



*Table régionale des organismes communautaires
et bénévoles de la Montérégie*

**Réformer le système de santé et des services sociaux: l'impératif
d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, de favoriser la
participation citoyenne et d'investir dans les services sociaux**

Mémoire sur le projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance
du réseau de la santé et des services sociaux

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 Johanne Nasstrom

Table régionale des organismes communautaires
et bénévoles de la Montérégie – TROC-M

7 novembre 2014

Table des matières

Brève présentation de la TROC-Montérégie	03
Introduction	04
1. Le système de santé et de services sociaux du Québec: un peu d'histoire	04
1.2 La participation citoyenne dans le réseau de la santé et des services sociaux	06
1.3 Une vision globale de la santé: agir prioritairement sur les déterminants sociaux de la santé	08
1.4 Des visions diamétralement opposées	09
2. Le réseau de la santé et des services sociaux en 2014	10
2.1 L'état des services sociaux	11
3. Le projet de loi 10 : le cas de la Montérégie	13
3.1 La participation citoyenne et le projet de loi 10	13
3.2 Les services sociaux, la prévention et le projet de loi 10	15
3.3 Les organismes communautaires autonomes et le projet de loi 10	16
Conclusion	19

Brève présentation de la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROC-Montérégie)

La Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie est issue de la volonté des groupes de se donner un espace collectif de défense et de promotion de leurs intérêts dans le cadre de la régionalisation des services de santé et des services sociaux entreprise par le gouvernement en 1992.

Aujourd'hui, notre regroupement compte plus de 260 organismes communautaires autonomes membres œuvrant en santé et services sociaux sur le territoire de la Montérégie. Nos membres sont impliqués dans de nombreux secteurs d'intervention auprès des citoyennes et des citoyens de la région et offrent de nombreuses activités à leur communauté.

La mission de la TROC-Montérégie consiste ainsi à favoriser et faciliter la libre circulation de l'information auprès de ses membres, à défendre et promouvoir les intérêts communs des organismes communautaires autonomes et des populations qu'ils desservent, à favoriser la réflexion, la concertation et la prise de position sur les tenants et aboutissants de la santé et des services sociaux aux niveaux local, régional et national, à représenter ses membres auprès de divers interlocuteurs et à offrir un soutien organisationnel et technique à ses membres.

Introduction

Dans ce mémoire, nous tenterons d'analyser le contenu du projet de loi 10 et ses effets sur l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux en Montérégie en abordant les deux questions suivantes: 1) Quels seront les effets de la fusion des établissements locaux sur la prévention des problèmes de santé et sur la prestation des services sociaux? Cette première question repose sur l'hypothèse que toute réforme dans le réseau de la santé et des services sociaux doit s'appuyer sur des fondements et des orientations visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé puisque cette voie permet de réduire les coûts et améliorer la qualité de vie et le bien-être d'une population; 2) Quels seront les impacts du projet de loi sur la participation citoyenne exercée entre autres par les organismes communautaires et comment pouvons-nous assurer le respect du rôle des organismes communautaires à l'intérieur de cette réforme? Cette deuxième question postule que la participation citoyenne permet de rappeler aux autorités socio-sanitaires la nécessité de porter une vision globale de la santé. La participation citoyenne est aussi un principe incontournable dans une réforme pour améliorer l'efficacité du réseau puisque celle-ci permet aux décideurs de se rapprocher des besoins des communautés.

Ce court mémoire tentera donc de formuler des éléments de réponses à ces deux questions. Afin de réaliser cette analyse, nous nous référerons à des documents, recherches et travaux antérieurs pour nous permettre d'apprécier les modifications législatives en fonction de notre analyse.

1. Le système de santé et de services sociaux du Québec: des années soixante à aujourd'hui

À partir des années soixante, le Québec décida de se doter d'un réseau public de santé et de services sociaux. La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, instituée en novembre 1966, avait pour rôle de faire enquête sur tous les domaines de la santé et du bien-être social. Voici en quelques mots les conclusions de cette commission: « *Dans un premier temps, la Commission présente au gouvernement une*

conception d'ensemble de la sécurité sociale et prescrit les éléments fondamentaux du développement social: la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu. Dans un second temps, elle définit une approche et un système socio-sanitaire qui façonneront entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec. On passe ainsi de la conception d'hygiène publique à celle de santé communautaire »¹. La commission confirme ainsi l'importance d'intervenir de manière globale pour améliorer la santé de la population québécoise.

Plusieurs lois et règlements sont adoptés dès le début des années soixante-dix pour établir ce qui deviendra le système de santé et des services sociaux québécois. Une vision plus précise se dessine et nous assistons au déploiement d'un réseau constitué d'établissements dotés de différents mandats. Mais rapidement plusieurs épreuves guettent notre jeune et fragile réseau dont de fortes compressions budgétaires, et ce, dès le début des années 80².

De manière générale, le Québec s'est doté durant cette période d'un système de santé et de services sociaux de qualité et relativement accessible malgré l'étendue du territoire. Une place importante sera donnée aux services sociaux et à la complémentarité des disciplines dans l'administration des services. Le système québécois s'est d'ailleurs mérité plusieurs reconnaissances internationales à cet égard³.

En 1992, le gouvernement adopte la Loi 120. Il s'agira d'une opération majeure pour tout le réseau. Elle aura ses détracteurs et ses partisans, mais la Loi 120 confirme une vision « globale » de la santé et du bien-être des personnes, elle établit l'importance des organismes communautaires dans le respect de leur autonomie, et renforce les instances de décisions régionales.

En 1996, le nuage du déficit zéro apparaît. James Lain Gow et André Guértin de l'Université de Montréal décrivent la période du virage ambulatoire de la manière

¹ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec: MSSS.

² Idem.

³ Idem.

suivante: « *La logique réformatrice semble avoir oublié que son action se fonde plus sur un choix collectif de valeurs que sur une quelconque objectivité.* »⁴

Plus récemment, en 2003, le ministre Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux propose une nouvelle réforme. Le Ministre soutient à la présentation de sa réforme que la fusion des établissements favorisera le continuum de services, donc la maximisation des ressources, priorisera la première ligne et permettra à chaque citoyen d'avoir droit à un médecin de famille. Il défend aussi cette réforme en affirmant que les Régies régionales seraient abolies, que les temps d'attente seront réduits et les coûts financiers pour le gouvernement seront diminués.

La fusion des CLSC, des centres hospitaliers et des centres hospitaliers de soins de longue durée de 2003 provoque de grands bouleversements dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les dernières années ont été marquées par une augmentation des coûts et une plus grande concentration des soins en centres hospitaliers. D'ailleurs les organismes communautaires ont, à maintes reprises, décrié aux autorités de santé la nécessité de maintenir des services de proximité, d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne et d'investir en prévention pour corriger la situation.

1.2 La participation citoyenne dans le réseau de la santé et des services sociaux

Depuis la Commission Castonguay Nepveu, la participation citoyenne a été clairement identifiée comme une valeur incontournable pour le bon fonctionnement d'un système de santé et de services sociaux. L'idéologie démocratique derrière la participation citoyenne est celle d'une prise en compte des besoins, des forces et des alliances dans les communautés afin de permettre aux décideurs de faire des choix judicieux et éclairés dans la prestation des services de santé et des services sociaux dans les établissements.

⁴ Gow, J., Guérrin, A. (1997). *L'administration publique: rationalisation et responsabilisation*. Les Presses de l'Université de Montréal.

La participation citoyenne comporte ainsi plusieurs fonctions: la conciliation qui vise à rapprocher les points de vue entre les différents acteurs dans les communautés, l'appropriation citoyenne des connaissances des décideurs et enfin l'information permettant un échange entre les décideurs et les communautés⁵. C'est cette dernière fonction qui nous intéresse, car elle permet entre autres aux organismes communautaires d'exposer le point de vue de la société civile qu'elle représente.

La participation citoyenne aide à prendre des décisions plus représentatives des besoins de la population. Par exemple, en Montérégie les organismes communautaires ont témoigné à maintes reprises dans le cadre de la tenue des conseils d'administration des établissements locaux des constats qu'ils observaient sur le terrain. Ces échanges ont permis d'enrichir les connaissances des décideurs dans la prise de décision. Le savoir des acteurs du milieu et des citoyens impliqués dans leur communauté contribue à l'amélioration et à la pertinence de l'offre de service. Il s'agit de penser aux organismes qui apportent un éclairage sur les conditions de logement ou encore sur les besoins des personnes démunies ou âgées dans les différents quartiers.

Le conseil de la santé et du bien-être affirme même qu' « *une population informée qui délibère et qui participe à la prise de décision va choisir des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie de la collectivité et des moyens efficaces et souvent moins coûteux pour y arriver* »⁶.

En somme, la démocratisation des processus décisionnels s'appuyant sur les connaissances locales a beaucoup à offrir dans l'élaboration des services, des politiques ou des programmes.

⁵ Forest, P-G et al.(2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales, Université Laval. Conseil de la santé et du bien-être.

⁶ Conseil de la santé et du bien-être (2001). *La participation publique dans le système de services de santé et de services sociaux: mémoire déposé à la Commission des affaires sociales concernant le projet 28, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, le Conseil, 9 p.

Mais déjà, la réforme de 2003 a ébranlé l'échiquier de la participation citoyenne. Avec la disparition des conseils d'administration des établissements fusionnés, les organismes communautaires ont dû composer avec des établissements concentrés sur les besoins des hôpitaux. Pourtant, la réforme de 2003 présentait l'approche populationnelle comme la solution idéale pour mieux cerner les besoins de la population.

1.3 Une vision globale de la santé: agir prioritairement sur les déterminants sociaux de la santé

« La pauvreté, un grand mal dont on n'a pas encore trouvé de médecin pour le soigner. »

Citation de Gabriel Marcel, écrivain et philosophe, 1937

En 1948, l'*Organisation mondiale de la santé* présentait la santé non pas en terme d'absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un état de bien-être physique, mental et social. Un demi-siècle plus tard, soit en 1998 à Jakarta, dans le cadre de sa quatrième Conférence internationale de la promotion de la santé, cette même organisation précisait que *« La plus grande menace à la santé est la pauvreté »*⁷. Et en 2011, l'organisme international implore les États membres d'agir sur les inégalités en santé et de *« favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée... »*. Un appel était aussi lancé afin que les gouvernements s'engagent à *« ... envisager d'élaborer et renforcer des politiques universelles globales de protection sociale... »*⁸, incluant le gouvernement canadien.

Les problèmes de santé d'une population sont en relation étroite avec le chômage, les emplois mal payés ou encore le travail dangereux. Les conditions de travail ont un effet sur l'espérance de vie des individus⁹ et il a été constaté que les personnes qui ont plus de pouvoir sur leurs conditions de travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps.

⁷ Organisation mondiale de la santé (1998). *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle.*

⁸ Organisation mondiale de la santé (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé.*

⁹ Lasfargues, G. (2007). Compenser le risque d'une vie plus courte. *Santé et Travail* no. 059.

Le soutien social, la vitalité d'une communauté et les réseaux sociaux au sein d'une collectivité bénéficient aussi à la santé de la population. Les ressources du milieu, les institutions, les organisations communautaires sont toutes des éléments qui influencent la santé et le bien-être d'une collectivité.

À titre d'exemple, une évaluation américaine¹⁰ sur les retombées d'un programme d'intervention précoce auprès d'enfants noirs de la banlieue de Détroit (Perry Preschool Project maintenant connu sous le nom de High Scope) arrive à la conclusion que chaque 1 \$ investi auprès des enfants de ce programme génère des économies de 7,16 \$ en comparaison à un groupe d'enfants du même environnement ne participant pas au programme...

Enfin, le niveau d'éducation accroît non seulement le revenu des personnes, mais améliore aussi la propension des gens à se renseigner et à prendre les moyens pour soigner leur santé.

Notre vision de la santé repose sur cette conception. La santé d'une personne est globale et découle de l'interaction entre les conditions de vie des individus et de leurs caractéristiques individuelles. Dès l'enfance et jusqu'aux derniers jours d'une personne, cette interaction se manifeste et apporte son lot de santé... et de maladie.

1.4 Des visions diamétralement opposées

Le constat est clair, tant pour la communauté internationale que pour les autorités sanitaires du Québec, agir en amont des problèmes de santé et améliorer les conditions de vie des individus, améliore l'état de santé d'une population.

Mais cette affirmation est totalement contraire à la vision présentée par le modèle médical, vision qui isole le corps de la personne. Le modèle médical concentre ses efforts sur le corps qui est alors défini comme une « machine qui doit être réparée

¹⁰ Lawrence, J. Schweinhart. (2003). [*Benefits, Costs, and Explanation of the HighScope Perry Preschool Program*](#). Ph.D. Paper presented at the Meeting of the Society for Research in Child Development.

lorsqu'elle est défectueuse »¹¹. Le modèle médical mesure l'absence de maladie, le taux de maladie ou le taux de décès dans une société ou encore la capacité de fonctionnement d'un individu. Mais ce modèle s'abstient de prendre en considération la globalité de ce même individu. L'accent est mis sur le traitement des maladies physiques ou mentales explicites et réduit presque à néant l'influence des conditions de vie sur la santé des citoyens¹².

Force est de constater que cette logique prévaut actuellement dans notre système de santé d'où l'attention et le pouvoir disproportionnés aux médecins et aux pharmaceutiques. Ce sont d'ailleurs des postes budgétaires qui ont pris de l'ampleur dans les dernières années. En fait, pour 2013-2014, les sommes versées aux médecins ont dépassé toutes les prévisions budgétaires du Ministre des Finances¹³. Et ce n'est pas terminé, au cours des prochaines années, ce poste budgétaire érodera encore une plus grande part du budget du Québec. De plus, le Québec fait bien piètre figure au niveau du contrôle des coûts des médicaments. Selon Marc-André Gagnon, professeur adjoint à l'École d'administration et de politique publique de l'Université Carleton, les coûts des médicaments per capita au Québec a doublé de 2000 à 2012: ce sont les pires résultats des pays de l'OCDE, les États-Unis et les autres provinces du Canada se classant tous mieux que le Québec à cet effet.

2. Les effets de la fusion de 2003 sur le réseau de la santé et des services sociaux

La fusion de 2003 a entraîné une concentration des efforts sur les soins et les services prodigués à l'intérieur des milieux hospitaliers. L'affectation des ressources financières et humaines témoigne de cette orientation. Les organismes communautaires ont observé que la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, en concentrant ses ressources humaines et financières sur la santé physique et plus particulièrement

¹¹ http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Definitions_e.htm.

¹² Idem.

¹³ Gouvernement du Québec (2014). Budget de dépenses 2014-2015, renseignements supplémentaires, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Québec.

en milieu hospitalier, se désengageait progressivement dans les services psychosociaux, dans les services de maintien à domicile et les services de prévention.

Dans le cadre d'un événement organisé en mars 2013 par la Coalition solidarité santé sur le thème des dix années de fusion, monsieur David Levine, ancien président directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, s'exprimait ainsi: « *Je m'exprime à titre personnel. J'ai été DG d'un CLSC dans les années 70. On manquait alors de médecins. On en manque toujours. J'étais très en faveur de la réforme Couillard au départ. Il fallait développer la première ligne. Deux dangers: que la prévention-promotion se perde; que les CH pompent les ressources. Pour plusieurs continuums de services, on a réussi: cliniques pour les maladies chroniques (diabète), etc. Le temps d'attente n'a pas été réduit par la réforme. Car les moyens n'ont pas été mis en place. La réforme n'a pas réduit les coûts. Les services sociaux ont été protégés, mais n'ont pas augmentés. L'hospitalocentrisme demeure...* »¹⁴.

2.1 Les services sociaux dans le réseau

La Loi 120 avait fondé beaucoup d'espoir dans le déploiement des services sociaux à l'intérieur de la mission des CLSC et malgré le fait que l'organisation des services de santé et des services sociaux de première ligne suivant le modèle des CLSC s'avère le mode d'organisation des plus prometteurs pour la population¹⁵, la réforme de 2003 n'a fait que diminuer significativement l'organisation des services construite à partir de ce modèle.

Les travailleurs et travailleuses du réseau, les associations pour personnes handicapées ou personnes âgées et même certains établissements, ont tous déploré publiquement le manque flagrant de ressources et d'investissements dans la première

¹⁴ Coalition solidarité santé (2014). *Vidéo de la Conférence avec Lorraine Guay, Jacques Benoît, Johanne Archambault, René Lachapelle, David Levine et André-Pierre Contandriopoulos*. Assemblée publique de la Coalition solidarité santé le 12 mars 2014, au Centre St-Pierre, à Montréal.

¹⁵ LAMARCHE, P.A., Une vision de la première ligne qui se dégage des évidences scientifiques actuelles, Intervention au Forum sur l'avenir des CLSC, Montréal, 11 janvier 1999.

ligne¹⁶. Coupures de poste de travailleurs sociaux, d'hygiéniste dentaire, de nutritionniste, d'ergothérapeute, de préposé aux bénéficiaires, de psychologue, d'orthopédagogue ou encore d'organisateur communautaire, tous des professions qui permettent à la population de maintenir une qualité de vie et même de prévenir les besoins et les dépenses en santé.

Dans les centres d'hébergement de soins de longue durée soignant nos concitoyens et concitoyennes âgés ou handicapés en perte d'autonomie, la situation n'est guère meilleure. Les personnes se voient limitées à un seul bain complet par semaine et à ne plus recevoir d'aide pour marcher, ils sont confinés à la chaise gériatrique. Le manque de soins personnels, d'assistance, de surveillance, de loisirs, d'écoute est pallié par une surconsommation de médicaments.

Les centres de la protection de l'enfance et de la jeunesse connaissent quant à eux de longues listes d'attente et plusieurs problèmes malgré leur obligation de respecter les droits fondamentaux des enfants inscrits dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, notamment le droit à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, le droit au secours et le droit à la dignité¹⁷.

Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle ont aussi subi des changements radicaux depuis les dernières années et ont été marqués par le passage de l'hébergement en centre d'accueil vers les organismes communautaires. Cette transition vers le communautaire nous a permis de constater que les usagers, bien qu'ils aient été intégrés physiquement dans de nouveaux milieux de vie, ont peu de moyens et de ressources pour favoriser leur intégration sociale. Peu de personnel compétent a été transféré et la formation du personnel souffre toujours d'importantes lacunes.

¹⁶ <http://mediasud.ca/nouvelle7334-csss-champlain-charles-lemoyne-coupures-et-optimisation-du-systeme.html>
<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201406/13/01-4775423-17-postes-abolis-dans-un-csss-de-montreal.php>
<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201410/08/01-4807480-suppressions-de-postes-au-csss-champlain-charles-lemoyne-les-syndicats-inquiets.php>,
<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201009/30/01-4328004-32-postes-de-reinsertion-sociale-seront-abolis-a-lhopital-louis-h-lafontaine.php>,
<http://www.lebrossardeclair.canoe.ca/dispatcher/fwd/www.hebdosregionaux.ca/monteregie/2014/10/14/les-services-aux-patients-seront-ils-affectes>

¹⁷ Commission des droits de la protection de l'enfance et de la jeunesse (1999), *Le cas des enfants maltraités de Beaumont*. Gouvernement du Québec.

Enfin, les organismes communautaires notent sur l'ensemble du territoire un accroissement considérable de l'itinérance, de l'incarcération et de l'hospitalisation de personnes souffrant de problèmes en santé mentale.

3. Le projet de loi 10: le cas de la Montérégie

En Montérégie, le projet de loi annonce la fusion de dix-neuf établissements. Un seul conseil d'administration sera garant des décisions pour l'ensemble des onze territoires locaux de la région. Un seul conseil d'administration assumera les responsabilités des onze instances locales, de la mission des centres jeunesse, de deux centres de réadaptation en déficience intellectuelle, d'un centre de réadaptation en dépendance et de l'institut Nazareth et Louis Braille.

Il faut rappeler que la Montérégie dessert une population de près de 1 500 000 habitants, couvre un territoire de 11 142 km², compte 15 MRC et 210 municipalités. Nous nous questionnons très sérieusement sur la capacité de ce nouvel établissement de santé de planifier, organiser et offrir les services requis pour un bassin de population si grand.

Le projet de loi spécifie également que le siège social du CISSS sera situé dans le district judiciaire de Longueuil. Nous pouvons donc supposer que les séances du conseil se dérouleront dans cette ville ce qui sera probablement un frein à la participation de la population montérégienne à la période de questions des séances du conseil prévue à la loi.

3.1 La participation citoyenne et le projet de loi 10

Dans un article publié par le chercheur *Antoine Malone de l'Université de Sciences Po*, l'auteur résume le bilan des quarante dernières années de la participation citoyenne au Québec de la façon suivante: « *En examinant la littérature sur le système de santé québécois, un certain nombre de mots reviennent avec une constance monotone, et ce*

malgré les bons résultats obtenus: hospitalocentrisme, microgestion du ministère, gonflement des coûts et surprise, déficit démocratique »¹⁸.

À la lecture du projet de loi 10, nous constatons que l'espace réservé à la participation citoyenne est lourdement sacrifié. L'article 4 du projet de loi 10, annonçant la fusion des établissements publics de la région et créant les « Centres intégrés de santé et de services sociaux » (CISSS), réduit le nombre des conseils d'administration à un seul. L'abolition des dix-neuf conseils d'administration en Montérégie représente la disparition de nombreux sièges réservés à la population.

Fait étonnant, avant la réforme de santé de 2003, la gouvernance du réseau québécois de la santé et des services sociaux s'appuyait sur quelques 400 conseils d'administration composés de plus ou moins 15 personnes chacun, dont 5 représentants de la population soit au total plus ou moins 6 000 citoyens bénévoles. Avec le projet de loi 10, l'implication citoyenne dans la gouvernance du réseau est réduite à plus ou moins 200 concitoyens vraisemblablement rémunérés.

MM. Lorange et Marchessault, anciens dirigeants des établissements dans le réseau de la Santé et des Services sociaux et mesdames Pomey, Saint-Arnaud et M. Doucet, professeurs à l'Université de Montréal, résument dans une lettre ouverte du 29 octobre 2014 leurs inquiétudes de la façon suivante: « Comment ce groupe restreint de personnes pourrait-il représenter la réalité de toute l'offre de services du territoire, entre les besoins des personnes âgées, des personnes souffrant d'une maladie chronique, un problème de santé mentale, une déficience intellectuelle ou physique, un problème de dépendance, ou un jeune sous la protection de la jeunesse ? Comment ce groupe de personnes pourrait-il représenter la réalité des milieux urbains et ruraux (sauf pour Montréal), quand, pour aller d'un bout à l'autre du territoire, il faut faire deux, trois ou parfois six heures d'auto ou plus? Cela paraît impossible. Ce nouveau CA n'aura pas

¹⁸ Malone, A. (2014). *Québec: le rendez-vous manqué de la participation citoyenne*. Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, no. HS 3, p. 31 à 42.

les moyens de porter la démocratie, car ses membres seront trop peu nombreux et la réalité trop complexe. »¹⁹

3.2 Les services sociaux, la prévention et le projet de loi 10

En concentrant le pouvoir entre les mains des tenants d'une vision strictement médicale de la santé, les décideurs risquent une fois de plus de consacrer la plus grande partie de leur attention sur les besoins purement médicaux. Il n'y a rien dans le projet de loi 10 qui laisse présager qu'une attention sera portée à la prévention des problèmes de santé. Rien ne nous laisse croire que des investissements seront réalisés dans les services sociaux.

Nous ne pensons pas que le seul siège indépendant réservé à un représentant des « services sociaux » tel que stipulé à l'article 11 permettra une véritable représentation des besoins en terme de services sociaux sur le territoire. La tâche est disproportionnée pour répondre à une si grande panoplie d'exigences. Rappelons que la prise en compte de ces besoins nécessite une connaissance fine de la population à desservir.

Présentement, les salles d'urgence des hôpitaux sont perçues par la population comme la porte d'entrée pour tous les maux, même les maux qui pourraient être réglés par des services psychosociaux, par des services de maintien à domicile adéquats ou encore par des activités communautaires brisant l'isolement des personnes. Alors que les services d'urgence devraient être des services de derniers recours, ils sont le centre d'attention du gouvernement, des médias et de la population. Tout porte à croire que la tendance va se maintenir, même s'accroître et avec le risque d'une longue période de réorganisation, nous craignons que les citoyens dépourvus de services, se tournent vers les organismes communautaires pour recevoir ces services.

D'ailleurs, l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux, le ministre Réjean Hébert, mentionnait lors des présentations préalables au projet de loi sur l'assurance autonomie que depuis 10 ans « les fusions d'établissements ont conduit à prioriser les

¹⁹ Lorange, Marchessault, Pomey, Saint-Arnaud, M. Doucet. (2014). *La démocratie en prend un coup*, Débats, Opinion, La Presse 29 octobre 2014.

hôpitaux et les CHSLD dans les budgets » et que « les problèmes sont à l'hôpital et les solutions sont à l'extérieur de l'hôpital »²⁰.

3.3 Les organismes communautaires autonomes et le projet de loi 10

Les organismes communautaires autonomes se définissent dans leur variété comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public. Il ne saurait y avoir de mouvement communautaire sans autonomie. Cette autonomie se traduit par sa culture particulière, la liberté de ses racines, la liberté de ses finalités, moyens et pratiques, par son indépendance face à l'État.

Les groupes communautaires autonomes se reconnaissent dans des caractéristiques qui leur sont propres. Ils sont engagés socialement envers la population qui les a fait naître ; le bien-être des citoyennes et des citoyens est au cœur de leur mission et de leur quotidien.

Leurs actions qui visent à agir sur les causes structurelles des maux sociaux se manifestent quotidiennement dans la lutte contre la pauvreté, la discrimination, l'appauvrissement, l'oppression, la marginalisation et l'exclusion. Ils sont engagés dans un travail constant de conscientisation, ils se soucient de la création d'espaces démocratiques et privilégient des actions terrain.

Ils s'activent à développer l'aide et l'entraide et la prise en charge des personnes par elles-mêmes. Ils contribuent ainsi à une amélioration du tissu social et de la qualité de vie²¹.

L'utilisation des organismes communautaires autonomes pour produire les services publics de santé et de services sociaux comme par exemple l'utilisation faite par le gouvernement des entreprises d'économie sociale ou des ressources intermédiaires est incompatible avec cette définition.

²⁰ Réjean Hébert, ministre de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Le défi de transformer les systèmes de santé pour répondre au vieillissement*. Présentation power point, MSSS.

²¹ Direction des communications du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Septembre 2001. Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire – *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : SACAIS.

Depuis quelques années, les organismes communautaires ont été vivement interpellés par l'augmentation de la pauvreté et le désengagement de l'État des services publics et c'est dans ce cadre que les organismes communautaires expriment sans relâche les besoins de leur communauté aux décideurs.

Le projet de loi 10 n'accorde aucune place à la voix des représentants du milieu communautaire. Aucun siège, ni instance n'est identifié dans la gouverne pour permettre aux milliers d'organismes communautaires de faire part aux décideurs des besoins exprimés sur le terrain.

Le seul endroit où les organismes pourront signifier aux décideurs leurs préoccupations ou analyses des besoins de leur communauté sera aux séances du conseil d'administration du CISSS.

Nous ne pouvons faire abstraction des déclarations récentes du ministre Carlos Leitao laissant sous-entendre que les services sociaux publics pourraient être donnés par les organismes communautaires. Il est vrai que les organismes communautaires pallient de plus en plus au manque de services sans avoir les ressources humaines et financières pour octroyer ces services. Mais les groupes communautaires n'ont jamais voulu ni prétendu se substituer à l'État dans la prestation des services à la population²². La mission des organismes ne pourra jamais répondre à ce type d'exigences puisque sa raison d'être n'est pas celle de fournir à la population les services relevant de la mission des établissements, mais d'offrir des activités à partir de leur mission propre. Les membres des organismes communautaires sont conscients qu'un tel glissement serait un dangereux recul.

Depuis plusieurs années, les organismes communautaires demandent au gouvernement de les soutenir de façon adéquate afin de réaliser pleinement leur mission. Leurs demandes financières se situent dans leur volonté de fournir aux collectivités des outils de prise en charge, de développement de l'aide et de l'entraide, tout cela, dans le but d'améliorer le tissu social et les conditions de vie des populations, dans une perspective d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ces demandes

²² CTROC et TRPOCB. Communiqué de presse *Indignation dans le mouvement communautaire, Nous ne sommes pas des prestataires de services à bas prix pour l'État!* Montréal 28 octobre 2014.

sont établies non pas en fonction de ce que le réseau exige d'eux, mais bien à partir du rôle que les communautés, par qui et pour qui ils existent, veulent les voir accomplir.

À la lecture du projet de loi 10, le CISSS Montérégie sera appelé à gérer le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et cet établissement sera de toute évidence dans une logique où sa fonction hospitalière demandera la plus grande partie de ses ressources financières et humaines. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie n'a jamais eu le rôle de prestation de services mais plutôt un mandat de coordination. Pour le mouvement communautaire et l'Agence cela s'est toujours traduit par une volonté d'établir un partenariat facilitant de bonnes relations entre le secteur public et le milieu communautaire.

Mais dans le cas où les ressources financières du CISSS n'arrivent pas à répondre adéquatement aux besoins de la population en termes de services sociaux, cette réforme pourrait mettre en péril le mouvement communautaire en transformant le rôle des organismes communautaires en prestataires de services publics à moindre coût. Déjà, plusieurs organismes nous informent qu'ils subissent une certaine pression des fonctionnaires pour offrir des services qui ne relèvent pas de leur champ de compétence. Avec l'adoption du projet de loi 10, la pression risque d'être accrue puisque le financement de la mission des organismes relèvera des mêmes acteurs, c'est-à-dire des mêmes fonctionnaires, responsables de fournir les services directs à la population.

Conclusion

Dans son ensemble, le projet de loi 10 marque une continuité avec la réforme de 2003. Cette continuité se traduit principalement par une deuxième vague de fusion des établissements.

Dans une approche démocratique et communautaire d'humanisation des soins de santé et des services sociaux, la concertation de l'ensemble des acteurs – la population au premier chef – constitue le fondement même de toute organisation, transformation ou réforme du système. Les décisions doivent tenir compte d'une analyse approfondie des réalités qui se vivent sur le terrain et la planification doit s'appuyer sur plusieurs points de vue.²³

Le projet de loi 10 fait fi de ces constats en centralisant les décisions, en démantelant les instances locales et en poursuivant dans une voie qui est coûteuse et sans issue soit la voie de l'hospitalocentrisme.

Il est impossible de penser « d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau » tel que stipulé à l'article 1 de ce projet de loi sans faire l'économie d'une remise en question du modèle médical en cause. Depuis les dix dernières années, années marquées par l'hospitalocentrisme, les postes-cadres n'ont fait que se multiplier afin de répondre aux exigences de reddition de comptes et le poids financier du réseau de la santé et des services sociaux dans les finances publiques ne cesse d'augmenter passant de 42% en 2003 à 45% en 2013 du budget de l'État. Malgré l'augmentation de la rémunération des médecins et de son nombre, plusieurs personnes n'ont toujours pas de médecin de famille, et les services de première ligne sont dans un état pitoyable. Certains médecins déplorent cette situation et vont jusqu'à critiquer leurs fédérations qui sont parfois trop gourmandes²⁴. Voici un extrait des propos du *Dr. Nicolas Trudeau, médecin de famille de Prévost*: « *Alors que le gouvernement cherche à économiser chaque dollar, et qu'inévitablement des services à la population seront coupés, il faut se demander si accorder autant d'argent aux médecins est justifié. Chaque dollar accordé en hausse*

²³ Un appel à la solidarisation du réseau, Mémoire présenté aux audiences de la Régie régionale de la Montérégie sur le Plan de consolidation 1999-2002, décembre 1998

²⁴ Trudeau, Nicolas. *Trop pour les médecins?*, Débats, Opinion, La Presse 26 octobre 2014.

salariale à des professionnels déjà très bien payés, c'est un dollar de moins pour d'autres projets. Un dollar de moins pour engager des intervenants au service des enfants autistes pris sur des listes d'attente. Un dollar de moins pour ouvrir des lits en soins de longue durée et ainsi désengorger nos hôpitaux et nos urgences. Un dollar de moins en soutien scolaire aux jeunes enfants à risque de décrochage. Nos exigences salariales et nos gains ont des conséquences. »

Les services sociaux viennent en soutien aux bonnes conditions de vie et on fait leur preuve quant à leur efficacité. Pourtant, le gouvernement questionne même l'existence des services sociaux au sein des services publics de santé²⁵. Le sous-développement des services sociaux explique en partie l'explosion des coûts des services de santé... et l'attente pour les obtenir.

Quant à l'incidence du projet de loi 10 sur la participation citoyenne, le Québec a toujours eu l'ambition de faire progresser la participation citoyenne, mais au fond, les réformes ont maintenu une approche centrée sur les besoins des hôpitaux et sur une vision de la santé qui ne concorde pas avec la participation citoyenne. Le projet de loi 10 ne fait pas exception à cette règle. Son contenu reflète une toujours plus grande distance entre les décideurs et les besoins sur le terrain.

Pour toutes ces raisons, la TROC-Montérégie recommande le rejet du projet de loi 10 et invite le gouvernement à procéder à une véritable consultation sur l'avenir du réseau de la santé et des services sociaux.

En terminant, sachant que cette réforme est le fruit d'un travail qui s'inscrit dans l'ensemble des travaux et des fonctions du gouvernement, nous attirons votre attention sur l'énoncé suivant de l'Association pour la santé publique du Québec, « *le développement économique et le développement social vont de pair et constituent deux facettes d'un développement plus global qui doit aussi être durable. À court terme, certains pays peuvent réussir à accélérer le développement économique en ralentissant le développement social ou en sabrant dans les programmes sociaux. Mais à plus long*

²⁵ Arsenault, Julien. *Ce n'est pas juste à l'État de livrer les services, dit Leitaou*. Affaires, Économie, La Presse Canadienne – Montréal 27 octobre 2014.
Renaud, Carl. *Les Libéraux veulent privatiser des services, Groupe TVA, Nouvelles, Argent* 27 octobre 2014.

terme, le développement économique est menacé s'il n'est soutenu que par un faible développement social (...) C'est donc en améliorant les conditions sociales (en agissant sur les facteurs sociaux) qu'on peut à la fois améliorer le niveau de santé, la qualité de vie et accélérer le développement économique. Dans un contexte de mondialisation des économies, les sociétés qui s'en tireront le mieux sont celles qui réussiront à s'adapter, bien sûr, mais aussi à le faire en améliorant les conditions sociales de leur population. »²⁶

²⁶ Jean-Pierre Bélanger, Robert Sullivan & Benoît Sévigny, Capital social, développement communautaire et santé publique, Réflexion sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Éd. ASPQ, 2000.