



CSSS – 012M  
C.P. – P.L. 67  
Institut national  
d'excellence

Mémoire de la Coalition Solidarité Santé  
Présenté à la Commission des affaires sociales  
sur le projet de loi 67

*Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et  
en services sociaux*

**Les organismes communautaires  
ne sont pas des établissements du Réseau de la Santé et  
des Services sociaux**

14 janvier 2010

## Présentation de la Coalition Solidarité Santé

La Coalition Solidarité Santé regroupe 46 organisations syndicales, communautaires et religieuses. Depuis sa fondation en 1991, les actions de la Coalition ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour l'ensemble de la population québécoise, et ce, sans égard au statut ou au revenu des citoyennes et des citoyens.

Depuis sa création, la Coalition Solidarité Santé défend le respect des grands principes qui ont conduit à la mise sur pied de ce système : le caractère public, la gratuité, l'accessibilité, l'universalité et l'intégralité. Ses assises sont celles que l'on retrouve dans la Loi canadienne de la santé et dans le Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, signé par le Québec, en 1976, dont l'article 12 porte sur le droit à la santé.

En janvier 2000, la Coalition adoptait son Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux. La Coalition Solidarité Santé demeure encore aujourd'hui le principal lieu d'échanges et d'information intersyndicale et communautaire sur les enjeux entourant le système public de santé et de services sociaux.

## TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	4
Introduction.....	5
Services sociaux personnels.....	6
Participation des organismes communautaires.....	9
Partage d'information.....	10
Conclusion.....	11

## **Avant-propos**

La Coalition Solidarité Santé remarque qu'aucun groupe communautaire n'a été invité à participer à la présente consultation. Pourtant, il semble que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) aurait aussi le mandat de mettre en place des guides de pratiques dans le champ des services sociaux personnels. De notre compréhension, lorsqu'il est question de ces services sociaux personnels, les organismes communautaires sont perçus comme des prestataires de services du Réseau de la Santé et des Services sociaux, ce qu'ils ne sont pas.

La Coalition solidarité santé déplore vivement l'absence de considération envers le milieu communautaire étant donné l'importance que le projet de loi pourrait avoir sur les organismes communautaires.

En conséquence, les membres du milieu syndical et les membres du milieu communautaire de la Coalition solidarité santé ont fait le choix de cibler le présent mémoire sur les dispositions concernant essentiellement les organismes communautaires. Les membres syndicaux de la Coalition solidarité santé étant tous invités à la présente commission, ils ont l'occasion de présenter leurs revendications et recommandations. Notre propos portera donc essentiellement sur la question de l'inclusion dans les champs d'expertise de l'INESSS des pratiques des groupes communautaires.

## Introduction

Le projet de loi 67 prévoit la création d'un Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Cet institut serait créé notamment par la fusion du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'INESSS aurait un pouvoir de recommandation auprès du ministre et ne serait pas une instance décisionnelle.

L'article 4 vient préciser la mission de l'INESSS : promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Soulignons ici l'usage du terme « Secteur », terme qui englobe davantage que le réseau public. Si l'on se réfère au rapport du comité d'implantation, les ressources auxquelles l'on fait référence se trouvent tant dans le réseau public, privé que communautaire.

Nous constatons que la question des services sociaux personnels ferait partie des champs d'interventions de l'INESSS. Les travaux semblent déjà être entamés en ce sens puisqu'un décret, adopté le 8 avril 2009 par le conseil des ministres, est venu enrichir le mandat de l'AETMIS en ajoutant à sa mission les services sociaux. On note donc que ces services demeurent une préoccupation importante pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, et en ce sens, nous ne pouvons que saluer cet effort.

Cependant, nous avons de vives inquiétudes quant à l'étendue du mandat de l'INESSS. En vertu de l'article 5 du présent projet de loi, L'INESSS aurait essentiellement pour mandat :

- ▶ d'évaluer les soins et services sociaux – avantages cliniques, coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;

- ▶ d'établir des normes et des standards – déterminer les critères à utiliser pour évaluer la performance des services, et le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci;
- ▶ de faire des guides de pratiques qu'elle devra rendre publics et accessibles aux différents intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux.

L'on comprend donc qu'il s'agit d'un institut qui devra promouvoir l'excellence et les bonnes pratiques en matière de santé et de services sociaux, dans un souci d'efficacité et de performance, en établissant des normes et en évaluant les services.

Pour la Coalition Solidarité Santé, introduire des notions telles que les « bonnes pratiques » dans le vaste champ des services sociaux personnels pourrait venir freiner les possibilités d'interventions innovantes et alternatives. D'autant plus que l'on semble vouloir y inclure les interventions des organismes communautaires en santé et services sociaux. Ces derniers sont, à juste titre, reconnus pour offrir un « ailleurs et autrement », des approches qui diffèrent de celles offertes par le réseau public. Une approche basée essentiellement en fonction des « bonnes pratiques » pourrait entraîner une homogénéité non souhaitable des pratiques du réseau public et du milieu communautaire.

### **Les services sociaux personnels**

Sur la question des services sociaux personnels. Le rapport du comité d'implantation définit ces services :

« Les services sociaux personnels regroupent les pratiques psychosociales, psychothérapeutiques et psychoéducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes.

Ces services comprennent :

- ▶ des pratiques éducatives ou préventives, adaptatives ou rééducatives;
- ▶ des pratiques de modification du comportement ou de l'environnement qui contribuent à l'adaptation des personnes et à leur intégration sociale;
- ▶ les pratiques d'entraide, de soutien social et de provision des ressources familiales servant à assurer la protection sociale et à faciliter la participation sociale;
- ▶ des pratiques d'animation des milieux de vie, d'action communautaire et d'organisation communautaire axées sur l'amélioration des conditions de vie des personnes et des collectivités. » (p. 69-70)

Pour le comité d'implantation, ces services sont offerts à la fois par le réseau public, le privé et le communautaire. Une section dans ce rapport est d'ailleurs consacrée aux organismes communautaires.

Depuis la réforme en santé et services sociaux initiée en 2003, l'autonomie des groupes communautaires semble de plus en plus menacée. Que l'on parle de l'inclusion de ces organismes au sein des réseaux locaux, des ententes de services, des nouvelles exigences en termes de reddition de comptes, tout semble tendre vers un désir d' « harmoniser » l'offre de service public globale en y incluant les organismes communautaires. Au sein du régime public en santé et services sociaux, nous assistons de plus en plus à une « exigence de complémentarité » qui semble de plus en plus orienter les organismes communautaires vers les priorités de l'État. Les mandats qui seraient confiés à l'INESSS pourraient aller dans ce sens.

Pour la Coalition Solidarité Santé, inclure les pratiques des organismes communautaires dans les champs de compétence de l'INESSS est contraire à l'esprit de la politique gouvernementale sur l'action communautaire, laquelle précise :

« Le gouvernement du Québec (...) s'engage à : Assurer le respect de l'autonomie des organismes communautaires à déterminer leur mission, leurs orientations, leurs modes et leurs approches d'intervention ainsi que leur mode de gestion.<sup>1</sup> »

Or, l'INESSS interviendrait sur les pratiques et les approches des organismes communautaires en faisant la promotion des « bonnes pratiques », en standardisant et en évaluant leurs pratiques.

Si le gouvernement reconnaît aux organismes communautaires le droit de déterminer leurs modes et approches d'interventions, comment l'INESSS pourrait-elle intégrer cette reconnaissance dans l'élaboration de ses guides?

Dans le champ des services sociaux, les organismes ont développé plusieurs approches innovantes et originales, telles que le travail de rue, les groupes d'entraide (santé mentale, jeunes mères, etc.), le travail de milieu, etc. Leurs interventions sont en lien direct avec les personnes rencontrées à même leur milieu, au sein de la communauté.

Par ailleurs, ce sont justement ces types d'interventions que l'on retrouve dans le rapport du comité d'implantation. Normaliser et évaluer les pratiques d'interventions au sein des organismes communautaires, équivaldrait à normaliser et à évaluer le milieu communautaire. Ce milieu est pourtant justement reconnu pour offrir une alternative au réseau, pour offrir une autre réponse que celle offerte par les établissements publics de soins de santé et de

---

<sup>1</sup>Politique gouvernementale : *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, 2001, p. 17

services sociaux. Ces organismes sont souvent appelés à répondre à des besoins nouveaux en utilisant aussi des approches nouvelles.

Rappelons que les organismes communautaires n'appartiennent pas au Réseau de la santé et des services sociaux, mais bien à leurs membres, qui sont bien souvent les mêmes personnes qui les fréquentent. C'est en assemblée générale que sont décidées démocratiquement les orientations des groupes, dont les décisions relatives à leurs pratiques. Rappelons également que les organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux n'ont pas été créés pour combler les manques de services du réseau public, ni pour en devenir des sous-traitants.

### **Participation des organismes communautaires**

En vertu de l'article 10, l'Institut formerait des comités permanents pour l'étude de questions qui relèvent du domaine scientifique. Ces comités devront être composés de scientifiques, de cliniciens, de gestionnaires et de représentants de la population. Les travaux de l'INESSS seront pilotés par des « experts » souvent très peu appelés à travailler directement sur le terrain, comme le font les organismes communautaires. Nous prenons note qu'une attention a été portée à la présence de « représentants de la population », mais l'absence d'indication quant à leurs rôles et aux mécanismes de sélection ne nous permet pas de dire s'il s'agit d'une bonne nouvelle ou non. Qu'entend-on par représentant de la population? Comment ces représentants feront-ils le lien avec la population afin de la représenter justement et démocratiquement?

D'autre part, l'article 40 prévoit que l'INESSS constituerait, par règlement, une Table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux et déterminerait le profil des personnes qui pourraient en faire partie. Une attention a été portée à la composition de cette table puisque l'on peut lire qu'elle doit être représentative des intervenants et des groupes à qui s'adressent les

recommandations et les guides élaborés en vertu du 2<sup>e</sup> paragraphe de l'article 5. Nous comprenons donc que les organismes communautaires intervenants dans le secteur de la santé et des services sociaux devraient en faire partie. Cependant, ceux-ci n'ont jamais été consultés lors de la tournée du comité d'implantation de l'INESSS en automne 2008, pas plus qu'ils n'ont été invités à présenter leurs observations dans le cadre de la présente commission parlementaire. Nous sommes en droit de nous questionner sur la volonté du législateur de les inclure au sein de cette instance.

### **Partage d'information**

Selon l'article 13, l'Institut pourrait faire des recommandations au ministre ou au gouvernement pour la création de registres d'informations, notamment pour lui permettre de suivre l'utilisation et l'évolution des diverses technologies et interventions médicales et sociales de même que des médicaments.

Il serait donc possible, que l'INESSS demande aux organismes communautaires de lui fournir des données précises afin de lui permettre de suivre l'utilisation et l'évolution de leurs pratiques, en tant qu'interventions sociales. Quels types d'informations pourraient être demandés? Ces organismes travaillent auprès de gens qui désirent souvent garder l'anonymat, ne pas être fichés dans aucun système, ne pas avoir à déclarer une ouverture de dossier comme cela est souvent le cas en établissement. La transmission de données à l'INESSS pourrait sérieusement compromettre le lien de confiance existant entre les organismes communautaires et les personnes qui y ont recours. Rappelons que 3,400 organismes communautaires sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qu'ils font déjà une reddition de comptes liée au financement reçu, et non pas à l'évolution de leurs interventions.

La Coalition Solidarité Santé s'oppose à ce que les travaux de l'INESSS remettent en question l'autonomie des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux en intervenant dans leurs pratiques, leurs orientations, leurs approches et leur mode de gestion.

### **En conclusion**

Les organismes communautaires ont chèrement lutté pour se voir reconnaître leur autonomie dans l'élaboration de leur mission et de leurs pratiques. Ils ont su au fil des années développer des façons de faire originales qui répondent à certains besoins auprès d'une clientèle souvent en marge du réseau public. Issus de la communauté, leurs interventions sont à l'image des besoins exprimés par cette même communauté, laquelle veille d'ailleurs à assurer la gestion de leur organisme. Une standardisation ou une normalisation de leurs pratiques n'est pas souhaitable. Pas plus qu'il ne serait souhaitable de voir un institut d'excellence évaluer l'efficacité de leurs pratiques. La mention des organismes communautaires dans la Loi sur la Santé et les Services sociaux, n'autorise pas l'État à aller aussi loin que ce qui découlerait du projet de loi sur l'INESSS.

Les organismes communautaires appartenant avant tout aux membres qui les composent et non pas au Réseau, la Coalition solidarité santé tient à rappeler qu'ils ne doivent pas être assimilés aux établissements relevant du Réseau de la santé et des services sociaux.