéder à la reddition de comptes. On y voit que des 3035 OCASSS recevant du financement pour leur mission globale, plus de la moitié, soit 1 648, combinent ce type de financement avec une autre forme de financement provenant du MSSS, tandis que 1 387 ne reçoivent que du financement pour leur mission globale.

Tableau : Montants versés par le MSSS aux organismes communautaires, en 2021-2022

Financement par les trois volets du PSOC (3 212 org.)				**Financement hors PSOC** (785 org.)		**Autre**[13] **financement** (554 org.)	**Total versé** (3 658 org.)
Total PSOC	**Mission globale**	**Entente / activités spécifiques**	**Projet ponctuel**	**Autres ententes**	**Projet ponctuel**		
751,5 M $	**687,2 M $**	53 M $	11,4 M $	36,1 M $	15,8 M $	50,2 M $	**853,8 M** $
% de financement attribué selon la forme							
	80%	**6%**	**1%**	**4%**	**2%**	**6%**	**100%**

Des 3 212 organismes, 3 035 organismes reçoivent un financement pour leur mission globale dans le cadre du PSOC, ce qui représente 83% des organismes financés par le MSSS. Plus de la moitié de ceux-ci, soit 1 648, combinent du financement pour leur mission globale avec une autre forme de financement provenant du MSSS, tandis que 1 387 ne reçoivent que du financement pour leur mission globale.

Pour mettre en perspective les 687 millions de l'enveloppe du PSOC pour la mission globale, soulignons que la subvention moyenne de ce mode de financement est de 226 410 $ pour l'ensemble des organismes. Cette moyenne est toutefois trompeuse puisqu'environ 250 organismes, principalement des ressources 24/7, reçoivent une subvention supérieure à 500 000 $. Sans ces organismes aux infrastructures très particulières, la subvention moyenne pour la mission globale est plutôt de 164 808 $.

Ces données apportent un éclairage important lorsqu'on analyse les articles du PL15 portant sur la relation de bailleur de fonds du MSSS face aux OCASSS. En effet, les caractéristiques de l'action communautaire autonome devant être rencontrées[14] pour obtenir du financement pour la mission globale, et le fait que les groupes reçoivent du financement sous plusieurs formes, signifient que les OCASSS constituent l'essentiel des organismes soutenus par le MSSS, tous types de financement confondu. Conséquemment, les OCASSS étant ceux dont l'autonomie, les pratiques et les actions de transformation sociale sont protégées par la *Politique gouvernementale de l'action communautaire*, aucune forme de financement ne peut y contrevenir, même pas lorsqu'il s'agit d'ententes de services.

---

[12] Commission de la santé et des services sociaux, *L'étude des crédits 2022-2023, MSSS, Réponses aux questions particulières– deuxième groupe d'opposition –volume 2,* Cahier CSSS-101, pages 23 à 79. Les données de 2022-2023 ayant été déposés lors de l'étude des crédits du 27 avril, elles ne sont pas encore analysées.

[13] Il ne s'agit pas des ententes de services.

[14] Une période de transition a lieu jusqu'en 2028.

Mais une autre forme de financement est absente de toutes données, soit le financement par ententes de services conclues entre des OCASSS et des établissements pour des situations précises, en termes de services ou de collaborations. En effet, malgré l'obligation actuelle, stipulée par l'article 530.73 de la LSSSS, soit que « Toute entente conclue par l'établissement visé par la présente partie conformément à l'article 108 doit être transmise au ministre » le MSSS ne divulgue pas ces montants, ni lors de l'Étude des crédits, ni autrement. Puisque les ententes de services ne sont pas compilées, ces informations ne figurent pas au tableau précédent; elles ne sont d'ailleurs pas visibles dans les comptes publics. À cet égard, la mention, à l'article 89, annonçant que les règles budgétaires seraient « publiques une fois approuvées » nous laisse perplexe considérant le non-respect actuel de l'article 530.73 de la LSSSS, de même que la constante difficulté d'obtenir des données. L'application de cet article représenterait un gain au niveau de la transparence, mais l'expérience nous pousse à attendre d'en avoir la démonstration.

B. Les changements qui découleraient du PL15

Soulignons d'abord que la description de « organisme communautaire », qu'on retrouve à l'article 89 du PL15, est heureusement identique à celle de l'article 334 de la LSSSS actuelle[15] et est affirmée en lien avec la responsabilité budgétaire du ministre. De plus, l'affirmation de l'article 432 reprend le libellé de l'article 335 de la LSSSS, soit qu'un « organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent chapitre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches » ce qui est essentiel pour respecter l'autonomie des OCASSS.

Cependant, nous nous inquiétons des mentions suivantes à l'article 92, soit que Santé Québec « élabore, dans le respect des règles budgétaires applicables, un programme d'aide financière » s'adressant aux organismes communautaires de même qu'elles doivent « également élaborer un tel programme pour l'allocation de subventions à toute personne ou à tout groupement que peut désigner le Conseil du trésor parmi ceux visés au deuxième alinéa de l'article 89 », alinéa référant aux subventions ainsi qu'aux ententes conclues. Cet article précise aussi qu'un « programme d'aide financière prévoit les critères d'admissibilité aux subventions, leurs barèmes et leurs limites ainsi que leurs modalités d'attribution. » Le PSOC existant depuis 1973, nous ne comprenons pas qu'il ne soit pas nommé et que l'élaboration d'autres programmes soit ainsi évoquée sans que des discussions aient eu lieu. Ajoutons que, contrairement à la LSSSS qui fut adoptée avant la *Politique gouvernementale de l'action communautaire* (2001), le PL15 a la possibilité de référer aux balises qu'elle contient.

Nous comprenons que les orientations du PSOC demeureraient sous la responsabilité du ministre (art. 25), lequel établirait les « règles budgétaires applicables à l'octroi par Santé Québec de subventions aux organismes communautaires » (art. 89). Nous comprenons également que la responsabilité des opérations du PSOC, et donc de l'attribution des subventions, relèverait de Santé Québec, par l'entremise de ses divisions régionales (art. 23) en effectuant une « répartition interrégionale des ressources nécessaires » (art. 92).

[15] LSSSS : 334. Dans la présente loi, on entend par «organisme communautaire» une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

Nous identifions des éléments positifs dans cette réorganisation, mais ceux-ci dépendent de plusieurs conditions. En effet, confier l'administration du PSOC à une instance nationale pourrait faciliter l'application des règles harmonisées des fondements du PSOC, et assurer aux OCASSS un traitement équitable, et conséquemment, un traitement équitable pour la population, peu importe le code postal. Mais le caractère hiérarchique et hypercentralisé du modèle de gouvernance de Santé Québec soulève d'énormes réserves. De plus, nous craignons que la forte présence, au Conseil d'administration de Santé Québec, de membres issus du milieu des affaires compromette le respect des caractéristiques des OCASSS, quant à leur autonomie, à leurs pratiques et à leurs actions de transformation sociale.

Nous craignons également que Santé Québec ne dispose pas des leviers pour faire respecter les fondements du PSOC, issu des orientations du ministre, par chacune de ses divisions régionales, ce qui ne ferait que reproduire l'écueil actuel, les directions du ministère se réfugiant derrière le concept de la régionalisation pour ne pas faire respecter les règles harmonisées du PSOC. Ainsi, ni la création de Santé Québec, ni l'existence du PL15 n'étaient nécessaires pour solutionner ce problème, l'État pouvant faire appliquer les fondements harmonisés du PSOC sans créer une Société d'État.

Les articles 431 à 434 reprennent essentiellement le contenu des articles 334 à 338 de la LSSSS actuelle, mais en l'organisant différemment, et en 6 alinéas n'utilisant pas les termes en usage pour désigner les 7 types d'organismes pouvant être subventionnés par le PSOC (ce qu'on appelle les typologies), ce qui pourrait causer de la confusion. De plus, alors que les organismes communautaires peuvent être locaux, régionaux ou nationaux, le rayonnement n'est inscrit qu'au 6e alinéa, relativement à « un regroupement provincial d'organismes communautaires », ce qui suscite des interrogations quant au financement qui sera accordé.

Nous comprenons également que cette nouvelle façon de présenter les OCASSS, affirme la responsabilité de Santé Québec à l'égard des subventions des organismes et regroupements de toutes les typologies, ce qui est également de nature à faciliter l'application des règles harmonisées du PSOC, et donc l'équité de traitement et de financement des OCASSS de partout au Québec. Il demeure cependant plusieurs questions quant aux responsabilités administratives des divisions régionales de Santé Québec versus celles de la direction nationale de Santé Québec. Rappelons que la LSSSS divise actuellement en deux articles distincts les organismes recevant leur subvention d'une instance régionale (LSSSS art. 336) versus ceux subventionnés par le MSSS (LSSSS art. 337). Or, en précisant que le financement se ferait par l'entremise des divisions régionales de Santé Québec (art. 23) et selon une « répartition interrégionale des ressources nécessaires » (art. 92) le PL15 fait abstraction d'un détail important : qui sera responsable du financement des 155 organismes et regroupements nationaux ainsi que celui des CAAP? Rappelons que le financement de ceux-ci relève actuellement de la DSSGAC du Ministère, et non d'un CISSS-CIUSSS, comme c'est le cas pour les organismes locaux et régionaux. Cet « oubli » doit évidemment être corrigé, mais nous craignons que le processus d'adoption rapide du PL15 ne permette pas d'aller jusqu'à ce point.

Sur un autre sujet, nous accueillons favorablement la modification apportée par l'article 433, consistant à arrimer les délais de reddition de comptes à ceux en vigueur par la Loi sur les compagnies, pour une subvention prévue à l'article 431. Ce changement accorde aux OCASSS quatre mois plutôt que trois (LSSSS art. 338) pour transmettre leur rapport d'activité et leur rapport financier, suivant la fin de l'année financière.

Recommandations

Parce que la relation de bailleur de fonds du MSSS face aux groupes communautaires demande des structures permettant que la population soit traitée avec équité et accède aux ressources communautaires quel que soit le code postal, nous recommandons :

18. Que le PSOC, en place depuis 1973, soit nommé, plutôt que de référer à un programme à élaborer;
19. Que l'État confirme que les orientations guidant le PSOC sont sous la responsabilité du ministre et que celles-ci devraient être appliquées par Santé Québec et ses divisions régionales;
20. Que l'État précise le rôle qui serait dévolu à Santé Québec, advenant sa création, ainsi que celui de ses divisions régionales à l'égard des opérations harmonisées et régionalisées liées au PSOC;
21. Que l'État mentionne l'instance responsable du financement des organismes nationaux, des regroupements nationaux et des Centres d'aide et d'accompagnement aux plaintes, puisque ceux-ci ne peuvent être soutenus par des divisions régionales;
22. Que le déploiement du PSOC vers l'ensemble des groupes soit sous la supervision d'une direction nationale disposant des leviers nécessaires pour faire respecter les fondements harmonisés du PSOC et ses aspects régionalisés;
23. Que le Conseil d'administration de Santé Québec, advenant sa création, respecte les expertises et les caractéristiques des OCASSS, quant à leur autonomie, leurs pratiques et leurs interventions de transformation sociale.

7. L'autonomie des OCASSS est incompatible avec la notion d'agrément appliquée à large échelle

Les analyses qui précèdent, incluant les perspectives d'amélioration du PSOC, sont cependant sérieusement compromises par les articles du PL15 de la section « Agréments aux fins de financement ». Bien que l'application aux organismes communautaires ne soit pas spécifiée dans chaque article de cette section, les articles s'appliquant à des services médicaux spécialisés alternant alors avec ceux visant les organismes communautaires, les OCASSS sont visés par les articles de 435 à 444, de même qu'à plusieurs articles de la section jusqu'au numéro 486.

L'application du concept d'agrément y semble un statut qu'un OCASSS devrait détenir pour obtenir une « allocation financière » liée à une « prestation » de service (art. 435, 446 et autres) ce qui est très inquiétant. Bien que le terme « entente de services » ne soit pas mentionné dans cette section, on reconnaît la description qu'en fait la LSSSS à l'article 108 : « Lorsque la personne ou le groupement avec lequel Santé Québec a conclu une entente visée à l'article 445 est un organisme communautaire, l'entente doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire. » (art. 450). La description de la reddition comptes, est également révélatrice de cette forme de financement comme on peut le lire à l'article 445 « Un organisme communautaire visé à l'article 435 est tenu de rendre compte à Santé Québec de sa gestion selon les modalités et la périodicité qu'elle fixe. »

Nous comprenons de ces articles que les OCASSS devraient passer par un processus d'agrément pour recevoir du financement par entente. Or, comme illustré plus tôt à l'aide des données sur les différentes formes de financement, les groupes qui signent des ententes sont des OCASSS qui comblent ainsi leur budget en raison de l'insuffisance de la subvention reçue du PSOC pour leur mission globale. Le PL15 ne

précise pas les caractéristiques qu'il faudra rencontrer pour être agréé, mais il y a fort à parier qu'il s'agira de dispenser des services selon des conditions dictées par Santé Québec.

Rappelons que les OCASSS étant autonomes, l'État ne peut leur dicter comment intervenir dans leur champ d'expertise, ainsi qu'il est mentionné, depuis 2001, dans la *Politique gouvernementale de l'action communautaire*. Si les OCASSS se conformaient à de telles conditions ils ne pourraient plus affirmer être autonomes de l'État, être libre de déterminer leurs propres pratiques et agir en matière de transformation sociale, des caractéristiques essentielles pour recevoir du financement pour la mission globale du PSOC.

Recommandation

Parce que l'autonomie des groupes communautaires est incompatible avec la notion d'agrément appliquée à large échelle, nous recommandons :

24. Que l'État les groupes communautaires de l'application de l'agrément aux fins de financement.

8. Conclusion

Par ce mémoire la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles a voulu souligner différents problèmes découlant du projet de loi 15.

Globalement, nous estimons qu'en plus de ne pas répondre aux besoins de la population, le projet de loi menace la santé des Québécois et des Québécoises en entretenant une vision mercantile de la santé et des services sociaux et en augmentant la tendance à la privatisation de notre réseau public.

À l'égard spécifiquement des conséquences du PL15 sur les liens entre les OCASSS et le MSSS comme bailleur de fonds, nous estimons qu'il comporte de trop grands risques de perte quant au respect de l'autonomie, des pratiques et des actions de transformation sociale des OCASSS. Conséquemment, nous estimons qu'il s'agit d'atteintes à l'exercice du droit d'association et au respect du droit à la santé.

Si quelques rares points positifs ont été soulevés, ils ne neutralisent pas les conséquences négatives ressortant de l'analyse générale.

Une consultation menée dans de meilleures conditions aurait pu permettre d'obtenir des réponses à des questions et d'identifier des solutions.

Nous enjoignons le gouvernement à ne pas adopter le projet de loi 15 dans sa forme actuelle et réitérons notre demande à l'effet que la Commission permette la tenue d'une consultation large, publique et démocratique avant de changer une loi si importante pour la société québécoise.

21 mai 2023

9. Rappel des recommandations de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Parce que le sujet est trop important pour adopter le PL15 sans se donner le temps nécessaire pour effectuer la consultation appropriée, nous recommandons :

1. Qu'une analyse intersectionnelle différenciée selon les sexes (ADS+) et une analyse antiraciste soient effectuées avant d'adopter le PL15;
2. Que la Commission allonge de plusieurs mois le processus d'examen du PL15, afin d'entendre davantage d'avis, notamment de la part d'organismes communautaires locaux, régionaux et nationaux du domaine de la santé et des services sociaux;
3. Que la Commission consulte les organisations communautaires ayant l'expertise nécessaire pour évaluer les impacts du PL15 sur des domaines particuliers, tant en regard de la santé de la population que des impacts sur les groupes communautaires.

Parce que le statut public du réseau de la santé et les services sociaux doit être renforci, nous recommandons :

4. Que l'État affirme et protège l'importance de l'aspect public du réseau de la santé et des services sociaux, plutôt que de continuer d'élargir la privatisation et la marchandisation des soins;
5. Que l'État ne crée pas Santé Québec sous la forme d'une Société d'État;
6. Que l'État demeure le dispensateur des soins à l'intention de la population, et non un acheteur de soins dispensés par des entreprises privées;
7. Que l'État cesse de réduire le panier de services publics en élargissant la liste des services pouvant être dispensés par des entreprises et facturés dans un contexte d'assurance collective ou de contrat de travail;
8. Que l'État affirme les principes de la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité du système de santé et de services sociaux;
9. Que l'État intègre les déterminants sociaux de la santé comme fondement au système de santé et de services sociaux;
10. Que l'État assure l'indépendance de la Direction nationale de la santé publique et que celle-ci coordonne les Directions régionales de santé publique.

Parce que les demandes maintes fois répétées, pouvant réduire les inégalités sont absentes du PL15, nous recommandons :

11. Que dans la perspective de financer adéquatement le système public, que l'État revoit la rémunération des médecins, instaure un régime public et universel d'assurance médicament entièrement public et applique d'autres mesures fiscales progressives;
12. Que l'État mette en place des solutions pour vaincre le racisme, notamment en appliquant le Principe de Joyce.

Parce que toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux doivent être imputables envers la population et permettre sa participation aux décisions, nous recommandons :

13. Que l'État s'assure que la population puisse participer aux décisions sur le fonctionnement du réseau par l'entremise de processus démocratiques, ouverts et ayant un réel impact sur les décisions, en plus des comités d'usagers ou de résidents, qui eux sont liés à des situations et à des lieux précis;
14. Que le statut de Santé Québec ne permette pas de l'exclure des mécanismes de surveillance et d'imputabilité qu'on attend d'un service public, notamment à l'égard des comptes publics, au rôle de la Vérificatrice générale du Québec, au rôle des membres de l'Assemblée nationale et à celui de la population.

Parce que les groupes communautaires ne sont pas des entreprises privées ni des établissements obéissant aux commandes de l'État, nous recommandons :

15. Que l'État assure le respect de l'autonomie en cohérence avec la *Politique gouvernementale de l'action communautaire* et qu'il nomme cette dernière dans le PL15;
16. Que l'État définisse un statut juridique spécifique aux organismes communautaires autonomes afin d'éviter les amalgames avec les organisations de nature privée;
17. Que l'État distingue les règles applicables aux entreprises privées dispensant des services de santé dans un but lucratif, de celles applicables aux organismes communautaires, dans tous les articles où les termes « établissement privé », « autres prestataires de services » et leurs équivalents sont utilisés.

Parce que la relation de bailleur de fonds du MSSS face aux groupes communautaires demande des structures permettant que la population soit traitée avec équité et accède aux ressources communautaires quel que soit le code postal, nous recommandons :

18. Que le PSOC, en place depuis 1973, soit nommé, plutôt que de référer à un programme à élaborer;
19. Que l'État confirme que les orientations guidant le PSOC sont sous la responsabilité du ministre et que celles-ci devraient être appliquées par Santé Québec et ses divisions régionales;
20. Que l'État précise le rôle qui serait dévolu à Santé Québec, advenant sa création, ainsi que celui de ses divisions régionales à l'égard des opérations harmonisées et régionalisées liées au PSOC;
21. Que l'État mentionne l'instance responsable du financement des organismes nationaux, des regroupements nationaux et des Centres d'aide et d'accompagnement aux plaintes, puisque ceux-ci ne peuvent être soutenus par des divisions régionales;
22. Que le déploiement du PSOC vers l'ensemble des groupes soit sous la supervision d'une direction nationale disposant des leviers nécessaires pour faire respecter les fondements harmonisés du PSOC et ses aspects régionalisés;
23. Que le Conseil d'administration de Santé Québec, advenant sa création, respecte les expertises et les caractéristiques des OCASSS, quant à leur autonomie, leurs pratiques et leurs interventions de transformation sociale.

Parce que l'autonomie des groupes communautaires est incompatible avec la notion d'agrément appliquée à large échelle, nous recommandons :

24. Que l'État retire les groupes communautaires de l'application de l'agrément aux fins de financement.

10. Présentation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et de ses membres

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (Table) est incorporée depuis 1995, mais elle rassemble des regroupements provinciaux depuis le milieu des années 80.

Les travaux de la Commission Rochon (1988), sur la réforme du système de santé et des services sociaux, avaient alors a suscité une importante mobilisation dans le milieu des organismes communautaires (la moitié des 800 mémoires provenaient du communautaire). À compter de 1990, une douzaine de regroupements provinciaux décident de se réunir sur une base plus régulière, notamment afin d'analyser les conséquences du projet de loi 120 (1993) et du livre blanc *Une réforme axée sur le citoyen*.

En 2023, la Table rassemble 44 regroupements nationaux, actifs à la grandeur du Québec. Ceux-ci abordent la santé et les services sociaux sous différentes perspectives : femmes, jeunes, hébergement, famille, personnes handicapées, communautés ethnoculturelles, sécurité alimentaire, santé mentale, violence, périnatalité, toxicomanie, etc. À travers ses membres, la Table rejoint plus de 3 000 groupes communautaires de base de toutes les régions. Ce sont par exemple des maisons de jeunes, des centres de femmes, des cuisines collectives, des maisons d'hébergement, des groupes d'entraide, des centres communautaires, des groupes qui luttent contre des injustices, etc.

Par, pour et avec les communautés dont ils sont issus, les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux sont autant de réponses collectives à une quête de justice sociale. Avec leurs actions innovatrices, leurs pratiques originales et leur vision globale, ils atteignent tous les milieux et constituent des ressources aussi variées qu'essentielles. Plus de deux millions de citoyennes et citoyens s'y retrouvent pour renforcer des milliers de communautés.

Lieu de mobilisation, de concertation et de réflexion, la Table développe des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population.

Interlocutrice du ministère de la Santé et des Services sociaux, la Table collabore fréquemment à tous travaux nécessitant son apport. Ainsi, elle intervient régulièrement sur différents enjeux, dont celui du fonctionnement du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), et ce, tant auprès des ministres responsables que des fonctionnaires.

La Table interagit également avec d'autres instances gouvernementales, ainsi qu'auprès de l'ensemble des membres de l'Assemblée nationale. Dans toutes ses interventions, la Table vise à assurer la reconnaissance, le financement et l'autonomie des organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux (OCASSS), de même que ceux de l'ensemble du mouvement communautaire autonome québécois.

La Table facilite notamment l'information des groupes et regroupements ainsi que leur participation lors de consultations. La contribution de la Table porte également sur l'application de la Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire de 2001 (Politique) et sur les manières d'assurer l'équité de traitement des groupes recevant du financement du PSOC.

Très active pour améliorer le fonctionnement l'équité au sein du PSOC, la Table intervient de plus de différentes manières pour obtenir un rehaussement significatif du financement du Programme et son indexation annuelle des subventions en fonction de la hausse des coûts de fonctionnement des groupes (en remplacement de l'Indice des prix à la consommation qui n'est pas adapté).

La Table soutient les regroupements provinciaux qui en sont membres, ce qui rejaillit sur les groupes de base dans toutes les régions du Québec. Elle facilite le partage des expertises entre les regroupements ainsi qu'entre les groupes eux-mêmes, notamment par ses outils de communication.

Les interventions de la Table visent l'amélioration globale de la société. De tout temps, elle est intervenue sur les sujets d'intérêt public que sont les programmes sociaux, les services publics, le respect des droits, notamment d'association, et évidemment sur les conditions de vie et de travail de la population. Elle agit soit à l'intérieur des coalitions dont elle est membre, soit sur ses propres bases.

Depuis ses débuts, la Table s'allie activement à plusieurs instances des mouvements communautaires et syndicaux dans lesquelles elle défend particulièrement les enjeux liés à la santé, au maintien de l'autonomie des groupes communautaires et à la défense des droits de la population en général. Elle est une membre active du *Réseau québécois de l'action communautaire autonome* (depuis sa création en 1996), de la *Coalition Solidarité Santé* (depuis sa création en 1991), de la *Coalition Main Rouge* (depuis sa création en 2009) et de la *Ligue des droits et libertés* (depuis 2010).

Composition du comité exécutif de la Table :

- Gaëlle Fedida, présidente, Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale ;
- Barbara Aberman, secrétaire, Regroupement des organismes ESPACE du Québec ;
- Jean-Pierre Ruchon, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale ;
- Michel-Alexandre Cauchon, Fédération des centres d'action bénévole du Québec ;
- Vincent Marcoux, Association québécoise des centres d'intervention en dépendance ;
- Wassila Yassine, Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec.

Coordonnatrice : Mercédez Roberge, 514-690-7826, coordination@trpocb.org

Les regroupements membres de la Table contribuent à la vie démocratique québécoise et à la transformation sociale

Les regroupements provinciaux démontrent quotidiennement la valeur de leurs analyses et l'importance de leur apport à la société québécoise. Ils jouent un rôle essentiel tant auprès de la population qu'auprès de leurs membres, par leur rayonnement, leurs expertises et les alliances qu'ils forment au sein de divers mouvements sociaux :

- en regroupant des milliers d'organismes répartis dans toutes les régions québécoises;
- en favorisant la participation de milliers de citoyens et de citoyennes aux débats de société, en plus d'y contribuer comme regroupements
- en agissant en amont des difficultés par leur travail au niveau de la prévention et de la promotion de la santé globale des personnes et de la société;
- en s'alliant aux divers mouvements sociaux, notamment pour s'opposer à la marchandisation et à la privatisation des services publics;
- en favorisant l'exercice de la démocratie au sein des groupes et dans la société en général;
- en participant à de nombreuses instances consultatives gouvernementales et en facilitant la participation des groupes de base, autant que de la population;
- en défendant l'autonomie, les pratiques du mouvement communautaire autonome et leur apport à la société;
- en renforçant la capacité d'agir des communautés et la solidarité, par une approche « PAR-POUR-AVEC »;
- en agissant dans une visée de transformation sociale et d'éducation populaire;
- en s'opposant aux mesures et décisions qui appauvrissent la population et détruisent le filet social et compromettent le respect et l'exercice des droits économiques et sociaux;
- en défendant les intérêts de la population dans son ensemble, et non des intérêts spécifiques ou corporatistes;
- en incitant l'État à assumer pleinement ses responsabilités envers la population et en le tenant redevable envers celle-ci.

Les 44 regroupements membres de la Table interviennent sur des thématiques spécifiques et de diverses manières

En soutien aux femmes, aux jeunes, aux familles, aux personnes aînées, aux communautés ethnoculturelles par l'entraide, l'empowerment et par des lieux pour briser l'isolement :

- ACCÉSSS | Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
- AQCCA | Association québécoise des centres communautaires pour aînés
- FAFMRQ | Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec
- FCABQ | Fédération des centres d'action bénévole du Québec
- L'R des Centres de femmes du Québec
- RMJQ | Regroupement des maisons des jeunes du Québec
- ROCAJQ | Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec
- RQASF | Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

En matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, en soutenant les femmes et les enfants qui en sont victimes par de l'hébergement, la sensibilisation de la population et l'éducation à la non-violence, par la défense des droits, etc. :

- À cœur d'homme — Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
- Alliance MH2 | Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale
- FMHF | Fédération des maisons d'hébergement pour femmes
- RACQ | Regroupement des auberges du cœur du Québec
- RMFVVC | Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale
- ROEQ | Regroupement des organismes ESPACE du Québec
- RQCALACS | Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

En situation d'urgence, par de l'écoute et du soutien aux personnes et dans la défense et l'expression de leurs droits :

- ACETQ | Association des centres d'écoute téléphonique du Québec
- ASSOJAQ | Association des organismes de justice alternative du Québec
- AQPS | Association québécoise de prévention du suicide
- Équijustice
- FCAAP | Fédération des Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
- RCPSQ | Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec

En soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de santé physique, de dépendances, d'itinérance, de discriminations, des personnes en situation de handicap, par des actions visant la fin des exclusions liées à ces conditions, par des ressources variées, la défense de leurs droits, l'entraide, etc.

- AGIDD-SMQ | Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec
- AQCID | Association québécoise des centres d'intervention en dépendance
- COCQ-SIDA | Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA
- Connexion.TCC — Regroupement des associations de personnes traumatisées cranio-cérébrales du Québec
- MSMQ | Mouvement santé mentale Québec
- Regroupement des associations de parents PANDA du Québec
- Aphasie Québec — Le réseau
- ROCQTR | Regroupement des organismes communautaires québécois pour le travail de rue
- RRASMQ | Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
- Réseau Avant de Craquer — Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
- RSIQ | Réseau solidarité itinérance Québec
- SQF | Société québécoise de la fibromyalgie

En matière de planification des naissances, de périnatalité, de soutien à l'allaitement et de soutien aux parents de jeunes enfants :

- FQPN | Fédération du Québec pour le planning des naissances
- FNS | Fédération Nourri-Source
- MAQ | Mouvement allaitement du Québec

RNR | Regroupement Naissance-Respectées

En soutien aux proches aidants, en favorisant le parrainage et l'entraide intergénérationnelle :

- Association des Grands Frères et des Grandes Sœurs du Québec
- Intergénérations Québec
- Proche aidance Québec — Regroupement d'organismes engagés pour les personnes proches aidantes
- RQPC | Regroupement québécois du parrainage civique

En matière de sécurité alimentaire :

- BAQ | Banques Alimentaires du Québec
- RCCQ | Regroupement des cuisines collectives du Québec
- RPR | Regroupement des Popotes roulante

11. Rappel des caractéristiques de l'action communautaire autonome

1. avoir un statut d'organisme sans but lucratif
2. démontrer un enracinement dans la communauté
3. entretenir une vie associative et démocratique
4. être libre de déterminer sa mission, ses orientations ainsi que ses approches et ses pratiques
5. avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté
6. poursuivre une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale
7. faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée
8. être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public

Ces caractéristiques figurent en page 21 de la *Politique gouvernementale de l'action communautaire L'action* communautaire *: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Gouvernement du Québec, 2001, 60 pages.