



**des regroupements provinciaux**  
*d'organismes communautaires et bénévoles*

**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

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles  
1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8, (514) 844-1309

[coordination@trpocb.org](mailto:coordination@trpocb.org)

[www.trpocb.org](http://www.trpocb.org)

## Table des matières

Présentation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	p.2
Introduction	p.3
1. Précipitation et absence de bilan des fusions précédentes	p.5
2. Les fusions comme moyen unique	p.6
3. Un ministre avec davantage de pouvoir, mais selon une logique difficile à cerner	p.8
4. Un gouvernement avec des pouvoirs antidémocratiques	p.10
5. Des reculs démocratiques... encore	p.10
6. Des conseils d'administration avec peu de pouvoir et dont les officiers seraient principalement des gestionnaires	p.13
7. Vers une plus grande privatisation	p.15
8. Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux : une alternative dont l'autonomie face au réseau doit être préservée et soutenue pour la réalisation de sa mission globale	p.17
Conclusion	p.23
Annexe 1 : Repères historiques	p. 24
Annexe 2 : Loi sur la santé et les services sociaux : section sur les organismes communautaires	p.28
Annexe 3 : L'évaluation du MSSS par les OCASSS	p. 30
Annexe 4 : Liste des membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	p.36
Annexe 5 : Rappel des recommandations	p. 37

Rédaction : Mercedes Roberge, coordonnatrice

Révision : Kim De Baene, responsable des communications et des liaisons avec les membres

« Il semble bien qu'à chaque changement de garde à la tête du MSSS, nous assistions, chez le nouveau titulaire, à un besoin irrépressible de vouloir tout transformer et d'imposer sa réforme qui permettra enfin de rendre l'ensemble des services auxquels ont droit les citoyennes et les citoyens. On essaie ainsi de nous séduire en nous faisant croire que la solution est enfin trouvée pour éliminer les attentes, humaniser les soins, libérer les urgences, permettre à toutes et à tous de pouvoir recourir aux services rendus disponibles. Malheureusement, il semble que chacune des propositions avancées sème davantage de confusion qu'elle ne contribue à régler les problèmes. Et si les remèdes proposés étaient pires que les maux auxquels ils sont censés s'attaquer ? »<sup>1</sup>

## **Présentation de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles**

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 suscité une importante mobilisation dans le milieu des organismes communautaires (la moitié des 800 mémoires provenant 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 (1990) et du livre blanc *Une réforme axée sur le citoyen*.

En 2014, la Table réunit 39 regroupements provinciaux actifs à la grandeur du Québec, et qui abordent la santé et les services sociaux sous différents angles (les femmes, les jeunes, l'hébergement, la famille, les personnes handicapées, les communautés ethnoculturelles, la sécurité alimentaire, etc.) et différentes problématiques liées à la santé (la santé mentale, la sécurité alimentaire, la toxicomanie, etc.). Lieu de mobilisation, de concertation, de réflexion et d'analyse pour ses membres, 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. Par ses membres, elle rejoint plus de 3 000 organismes communautaires autonomes, œuvrant principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. La Table est membre du Réseau québécois de l'action communautaire autonome, de la Ligue des droits et libertés du Québec, de la Coalition Solidarité Santé et de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics.

En collaboration avec la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, la Table assure les représentations politiques auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment, en défendant les intérêts de ses membres dans le cadre des travaux d'harmonisation du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du MSSS avec la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire.

---

<sup>1</sup> Selon le site Internet : Mémoire - Projet de loi 83 (privatisation des dossiers médicaux) - Janvier 2005

## Introduction

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (Table) se réjouit de pouvoir présenter son opinion devant la Commission sur la santé et les services sociaux, dans le cadre de l'examen du 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* (PL-10).

Ce volumineux projet de loi vise, une nouvelle fois, à modifier en profondeur le fonctionnement du réseau public de la santé et des services sociaux, en modifiant la structure.

Bien que nous reconnaissions l'utilité de revoir périodiquement des façons de faire, nous estimons qu'il n'est pas judicieux de proposer une réforme si étendue, alors que les effets négatifs de la réforme précédente se font encore sentir. Nous ne considérons pas que le fonctionnement actuel soit sans défaut. Il est le résultat de changements auxquels nous nous sommes opposés en 2003, notamment parce qu'ils faisaient déjà reculer la participation citoyenne aux décisions touchant le système de santé et de services sociaux. Nous estimons que le bilan n'a pas été suffisamment fait, ni dans les structures internes et ni avec la population, pour justifier de si grands chambardements.

L'analyse que fait la Table du PL-10 se situe en droite ligne de celle qu'elle a présentée, notamment dans le cadre de Commissions parlementaires comme celle-ci, et ce, il a un peu plus de 10 ans. Autant à cette époque que maintenant, la Table a maintenu son objection à la privatisation, directe ou indirecte, des services de santé et des services sociaux. Elle plaide pour que les services publics soient non seulement préservés, mais qu'ils puissent disposer de davantage de fonds. Pour nous, les services publics, dont ceux de la santé et des services sociaux, sont des instruments collectifs essentiels, auxquels la population doit contribuer par l'entremise des impôts sur le revenu.

Nous estimons que l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins ne nécessitent pas de fusionner tous les établissements d'une région pour s'améliorer. De même, nous croyons que l'efficacité du réseau public de la santé et des services sociaux pourrait s'accroître sans remettre dans les mains du ministre des pouvoirs actuellement détenus par des citoyennes et des citoyens, notamment des usagers et des usagers.

La Table se préoccupe du bien-être de la population, du respect de ses droits face à l'obtention de services publics, de même qu'à ses droits de participer aux décisions qui la concerne, directement ou par l'entremise d'organisations qu'elle mandate à cet effet.

Elle se préoccupe aussi, bien entendu, des impacts qu'aurait le PL-10 sur le fonctionnement des organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et des services sociaux (OCASSS). Bien que le PL-10 ne modifie pas la section « Organismes communautaires »<sup>2</sup> de la LSSSS, il modifie plusieurs paramètres qui auront des impacts sur eux.

---

<sup>2</sup> Articles 334 à 338.1. Voir en annexe.

Les préoccupations de la Table sont teintées par les principes démocratiques propres au milieu de l'action communautaire autonome, lesquels s'illustrent particulièrement bien par l'expression « PAR-POUR-AVEC la communauté ». Bien que le réseau public de la santé et des services sociaux ne puisse fonctionner exactement de cette manière, nous croyons que l'article 2 de la LSSSS constitue l'équivalent « réseau » de ces principes démocratiques, soit l'obligation qu'a le gouvernement d'inclure la population dans la prise de décision.

La rapidité avec laquelle le gouvernement procède, tant pour la consultation, que ses prévisions en regard de l'adoption et de la mise en place du PL-10, est inacceptable selon nous, d'autant plus que cela se produit dans un climat de dénigrement du travail effectué actuellement dans le réseau.

En effet, nous estimons que le contenu du projet de loi et des interventions publiques du ministre, du gouvernement et de membres de l'Assemblée nationale, répandent un message particulièrement insidieux à l'égard de ce qui forme le réseau : ses ressources humaines. La diffusion de cette présomption d'incompétence généralisée, ratisse large : on entend que les travailleuses et les travailleurs du réseau ne sont pas importants, que les membres citoyens des conseils d'administration (CA) ne sont pas qualifiés, que les fonds publics sont mal gérés.

De tels propos étant de nature à miner la confiance de la population et de miner la motivation des personnes qui y travaillent, il est d'autant plus déplorable qu'ils émanent des personnes qui représentent la population. Rien de positif ne peut ressortir d'un processus de changement si, non seulement l'on ne prend pas soin des personnes qui sont à la base des services rendus, et à qui l'on demande d'appliquer lesdits changements, mais qu'en plus on les traite rudement et publiquement de surcroît. Travailler au bien-être de la population demande un dévouement qui mérite considération.

Nous estimons de plus que l'exercice actuel dénature le processus démocratique, à plus forte raison dans le cas d'un sujet aussi important que la santé et les services sociaux. Le calendrier imposé par le ministre, de la consultation jusqu'à l'entrée en vigueur des changements, fait en sorte que le réseau tout entier se retrouve dans l'obligation de se préparer, ce qui démocratiquement est hautement problématique, puisque la Loi n'est pas encore modifiée. Pour ce qui est de la population, elle a l'impression que les dés sont truqués, que tout est décidé d'avance, et qu'il ne sert à rien de jouer son rôle de citoyenne et de citoyen. Un pareil déni de démocratie sera dévastateur pour le moral des employés de l'état, et pour celui de la population.

Le PL-10 n'est pas centré sur le patient et rien dans le projet de loi ne permet de croire que davantage de lits seront ouverts, ni que tout le monde aura accès à un médecin de famille. L'ampleur des problèmes que nous soulevons nous amène à conclure que le PL-10 doit être retiré. Nous estimons que la population n'y gagnera pas davantage de services et que la démocratie en sortira perdante.

## 1. Précipitation et absence de bilan des fusions précédentes

Nous dénonçons la précipitation dans laquelle se déroule le processus actuel, de la présente consultation jusqu'à sa mise en place. Nous estimons que cela mine la confiance de la population, autant envers le processus démocratique, qu'en regard du résultat final. Dans le cas d'un service public si intimement lié à la population, il est primordial d'obtenir son adhésion, ce qui est impossible dans le processus actuel. Le souhait du ministre d'adopter le PL-10 d'ici la fin décembre, dans l'objectif d'une mise en place pour le 1<sup>er</sup> avril 2015, fait en sorte que la présente consultation se déroule à une vitesse qui ne permet pas de prendre des décisions éclairées.

Cela équivaut à placer la population et les personnes travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux devant l'équivalent d'un fait accompli. Tout le réseau se retrouve dans l'obligation de se préparer, même si la décision n'est pas encore prise. Sans compter que la restructuration monopolisera les énergies qui ne seront pas mises à améliorer les services à la population. Dans ces circonstances, le rôle d'une commission parlementaire et le rôle de législateur des membres de l'Assemblée nationale ne semblent plus avoir de valeur, la population ne peut que penser que le gouvernement ne tiendra pas compte des préoccupations qui lui sont présentées.

Nous constatons que les résultats des différentes vagues de restructuration n'ont pas été dûment évalués, ni qu'aucune consultation n'a eu lieu avant de déposer le PL-10. Bien au contraire, les recherches et analyses effectuées pour déterminer quelles seraient les améliorations à apporter au réseau mènent plutôt à ne pas répéter les mêmes solutions que par le passé. Nous référons ici notamment au mémoire déposé devant cette Commission par l'équipe de recherche de Damien Contandriopoulos, Mélanie Perroux, Astrid Brousselle et Mylaine Breton, de même qu'au résumé de l'événement organisé par la Coalition solidarité santé au printemps 2013. Ces documents illustrent aisément que le bilan des 10 années des fusions administratives des établissements n'a pas apporté d'amélioration satisfaisante au niveau des services à la population, que cela n'a pas amélioré l'accès à la première ligne ni la qualité des soins. Quant à l'efficacité du réseau, comment pourrait-elle être atteinte à court terme lorsque celle mise en place il y a onze ans n'a pas encore complété sa mise en place.

Le ministre n'a jusqu'à présent pas justifié les changements qu'il propose en lien avec quelque bilan ou recherche que ce soit. Ni celui, bien incomplet, fait à l'interne, en 2010, si aucun autre, et encore moins en ayant une perspective intersectorielle, et jamais la population, ou encore les usagers et les usagères, n'ont pu se prononcer sur leur propre bilan. Le ministre n'a pas expliqué à la population sur quoi il se basait pour estimer que la fusion était la solution à tous les maux. Qu'il ait fait référence, durant les audiences de la Commission, à des expériences hors Québec, tel que l'organisation des services en Alberta ou le fonctionnement de Kaiser Permanente, ne constitue pas une démonstration qu'il n'y avait pas d'autres solutions que de fusionner des établissements.

Nous estimons qu'il s'agit d'une vision à court terme, qui sera dommageable pour la pérennité des services publics de santé et de services sociaux, et ultimement, sur la santé de la population.

**Recommandation 1 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles demande qu'un bilan complet des réformes précédentes soit fait, et qu'une véritable consultation soit effectuée, et ce, dans un contexte qui ne mettrait pas de pression induite sur la population ou sur les instances impliquées.**

## 2. Les fusions comme moyen unique

Nous déplorons que le ministre ne propose que les fusions comme moyen d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et d'obtenir un réseau plus efficace. L'objectif doit selon nous être l'amélioration de la santé des personnes, ainsi que l'énonce l'article 1 de la LSSSS.

Depuis plusieurs années, des solutions ont pourtant été identifiées pour améliorer différents aspects du fonctionnement du réseau : instaurer un régime entièrement public d'assurance médicaments, revoir le mode de rémunération des médecins, contrer la surmédicalisation, mettre l'accent sur la promotion de la santé et sur la prévention, agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé, etc.

Nous déplorons que ces solutions ne soient pas prises en compte et suggérons au ministre de s'inspirer du document « 10 milliards \$ de solutions » produit par la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics. La Table adhère à ces mesures fiscales justes, qui ont d'ailleurs été présentées à différentes reprises au gouvernement et, dernièrement, à la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise. L'une des mesures est reprise ici.<sup>3</sup>

### **Pour contrôler le coût des médicaments : un régime entièrement public d'assurance médicaments**

Les Québécoises et les Québécois paient leurs médicaments beaucoup plus cher que la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La facture en médicaments s'élève à plus de 1 000 \$ par personne au Québec, chaque année, comparativement à 700 \$ en Colombie-Britannique, à 440 \$ en Suède et à 270 \$ en Nouvelle-Zélande. Les dépenses en médicaments représentent 20 % de nos dépenses de santé (contre 16 % dans le reste du pays) et occupent le deuxième poste de dépenses de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La prime d'assurance médicaments a bondi de 175 \$ en 1996 à 579 \$ en 2013 ou, autrement dit, de 231 % en 17 ans et notre régime hybride d'assurance médicaments (public-privé) accumule des déficits annuels de 2 milliards \$.

La Suède, qui ressemble au Québec avec ses 9,5 millions d'habitants, dépense la moitié moins pour ses médicaments (3,7 milliards \$ contre 7 milliards \$). Pourquoi ? Tout comme la France, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et d'autres, la Suède a adopté un régime entièrement public d'assurance médicaments. Cette locomotive a permis à ces pays de mettre en place toute une série de mesures afin de reprendre le contrôle sur leurs dépenses en médicaments. Des mesures qui donnent des résultats : selon des chercheurs, les prix sont de 24 à 48 % plus bas qu'au Québec et la croissance annuelle des coûts y est de 2 à 3 fois inférieure à la nôtre.

L'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments permettrait de récupérer entre 1 et 3 milliards \$ par année, selon l'ampleur des mesures qui accompagneraient un tel régime. Une source de revenus non négligeable pour nos finances publiques.

<sup>3</sup> « 10 milliards \$ de solutions », Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, septembre 2014.

Le PL-10 propose de grands chambardements dans la gestion actuelle du réseau. Son orientation générale consiste à fusionner, dans chacune des régions, de l'agence et des établissements de santé, de même que la création de nouvelles instances régionales pour les administrer : les 20 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

Selon la région, entre 5 et 19 établissements seraient fusionnés au sein d'un CISSS; la région de Montréal serait divisée en 5 CISSS sous-régionaux, chacun réunissant de 8 à 10 établissements actuellement distincts.

Les CISSS remplaceraient les Agences régionales actuelles, mais sans en avoir toutes les responsabilités : ils veilleraient à la dispensation des services des établissements, mais en fonction d'orientations et de règles, notamment budgétaires, déterminées par le ministre. En d'autres termes, les CISSS appliqueront les décisions prises par le ministre, pas nécessairement par lui personnellement, mais par la direction du Ministère, laquelle combinerait sans doute le politique et l'administratif.

Le PL-10 ne se limite pas à fusionner plus de 180 établissements, il fusionne aussi 1480 points de services répartis sur de vastes territoires, car pour chaque établissement correspondent plusieurs points de services. Par exemple, un CISSS est déjà la réunion de plusieurs points de services (hôpitaux, CLSC, CHSLD, etc.), et un centre jeunesse, la réunion de plusieurs autres (centres de réadaptation, centres d'hébergement).

Une fois les établissements d'une région fusionnés, les 12-14 membres du CA d'un CISSS administreraient en moyenne 78 points de services, allant de 26 pour le CISSS-Centre-Île-Mtl à 200 pour le CISSS-Montérégie. En effet, 4 CISSS devront couvrir entre 26 et 50 points de services, 11 devront en couvrir entre 50 et 100, et 4 CISSS devront en couvrir entre 150 et 200.

La proportion d'établissements hospitaliers qui seront réunis dans un CISSS occasionnera une gestion hospitalo-centriste de tous les services d'une région. Les services sociaux seront encore plus délaissés qu'actuellement.

À un niveau purement administratif, confier l'administration de tous les services de santé et de services sociaux d'une région à un seul conseil d'administration peut sembler permettre d'atteindre une équité interrégionale. Or, cela pourrait bien accentuer les disparités. La distance géographique qui séparera des établissements, autrefois autonomes, et le lieu des prises de décisions pourrait occasionner des problèmes tels que des informations variables, des sensibilités variables, une plus grande charge de travail pour un nombre restreint de personnes.

Malgré toute leur bonne volonté, les membres du conseil d'administration d'un CISSS ne pourront porter une attention suffisante à tous les sujets qu'ils devraient traiter, petits et grands, que ce soit sur un point de service précis ou sur une situation affectant toute la région. Même dans le contexte où le CA d'un CISSS se « limiterait » à appliquer les décisions ministérielles, comment 12 personnes pourraient-elles assurer tous les services de toute une région, sans rien échapper? Qu'advient-il des initiatives issues des communautés? Comment parvenir à s'inscrire à l'ordre du jour d'un CISSS? Si les chances d'intéresser des membres du CA sont réduites en raison du nombre restreint de membres?



L'article 28 du PL-10 illustre bien l'ampleur de la tâche qui attend le CA d'un CISSS et le rôle de leurs PDG, lequel « doit en outre s'assurer de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement. », ce qui signifiera voir aux activités cliniques de 78 points de services en moyenne et d'une diversité d'activités cliniques. Si les DG des établissements actuels assumaient déjà cette tâche, elle devient beaucoup plus grande dans le contexte des CISSS proposés.

L'on a beaucoup entendu parler de la mainmise que le ministre pourrait exercer sur presque toutes les décisions. Mais concrètement, le ministre ne pourra personnellement voir à toutes les décisions, ce qui amènera la création de nouveaux postes mi-administratifs mi-politiques, fusionnant ni plus ni moins le cabinet du ministre à la direction du MSSS. Il est facile d'imaginer les conflits de loyauté que vivront les membres des CA des CISSS, leur difficulté d'exprimer des dissidences, leur perception de n'être qu'un comité d'exécution des décisions du ministre.

Même en les rémunérant, ce qui est un changement important apporté par le PL-10, comment les membres des CA des CISSS feront-ils pour assumer l'ampleur de cette tâche, sans avoir besoin de créer de nouveaux postes, pour assurer la direction régionale, ou même sous-régionale d'un dossier précis, pour porter un regard spécifique à une problématique ou voir à des situations particulières. Nous estimons que ni l'organigramme actuel du MSSS, ni celui des agences ne s'en trouveront allégés, et les économies estimées ne se concrétiseront pas si la tâche effectuée actuellement par des conseils d'administration est assumée par ces nouveaux fonctionnaires.

Nous ne nous opposons évidemment pas à la création d'emplois, mais au fait que la réforme soit présentée comme étant un moyen de faire des économies, notamment en réduisant de 1300 postes (équivalent temps complet). Nous estimons que cet argument est utilisé pour promouvoir le projet, alors que les économies pourraient bien ne pas se réaliser, ni à court-terme ni à long-terme. D'ailleurs, les analyses de Contandriopoulos et coll. ont également remis en question la capacité de réaliser des économies d'échelles en fusionnant un si grand nombre d'établissements. Et même si des économies en résultaient, nous estimons que la réforme proposée comporte un coût démocratique qui dépasse les possibles économies qui pourraient en résulter.

**Recommandation 2 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à l'orientation générale du projet de loi 10, soit la fusion des établissements actuels au sein de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) régionaux et suprarégionaux, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

### **3. Un ministre avec davantage de pouvoir, mais selon une logique difficile à cerner**

Beaucoup de choses ont été dites quant à l'accroissement des pouvoirs du ministre. En résumé, le PL-10 ferait en sorte que :

- Les établissements soient sous la responsabilité du ministre, qui en coordonne toutes les activités (PL-10 art.42), ce qui inclurait la constitution de comités régionaux pour coordonner les directions des établissements autrefois distincts (PL-10, art. 64, en référence à LSSSS-346.3);
  - Mais, la coordination des activités médicales particulières des médecins (selon l'article 360 et 361.1 de la LSSSS), ainsi que la coordination des activités des organismes

communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, relèveraient des CISSS (PL-10 art. 59 alinéa 6)

- Les fonctions assumées actuellement par une agence, seraient sous la responsabilité des CISSS, notamment, en ce qui a trait à l'application du PSOC, par exemple, en ce qui a trait aux cadres de références régionaux, aux formulaires et conventions du PSOC. (PL-10 art.42)
- Les règles budgétaires applicables aux établissements<sup>4</sup> (locaux ou régionaux ou suprarégionaux) seraient déterminées par le ministre, autant au niveau de leur gestion, des subventions qu'ils accordent aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées, de même que concernant la comptabilité qu'ils doivent tenir en fonction des programmes-services. (PL-10 art. 90);
- L'élaboration de plan stratégique pluriannuel (actuellement régional) ne relèverait pas des CISSS, mais du ministre (PL-10, art. 64, en référence à LSSSS-346.1)
- Les subventions aux OCASSS seraient sous la responsabilité partagée, selon la même logique qu'actuellement :
  - par les CISSS, pour les OCASSS locaux et régionaux, en vertu de l'article 336 de la LSSSS (PL-10- article 59 alinéa 4);
  - par le ministre, pour les OCASSS nationaux, en vertu de l'article 337 de la LSSSS (non modifié par le PL-10)
- Les ressources privées d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie (LSSSS-340 alinéa 5), seraient subventionnées par les CISSS, et c'est le CISSS qui coordonnerait les activités des organismes communautaires en cette matière (PL-10 art. 59 alinéa 6);
  - Mais, c'est le ministre qui s'occuperait des subventions (par ententes de services) entre les établissements et les OCASSS en ce qui concerne l'hébergement de ces personnes. (PL-10 art. 59 alinéa 4 et 5).

Cette répartition nous questionne particulièrement, et nous en cherchons la logique.

Il est clair que le ministre souhaite diriger les nouvelles instances, mais outre l'application des décisions du ministre, les pouvoirs laissés aux CISSS nous semblent dépendants des décisions du ministre.

Dans le contexte d'une ouverture croissante à la privatisation et à la sous-traitance, la répartition projetée des pouvoirs entre le ministre et les CISSS, préoccupent particulièrement les OCASSS. Ces enjeux étant politiques, nous craignons que ce fonctionnement permette de politiser le déploiement de la privatisation sur tout le territoire, sans égard aux volontés régionales.

**Recommandation 3 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à la concentration d'autant de pouvoirs dans les mains du ministre, au détriment du pouvoir des communautés, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

---

<sup>4</sup> L'utilisation du mot « établissement » est variable tout au long du PL-10. Parfois il désigne les établissements locaux, après avoir été fusionnés, ou encore les établissements régionaux et suprarégionaux, ce qui semble alors désigner les CISSS.

#### 4. Un gouvernement avec des pouvoirs antidémocratiques

Nous dénonçons vivement l'article 161 du PL-10, qui représente selon nous une grave atteinte à la démocratie. En effet, par cet article, le gouvernement s'accorde le droit de ne pas suivre les règles prévues en matière réglementaire, et même le droit d'appliquer rétroactivement des décisions prises par ce moyen.

PL-10 art. 161 :

« Le gouvernement peut, par règlement, prendre toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet.

Un règlement pris en application du présent article n'est pas soumis à l'obligation de publication ni au délai d'entrée en vigueur prévus aux articles 8 et 17 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1); il peut, en outre, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure au 1er avril 2015. »

En ne se conformant pas à la Loi sur les règlements, cela équivaldrait notamment à annuler toute possibilité d'intervention, tant de la population que des groupes auxquels elle adhère, durant les 45 jours prévus par l'article 11 de cette Loi :

*Loi sur les règlements*

*11. Un projet de règlement ne peut être édicté ou soumis pour approbation avant l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de sa publication à la Gazette officielle du Québec ou avant l'expiration du délai mentionné dans l'avis qui l'accompagne ou dans la loi en vertu de laquelle le projet peut être édicté ou approuvé lorsque cet avis ou cette loi prévoit un délai plus long.*

Aucune justification ne serait valable pour qu'un gouvernement impose unilatéralement ses décisions, qu'elles soient en lien avec la santé et les services sociaux ou sur toute autre matière.

<b>Recommandation 4 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose au contournement des règles entourant le processus de décision réglementaire, précisé à l'article 161, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.</b>
--

#### 5. Des reculs démocratiques... encore

Nous estimons que la détermination de règles et le suivi de leur application auraient pu se faire autrement que par la concentration des décisions dans les mains du ministre, tel que le propose le PL-10.

Ainsi, nous ne voyons pas ce qui empêche le ministre de s'assurer du traitement équitable de la population, peu importe la ville où elle réside ou obtient un service public. La responsabilité du ministre envers la dispensation des soins peut s'opérer sans enlever les instances démocratiques locales et sans réduire considérablement le pouvoir et les moyens des instances régionales.

Nous considérons que l'abolition des 172 conseils d'administration des établissements et des agences régionales constitue un grave recul démocratique.

Bien que le PL-10 ne propose pas de modifier l'article 2 de la LSSS, nous estimons que les fusions proposées équivaldront à nier plusieurs engagements qu'il contient (Nous soulignons) :

« 2. Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à:

1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services; »

2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;

8° favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services;

9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;<sup>5</sup>

Les articles 4 à 33 de PL-10, soit ceux sur les fusions, les rôles et responsabilités des conseils d'administration des CISSS, occasionneront la perte de lieux décisionnels importants pour les communautés et une perte considérable d'expertise citoyenne aux décisions du réseau. Le déplacement de nombreux pouvoirs dans les mains du ministre éloignera la prise de décision des lieux où elles seront appliquées.

Actuellement, chaque établissement est dirigé par un conseil d'administration formé d'une vingtaine de personnes et chaque agence dispose d'un CA d'une quinzaine de personnes. En plus de réunir différentes expertises médicales et de gestion, ces CA peuvent également compter sur les expertises de citoyennes et de citoyens, en plus de celles du milieu communautaire et du milieu syndical.

Les dernières réformes avaient déjà causé des pertes au niveau de la participation citoyenne aux CA des établissements, par exemple ceux des CLSC d'avant 2003, nous ne croyions pas qu'il était possible d'en perdre encore.

Types d'expertises perdues	CA actuels d'agences	CA actuels d'établissements	Total
Personnes élues par la population		-2 par établissement = 344 postes perdus	344 postes
Usagers		-1 par établissement = 172 postes perdus	172 postes
Du milieu communautaire	-1 par agence = 15 postes perdus	-1 par établissement = 172 postes perdus	187 postes
Du milieu professionnel et médical	-1 ou -2 par agence = 23 postes perdus	-2 ou -3 par établissement = 430 postes perdus	453 postes
Sage-femme		-1 par établissement = 172 postes perdus	172 postes
Personnel non-médical		-1 par établissement = 172 postes perdus	172 postes
Du milieu syndical	-1 par agence = 15 postes perdus		15 postes
<b>TOTAL DES PERTES D'EXPERTISES</b>	<b>53 postes perdus</b>	<b>1462 postes perdus</b>	<b>1515 postes perdus</b>

<sup>5</sup> LSSSS, article 2.

Pour l'ensemble du Québec, l'adoption du PL-10 entraînerait donc la diminution de 1515 postes, bénévoles, de membres de conseil d'administration, dont 1062 (77%) représentent une suppression complète d'expertises citoyenne, communautaire et syndicale et une diminution très importante des sièges réservés aux usagers et aux usagers.

Cela n'est pas qu'une question de nombre; les décisions influant sur les services rendus à une population seront prises sans la contribution et l'expertise des communautés.

Des expertises importantes seront perdues, en particulier au niveau des services sociaux et au niveau de la participation citoyenne. La forte présence du secteur médical et de gestionnaires, fait craindre que des décisions se prennent davantage en fonction d'une vision économique et curative de la santé, faisant peu de place à la promotion de la santé et à la prévention, à l'approche globale, à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, et aux préoccupations des communautés concernées.

D'ailleurs, le PL-10 fait perdre un gain bien récent, en abolissant le poste prévu aux CA d'établissements pour une représentante des sages-femmes, modification à laquelle le législateur avait consenti en 2005, suite aux interventions concernant le PL-83.

Quant aux expertises dans le domaine curatif de la santé et de la gestion, elles seront représentées en grand nombre au sein des CA des CISSS, soit la majorité des postes du CA d'un. En effet, en plus du PDG, le CA serait formé de 3 personnes du domaine médical, d'une personne du conseil multidisciplinaire<sup>6</sup> et de 5 personnes indépendantes<sup>7</sup> du domaine de la gestion. Les derniers postes seront occupés par deux personnes indépendantes, une « jeunesse » et l'autre des services sociaux, et d'une personne membre du comité des usagers et, si applicable, d'une personne d'une université affiliée au CISSS.

Les postes indépendants peuvent actuellement couvrir de nombreuses compétences. À titre d'exemple, la liste combinée des profils recherchés par deux agences et par un Centre de santé et de services sociaux montre une diversité : expérience politique, gouvernance, comptabilité ou finance, juridique, gestion des ressources humaines, réseau de la santé, expertise clinique, recherche, éducation, support à la communauté, gestion d'entreprise, gestion de projet, technologie, éthique, planification stratégique, environnement, construction et immobilisation.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Le conseil multidisciplinaire rassemble des personnes occupant des fonctions reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement, à l'exclusion des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et infirmiers et les infirmières et infirmiers auxiliaires, donc les probabilités sont fortes que la personne issue de ce conseil ait une approche curative de la santé.

<sup>7</sup> Selon l'article 11, cinq des sept profils de compétence sont du domaine de la gestion : gouvernance et éthique, gestion des risques et qualités, ressources humaines, ressources immobilières et informationnelles et vérification et performance. Les deux autres sont : jeunesse et services sociaux.

<sup>8</sup> Compilation issue de trois documents : INFO-CA juin 2014, Agence Bas-Saint-Laurent, page 2, [http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=29&expandable=3&subexpandable=2&file=Telechargements/Bulletins/Info-CA-Juin\\_2014.pdf](http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=29&expandable=3&subexpandable=2&file=Telechargements/Bulletins/Info-CA-Juin_2014.pdf); Compte-rendu du conseil d'administration, agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 29 avril 2014, page 11, [http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Info-CA/2013/2014-04-29\\_Vol9no6/CA2014-04\\_09.1personne\\_independante.pdf](http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Info-CA/2013/2014-04-29_Vol9no6/CA2014-04_09.1personne_independante.pdf); « Profils de compétence et d'expérience des administrateurs », Politique DG-13-16, 13 juin 2013, Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, page 4, [www.csssbcsstl.qc.ca/fileadmin/csss\\_bcs/Votre\\_CSSS/Documentation\\_du\\_CA/documents\\_deposes/Juin\\_2013/6.5\\_Profils\\_de\\_competence\\_et\\_d\\_experience\\_des\\_administrateurs\\_politique-DG-13-16.pdf](http://www.csssbcsstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_deposes/Juin_2013/6.5_Profils_de_competence_et_d_experience_des_administrateurs_politique-DG-13-16.pdf)

Par l'article 11, ils seraient dorénavant établis à partir de sept profils de compétence : gouvernance et éthique; gestion des risques et qualité; ressources humaines; ressources immobilières et informationnelles; vérification et performance; jeunesse; et services sociaux. Des sept compétences recherchées pour combler les postes indépendants, cinq sont donc reliées au domaine de la gestion et de l'administration.

Avec le PL-10, la diversité actuelle dans la composition des CA d'agence et d'établissements serait chose du passé, alors que la force d'un réseau réside dans sa multidisciplinarité.

**Recommandation 5 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose aux reculs démocratiques qui résulteraient de la composition des conseils d'administration qui prioriseraient la contribution de gestionnaires au détriment de la contribution et de l'expertise citoyenne et d'expérience-terrain, particulièrement en matière de services sociaux, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

## **6. Des conseils d'administration avec peu de pouvoir et dont les officiers seraient principalement des gestionnaires**

Non seulement le ministre réduit-il le rôle des CA des CISSS à l'application de ses propres décisions, mais sa mainmise sur l'ensemble du processus de nomination, de tels CA n'offre qu'une apparence d'instance décisionnelle. Nous dénonçons que les CA d'un organisme public, chargé de voir au bien-être de la population dans son ensemble, soient calqués sur un modèle d'affaires.

Comment le CISSS pourra-t-il assumer la responsabilité dévolue actuellement aux agences en vertu de la LSSSS?

« Les fonctions d'une agence prévues à l'article 340 de cette loi sont exercées par l'établissement régional ou le ministre selon ce qui suit :

1° l'établissement régional doit s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et s'assurer du respect des droits des usagers; »<sup>9</sup>

Malgré des motivations et des contextes fort différents, les membres des conseils d'administration d'une société d'État, d'un organisme public ou même d'un organisme communautaire, assument des responsabilités similaires : voir à la gestion, humaine, matérielle et financière; prendre les décisions permettant le bon fonctionnement et la réponse à des besoins; surveiller l'application de ses décisions; et être redevable envers l'instance ou l'autorité de qui elle tire sa légitimité.

Un CA qui ne posséderait pas les pouvoirs qui viennent avec ces responsabilités ne serait finalement qu'un comité de travail, chargé d'exécuter les décisions d'une autre instance. Avec le PL-10, les CA des CISSS perdraient notamment les pouvoirs de planifier les services, de nommer les personnes chargées de la mise en œuvre de leurs décisions, et d'en surveiller l'application.

Les membres d'un conseil d'administration d'un CISSS n'auront pas le pouvoir de nommer la personne qui appliquera leurs décisions, comme PDG. Comme c'est le ministre qui nommera ces personnes, c'est à lui qu'ils rendront des comptes, et non aux conseils d'administration. Les situations conflictuelles pourraient

---

<sup>9</sup> LSSSS, articles 59.

résulter de ce déplacement d'imputabilité. Déjà qu'il semble difficile d'imaginer qu'un CISSS contredise le ministre, cela sera d'autant plus rare si leur employé, n'est pas vraiment le leur.

Tout semble en place pour empêcher toute remise en question de l'intérieur. Or, les personnes qui y siégeront porteront, aux yeux de la population du moins, la responsabilité du bon ou du moins bon fonctionnement des services de santé et des services sociaux de leur région. Les manifestations se dérouleront sous leurs fenêtres, à propos de décisions qui ne seront pas souvent les leurs.

De plus, l'article 15 du PL-10 amène un changement important au niveau de la vision même d'un conseil d'administration d'un organisme public. En effet, les membres bénévoles des CA seront remplacés par des membres salariés. La rémunération des membres des CA des CISSS vise sans doute à compenser pour la lourde tâche qui leur incomberait, mais dans le contexte où ces derniers sont nommés pour appliquer les décisions du ministre, et nommés par lui, il est facile d'imaginer que les membres des CA des CISSS ne seront pas tentés de questionner ses décisions, et encore moins de s'y opposer. En quoi les membres des CA du CISSS se distingueront-ils des fonctionnaires au service du MSSS?

Au niveau interne, la conséquence de l'abolition des CA d'établissements est la perte de surveillance des directions des établissements eux-mêmes. À qui ces personnes rendront-elles des comptes? À l'instar du ministre, le CA du CISSS ne pourra pas être partout ni tout voir ce qui le nécessiterait.

Actuellement les membres du CA d'un établissement et ceux d'une agence élisent chaque année les membres de leur exécutif : la *vice-présidence*, le *secrétariat* et la *présidence* du conseil<sup>10</sup>. Ce dernier devant être choisi par les membres indépendants<sup>11</sup>.

Or, l'article 19 et l'article 20 du PL-10 modifieraient plusieurs façons de faire, notamment que :

- les membres du CA perdraient le pouvoir d'élire la personne au poste de présidence, laquelle serait nommée par le ministre.
- Les personnes éligibles aux trois postes exécutifs seraient désormais :
  - Le poste de présidence serait choisi parmi les 7-8 membres indépendants : soit les personnes choisies en fonction des 7 profils de compétences précisés à l'article 11 soit : gestion des risques et qualité; ressources humaines; ressources immobilières et informationnelles; vérification et performance; jeunesse; services sociaux.<sup>12</sup>
    - Actuellement les personnes éligibles sont : les personnes indépendantes nommées ou cooptées par l'agence en tenant compte des profils de compétence et d'expérience (ce qui peut inclure des personnes suggérées par des organismes communautaires) et les personnes élues par la population.
  - Les postes de vice-présidence et de secrétariat seraient choisis parmi les 10 membres suivants : les 7-8 membres indépendants, soit les personnes choisies en fonction des 7 profils de compétences précisés à l'article 11; de même que parmi les membres représentants le comité des usagers, les médecins généralistes du territoire (n'exerçant pas dans un établissement du CISSS); ou le centre hospitalier universitaire (si applicable).

---

<sup>10</sup> LSSSS article 403 – stipule que les président, vice-président et secrétaire du CA ne peuvent être : membre de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, membre du département régional de médecine générale, membre du comité régional sur les services pharmaceutiques, membre de la commission infirmière régionale et membre de la commission multidisciplinaire régionale. Les exclusions réfèrent aux paragraphes 2 à 6 de l'article 397.

<sup>11</sup> LSSS article 157 (pour un établissement) et LSSS article 402 (pour une agence)

<sup>12</sup> PL10 article 11

- Actuellement, la quinzaine de membres du CA d'une agence, et la vingtaine de membres du CA d'un établissement sont tous éligibles aux postes de vice-présidence et de secrétariat, à l'exception du directeur-général.

En conséquence, une personne usagère ne pourrait être présidente du CA, ce qui n'est pas exclu actuellement. De plus, la catégorie « personnes indépendantes », prévue par le PL-10, n'a rien en commun avec la manière actuelle de faire.

Des 7 compétences recherchées pour combler les postes indépendants, 5 sont reliées au domaine de la gestion et de l'administration. Les catégories « jeunesse » et « services sociaux » ne désignent pas une compétence, mais une perspective et un domaine d'intervention, lesquelles ne peuvent s'évaluer comme on peut le faire pour des compétences en matière de gouvernance ou de ressources humaines. La confusion typologique semble ici révélatrice d'une méconnaissance ou d'un inconfort face aux services sociaux et à ce qui n'est ni de l'ordre de la médecine, ni de l'ordre de la gestion.

Or, ces postes représentent la majeure partie de ceux qui sont éligibles aux postes de l'exécutif du CA, ce qui statistiquement augmente les chances que l'exécutif ne soit formé que de gestionnaires. Cette catégorie de membres du CA se retrouverait implicitement présélectionnée pour occuper les postes de l'exécutif. Des 7 postes indépendants d'un CISSS, 3 pourraient se retrouver à l'exécutif, ce qui, en raison des compétences majoritairement gestionnaires de cette catégorie, teinterait inévitablement les décisions du CA.

Le mouvement communautaire connaît bien les avantages du PAR-POUR-AVEC. Le PL-10 éloigne la population des décisions, exigera beaucoup de la part des personnes qui siégeront aux CA, sans pour autant s'assurer d'un lien entre les personnes déléguées et leurs commettants. Cela nuira à l'adhésion de la population envers son service public, diminuera la confiance des personnes qui y travaillent de même que leur motivation à contribuer à son amélioration.

**Recommandation 6 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à ce que des conseils d'administration d'organismes publics ne disposent pas des pouvoirs qui correspondent aux responsabilités d'un CA, et dont les postes exécutifs seraient principalement occupés par des gestionnaires, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

## **7. Vers une plus grande privatisation**

Depuis sa création, dans les années 90, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'est opposée à toutes les tentatives de privatisation, de tarification et de marchandisation des services publics.

Elle l'a notamment fait dans le cadre des projets de loi 25 et 83 et elle le fera encore autant de fois que nécessaire.

Même si la privatisation ne fait pas partie des objectifs annoncés du PL-10, nous y voyons une ouverture qui n'a pas lieu d'être, dans le cadre d'un projet de loi visant l'amélioration d'un service public, et non son démantèlement.



La LSSS contient déjà des articles concernant la possibilité pour l'état de sous-contracter des services. Par exemple les articles 101 et 108.

101. L'établissement doit notamment:

2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;

108. Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

(...)

Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire visé au titre II de la présente partie, celle-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.

Une entente visée au présent article doit être transmise à l'agence.

Le PL-10 ouvre davantage la porte à la sous-traitance et à la privatisation du réseau par ses articles 59 et 38, qui ajoutent des intentions aux articles actuellement dans la LSSS.

Article 59 :

6° l'établissement régional doit s'assurer de la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 de cette loi ainsi que des activités des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 de cette loi et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

12° le ministre est responsable de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

13° le ministre doit permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 12°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

Article 38 :

Lorsque le ministre est d'avis que les corridors établis ne sont pas adéquats pour assurer une continuité de services ou un accès aux services dans un délai approprié, ou qu'il constate que de tels corridors n'ont pas été établis malgré sa demande, il peut les modifier ou les établir lui-même.

Les nouveaux corridors sont applicables aux établissements concernés dès qu'ils sont avisés de la décision du ministre.

Ainsi, le ministre aurait la capacité d'établir des corridors de services qu'il jugerait à propos et d'intervenir afin qu'un ou plusieurs CISSS concluent davantage d'ententes avec différents producteurs de services<sup>13</sup>.

Le PL-10 donnant au ministre la responsabilité de coordonner tous les services en général d'une région, il peut aisément prendre une tangente politique en faveur de la privatisation en signant toujours plus d'ententes de services, lesquelles se déploieraient alors dans toutes les régions. L'implantation de telles orientations politiques serait facilitée par le PL-10 d'autant plus qu'il n'y a pas de contrepoids aux décisions ministérielles – en raison des CA affaiblis – et des encouragements déjà prévu par l'article 59.

Il est à craindre qu'une telle tendance touche les OCASSS puisque les CISSS seraient chargés coordonner et de les financer, tout en suivant les directives du ministre. Le type de financement par ententes de services n'est pas le mode priorisé, parce qu'il peut compromettre la distance et l'autonomie des groupes communautaires. Il s'agit d'un mode de financement qui ne fait pas partie du PSOC, puisqu'il est attribué par les établissements, et non par l'Agence. Nous craignons que le financement par ententes de services prenne de l'ampleur, au détriment d'un soutien financier adéquat de leur mission globale.

**Recommandation 7 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à l'accroissement de la privatisation et de la sous-traitance des services publics, énoncé aux articles 38 et 59, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

#### **8. Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux : une alternative dont l'autonomie face au réseau doit être préservée et soutenue pour la réalisation de sa mission globale**

*Les organismes communautaires se définissent comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent en vue de favoriser l'amélioration de la qualité du tissu social et réduire les inégalités. Les organismes communautaires se caractérisent par un fonctionnement démocratique, par une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par une approche globale, par une action basée sur l'autonomie des groupes et des individus, par une capacité d'innover et par un enracinement dans la communauté. Ils se caractérisent aussi par une vision alternative du service et par une conception plus égalitaire des rapports entre les personnes intervenantes et participantes, leur contribution ne peut donc être restreinte ou évaluée selon une simple logique d'organisation de services. Leur intervention se propage bien au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et des besoins de santé de la population. L'action de ces organismes constitue au Québec un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le mouvement est engagé : Dans le travail quotidien, contre la pauvreté et la discrimination, ainsi qu'en vue de l'amélioration de la qualité du tissu social, par la création de groupes d'entraide, de défense de droits et la mise en place de services adaptés aux besoins des personnes en cause, etc.;*

---

<sup>13</sup> LSSSS, art. 99,7

*Dans l'action sociale et politique visant une profonde transformation des lois, des institutions, du marché, des mentalités, pour contrer l'exclusion et promouvoir l'égalité entre toutes et tous.*

*Dans la création d'espaces démocratiques (démocratisation des lieux d'existence et des lieux de pouvoir) et dans la revitalisation constante de la société civile.*

*À cet égard, l'action communautaire constitue une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté à la réduction des inégalités et au développement social du Québec.*

Cette définition situe bien que les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux représentent une alternative au réseau public; ils ne font pas partie de l'offre de service de l'État, et ils ne veulent pas en être les sous-traitants.

Le rôle majeur des organismes communautaires autonomes dans la société québécoise a été reconnu en 2001, lors de l'adoption par le gouvernement d'alors de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire intitulée *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. L'un des objectifs de cette politique est de « renforcer et accroître l'action des organismes d'action communautaire autonome ».

Elle reconnaît la distinction fondamentale existant entre les organismes communautaires autonomes et les services publics de l'État et identifie l'importance de préserver l'autonomie des organismes communautaires pour maintenir la distance nécessaire entre eux et l'appareil étatique. Par cette politique, le gouvernement s'est engagé à « respecter l'autonomie des organismes communautaires dans les différents rôles sociaux qu'ils assument et soutenir adéquatement l'exercice de la citoyenneté ».

Définies pour la première fois en 1996 par les organismes eux-mêmes<sup>14</sup>, les huit caractéristiques de l'action communautaire autonome ont été intégrées à ce document, soit:

1. être un organisme à but non lucratif;
2. être enraciné dans la communauté;
3. entretenir une vie associative et démocratique;
4. être libre de déterminer sa mission, ses approches, ses pratiques et ses orientations;
5. avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
6. poursuivre une mission sociale qui lui soit propre 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.

Les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et services sociaux et leurs regroupements sont préoccupés par le bien-être de la population, sont ancrés au sein de leur communauté, ont développé une expertise et ont des pratiques démocratiques. Les personnes choisissent d'aller vers les groupes communautaires, et c'est ce qui fait leur force.

Travaillant « Par, pour et avec » les communautés, les OCASSS, favorisent la participation et l'engagement citoyen. La population visée par la mission et les activités de l'organisme sont invités à participer à toutes les sphères d'activité et à toutes les instances décisionnelles : AGA, CA, CE, comités de travail, soutien au fonctionnement, organisation d'activités, etc.

---

<sup>14</sup> Voir le site du Réseau québécois de l'action communautaire autonome <http://www.rq-aca.org>

Toutes les actions d'un OCASSS découlent des décisions de la communauté qu'il dessert, de l'exercice de citoyenneté des personnes qui s'y impliquent comme membres : sa création, la définition de sa mission, de ses pratiques, de ses orientations annuelles, de son fonctionnement, de ses projets, de ses positions publiques, etc.

Les personnes directement concernées par la problématique abordée par l'OCASSS, contribuent aux décisions démocratiques, et bien souvent même, au fonctionnement quotidien d'organismes communautaires, en assumant des tâches ou encore dans contexte de pair-aidants.

Autant au niveau collectif qu'individuel, les OCASSS et leurs membres participent à des luttes visant l'amélioration de la société, pour une plus grande justice sociale. Ils sont des lieux de mobilisation et d'éducation populaire sur des enjeux de société, à partir d'approches globales.

Beaucoup d'efforts ont été mis depuis 2003, pour harmoniser le PSOC à la Politique et au Cadre de référence qui en facilite l'application. Du point de vue des OCASSS, certains travaux ne sont pas complétés à cet égard, notamment en regard de l'utilisation de seuils planchers.<sup>15</sup>

La Table rappelle que le financement à la mission globale doit être prépondérant par rapport aux autres modes de financement. C'est ce financement qui assure le respect de l'autonomie des organismes communautaires. Les subventions à la mission servent à financer le fonctionnement global des organismes communautaires autonomes, l'infrastructure de base ainsi que l'ensemble de leurs activités.

Pour réaliser leur mission globale, un grand nombre d'organismes communautaires reçoivent des subventions de la part du MSSS, par l'entremise du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Bien que le MSSS verse davantage d'argent chaque année, une fois réparti aux 3000 OCASSS, les montants ne suffisent pas et la hausse ne profite pas à l'ensemble des groupes. La différence entre les montants justifiés par les OCASSS, lorsqu'ils déposent leurs formulaires, et les montants reçus, montre un manque à gagner annuel de 225 millions de dollars – montant qui est donc documenté à même les dossiers du MSSS.

#### **Le PSOC en chiffres**

- Le tiers des OCASSS reçoivent moins de 50 000\$ par an, ce qui est nettement insuffisant pour assurer un fonctionnement de base.
- La croissance de l'enveloppe attribuée aux OCASSS ces dernières années n'est attribuable qu'au versement de l'indexation annuelle et aux injections ciblées selon des priorités ministérielles. Ces iniquités se constatent par les variations du % d'augmentation selon la problématique abordée. Entre 2006 et 2012, l'augmentation de la subvention moyenne des OCASSS a variée de 1,3% à 14%; des thématiques sont systématiquement négligées, faisant en sorte la subvention moyenne de 46% des OCASSS a augmenté de moins de 4%, en 6 ans.

<sup>15</sup> Voir l'évaluation en annexe.

- Une étude menée par le MSSS en 2008 sur le financement des organismes communautaires<sup>16</sup> a souligné que chacun recevait en moyenne 47% de son financement en provenance du MSSS; la majorité du financement étant issu d'une multitude de sources, et résultant d'autant de démarches, des recherches préliminaires, jusqu'à la reddition de comptes.
- Les données du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS) montrent que le soutien à la mission globale accordé par le MSSS se situe à 83 % en 2011-2012, alors qu'il était à 86 % en 2010-2011. Quant aux « ententes spécifiques » (ne pas confondre avec ententes de services) elles se maintiennent généralement à 12% et les projets ponctuels à 3-4%.
- De 2010-2011 à 2011-2012, le soutien à la mission globale n'a progressé que de 2,5% (passant de 390 à 400 millions \$, comparativement à des hausses de 17,4% pour les projets ponctuels (de 13 à 21 millions \$) et de 57,7% pour les « ententes spécifiques » (de 52 à 61 millions \$). Cependant, l'intégration des données sur les ententes de service (CSSS/organismes communautaires – non-publiques, malgré que la Loi l'oblige) ferait sans doute baisser la part de prépondérance du financement à la mission globale.
- Bien que la LSSSS ne mentionne pas nommément le PSOC, elle énonce les grandes lignes de son fonctionnement, notamment en précisant les rôles dévolus aux instances régionales et nationales du MSSS et les responsabilités de base découlant de l'obtention de fonds publics (LSSSS articles 334 à 338.1).

De manière générale, le financement, des organismes locaux et régionaux, continuerait d'être attribué régionalement; quant aux organismes nationaux, ils continueraient d'être financés par la direction du MSSS, mais les changements proposés par le projet de loi quant au fonctionnement de ces deux niveaux de responsabilités auront des impacts sur les OCASSS.

Le PL-10 ne semble pas modifier le fonctionnement actuel du PSOC. La plupart des responsabilités qui étaient assumées par les agences concernant les OCASSS seraient transférées aux CISSS. Ainsi, dans les cadres régionaux, les formulaires et les conventions PSOC, la mention « agence » sera automatiquement remplacée par « CISSS ».

Ce n'est donc pas pour leur fonctionnement direct et immédiat des OCASSS que nous nous inquiétons, mais pour les conséquences que le PL-10 pourrait générer, tant sur la population que sur eux-mêmes, en raison de changements d'orientation du ministère, notamment si nos craintes d'assister à une privatisation croissante se concrétisaient.

Le fonctionnement actuel crée de nombreuses iniquités : d'une région à l'autre, les règles à suivre par les OCASSS peuvent varier, et conséquemment le respect de leur autonomie, les balises financières ne sont pas les mêmes ou sont appliquées différemment. À titre d'exemple, il a fallu intervenir durant plusieurs années auprès du MSSS et de la ministre déléguée, responsable des services sociaux, pour que tous les OCASSS reçoivent l'indexation annuelle, et ce, au même taux. De telles démarches se sont régulièrement butées à l'objection suivante « le PSOC est régionalisé ».

---

<sup>16</sup> Rapport Mallette, 2008.

Or, nous avons toujours estimé que les articles 334 à 338.1, ne devaient pas empêcher de viser l'équité de traitement des OCASSS et de la population qui y recoure, d'équilibrer entre les besoins d'adaptation régionale et celui de la cohésion dans les paramètres du programme, d'harmoniser les règles à suivre par l'OCASSS, de même que par le bailleur de fonds, qu'il soit de niveau régional ou national. Par exemple, le document sur la reddition de comptes a permis d'uniformiser les règles à suivre, bien qu'il ait fallu tout de même en surveiller l'application par toutes les agences.

L'article 90 du PL-10 nécessite clarification :

« Le ministre établit annuellement des règles budgétaires particulières applicables aux établissements quant à leur gestion et à l'octroi des subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées.  
Les règles applicables aux établissements quant à leur gestion doivent prévoir une comptabilité par programme-service. »

La confusion provient en partie de l'usage variable que fait le PL-10 du mot « établissement », tantôt accompagné des termes « régional » ou « suprarégional », tantôt utilisé seul. Lorsqu'utilisé seul, nous sommes portés à considérer qu'il désigne un établissement avant la fusion, soit ceux énumérés à l'annexe 1 du PL-10 : CSLC, Centre hospitalier, CHSLD, Centre de protection de la jeunesse ou Centre de réadaptation.

En matière de subvention des OCASSS, la différence est majeure. Actuellement, la subvention à la mission globale qu'un OCASSS peut recevoir du PSOC transite soit par une agence (pour les OCASSS locaux et régionaux), soit par la direction du ministère (pour les OCASSS nationaux). Tandis que les ententes de services sont établies entre les OCASSS et les établissements.

Cet article peut être interprété de deux façons :

- a) Si le mot « établissement » désigne un CISSS :
  - Cela signifierait que le ministre établit les règles budgétaires applicables à l'octroi, en général, des subventions aux organismes communautaires, l'on pense ici au PSOC et au financement pour la mission globale des OCASSS.
  - Cela pourrait permettre d'assurer un traitement équitable des OCASSS, en ce qui a trait aux subventions en soutien à leur mission globale. Par exemple, des seuils planchers nationaux appliqués dans toutes les régions, un programme national dédié à la mission globale contenant des critères harmonisés, des règles de reddition de compte, des procédures d'attribution de sommes, de l'indexation, etc.
  - Or, le 2<sup>e</sup> alinéa risque d'affecter grandement l'autonomie des organismes communautaires, si leur financement est lié aux programmes services, alors que l'on nous assure que le PSOC n'est pas soumis aux programmes-services.
- b) Si le mot « établissement » désigne un établissement tel qu'un CLSC :
  - Cela signifierait que le ministre établit les règles budgétaires applicables à l'octroi, par les établissements, des subventions aux organismes communautaires, ce qui correspondrait à limiter l'harmonisation des règles budgétaires au financement par ententes de services, puisque ce ne sont pas les établissements qui dispensent les subventions pour la mission globale.

Ce flou est d'autant plus inquiétant que l'article 55 du PL-10, ne précise pas si les sommes prévues pour le PSOC sont protégées de la permutation, puisque cet article semble ne s'appliquer qu'aux programmes-services.

Article 55 :

Les règles budgétaires établies par un établissement régional ou suprarégional en application du premier alinéa de l'article 283 de cette loi ne peuvent permettre la permutation de sommes dédiées à un programme-service, sauf sur autorisation du ministre.

Sachant que le besoin des communautés régionales d'avoir de la latitude ne disparaîtra pas, nous estimons qu'il faut viser un équilibre entre des orientations nationales uniformes et leur adaptation régionale lorsque des situations le requièrent.

Notre expérience des travaux d'harmonisation nous amène à penser qu'il faut plus que l'article 90 pour assurer la fin des différences de traitement qui crée des iniquités entre les OCASSS, d'une région à l'autre, de même que dans une même région.

Que des balises nationales puissent être appliquées au financement des OCASSS, sans modifier les articles 334 à 338,1, prouve que le MSSS aurait de tout temps pu en établir dans ce domaine. Les articles 130 et 132 du PL-10 précisent d'ailleurs les pouvoirs du ministre d'établir des règles et des directives quant à la gestion des ressources et de l'utilisation des fonds publics.

Ces pouvoirs pourraient d'ailleurs être exercés, sans besoin de revoir toute la structure du réseau, et conséquemment, sans retirer du pouvoir aux communautés. Nous estimons donc que des solutions de ce type pourraient être appliquées sans remettre en question tout l'édifice du réseau.

**Recommandation 8 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose aux modifications qui pourraient réduire l'autonomie des OCASSS, notamment en les assimilant aux programmes-services du réseau et en accroissant les ententes de services, de même qu'aux modifications qui nuiraient à l'équilibre entre l'application d'orientations nationales harmonisées et leur adaptation régionale, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.**

## Conclusion

L'analyse de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles du projet de loi no 10, a permis d'identifier de nombreux problèmes, autant au niveau des principes, qu'au niveau des moyens. Cette analyse nous amène à demander le retrait du PL-10.

Cette restructuration d'un élément si important pour la santé et le bien-être de la population est proposée alors que des travaux sur la révision des programmes et sur l'examen de la fiscalité se font en parallèle et que le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé qu'il déposerait d'autres projets de loi en lien avec le PL-10. Nous déplorons cette manière de procéder, car elle empêche la population d'avoir un portrait global des problèmes à résoudre et des solutions envisagées.

Le PL-10 constitue selon nous un immense remodelage structurel et nous jugeons que la réorganisation des pouvoirs entre les différentes instances ne se fera pas au bénéfice de la population.

Nous estimons que les fusions d'établissements, majoritairement dispensatrices de services curatifs de santé, auront notamment pour conséquence de réduire encore davantage la place que le réseau accorde à la promotion de la santé globale, à la prévention et aux services sociaux.

Tant la population que les organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux souffriraient de l'approche hospitalo-centriste promue par le PL-10, mais aussi de l'ouverture à la privatisation et à la sous-traitance des services publics.

Nous considérons que le PL-10 pourrait réduire l'autonomie des OCASSS, notamment en les assimilant aux programmes-services du réseau et en accroissant les ententes de services. Il pourrait également nuire à la recherche d'équilibre entre l'application d'orientations nationales harmonisées du Programme de soutien aux organismes communautaires et leur adaptation régionale.

Au niveau démocratique, le PL-10 propose des reculs importants, que nous ne pouvons accepter. Nous dénonçons la perte de pouvoirs que subiront la population, les travailleuses et les travailleurs du réseau, les membres des conseils d'administration actuels, de même que les usagères et les usagers, et ce, alors que les structures accorderont davantage de pouvoir aux gestionnaires et que le gouvernement propose de contourner les règles de base entourant le processus de décision réglementaire.

La dernière refonte en profondeur du système, en 2003, n'a pas été véritablement évaluée et l'on nous propose des changements profonds. Qui plus est, nous n'avons que très peu de temps pour réagir, car le gouvernement vise une application dès le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Nous estimons qu'il aurait été préférable de procéder à un bilan complet des réformes précédentes, suivi d'une véritable consultation, et ce, avant le dépôt du projet de loi. Nous invitons le législateur à rejeter le PL-10 afin de rectifier le tir en modifiant la logique même du projet de loi.

**Recommandation 9 : En conséquence, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles rejette le projet de loi no 10, ainsi que toute proposition qui irait dans ce sens.**



## Annexe 1 : Repères historiques

En septembre 2000, la Table présente un mémoire intitulé ***Pour un virage social du système de santé au Québec*** : « non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux » dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dont voici un extrait:

« Dans un premier temps, nous voudrions insister sur la pertinence de l'action des organismes communautaires en illustrant plus particulièrement en quoi l'approche globale qui caractérise l'action des organismes communautaires peut avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé. Au Québec, notre système est encore très fortement axé sur une approche épidémiologique de la santé et sur la « médicalisation » de certains problèmes sociaux. Pourtant, s'il y a une orientation que devrait privilégier le ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est bien de se préoccuper davantage des déterminants sociaux de la santé.

Depuis une quinzaine d'années, les décisions gouvernementales ont pour effet de vider de son sens les grands principes sur lesquels s'est édifié notre système. Pour certains, le réseau de la santé et de services sociaux se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins ; un sérieux coup de barre doit être donné. Le Québec n'aurait plus le choix et se doit de revoir les prémisses mêmes de son système de santé et de services sociaux, quitte à faire une plus grande place encore au secteur privé. Si la plupart des observateurs s'entendent pour dire que le système est aux prises avec de sérieux problèmes, les divergences sont nombreuses quant aux réformes à apporter. À la Table, nous croyons qu'une transformation en profondeur est nécessaire, mais nous ne croyons pas qu'une plus grande privatisation soit une réponse appropriée. »

En juillet 2000, la Table publie un mémoire sur la proposition de politique de reconnaissance de l'Action communautaire : « **le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec** » dont voici un extrait.

« Nous voulons nous assurer d'être financés en reconnaissance de l'ensemble de notre mission parce que c'est elle qui donne un sens à tous nos gestes et à toutes nos actions. La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose vivement à une vision utilitariste du communautaire considérant les organismes communautaires comme une offre de services complémentaires au réseau de la santé. Si de nombreux organismes de par leurs activités collaborent volontiers avec les réseaux locaux ils ne peuvent être considérés comme faisant partie de celui-ci. »

En décembre 2003, la table publie « **Est-ce vraiment la meilleure façon d'améliorer les services à la population ?** » en réponse au **projet de Loi 25 qui transforme les régies en agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux**.

La Table demande le retrait du projet de loi 25 et critique le processus de consultation qu'elle juge biaisé. Par ailleurs l'implantation d'agence et de réseaux locaux de services, a rendu presque impossible l'application de balises nationales négociées par l'ensemble du communautaire avec l'État québécois. La Table dénonce l'usage de la fusion des établissements et ses conséquences quant à une vision utilitariste de l'État envers les organismes communautaires, au manque de vision sociale de la santé et du bien-être, à l'emphase mise sur le curatif au détriment de la promotion de la santé et de la prévention, et à l'expulsion du citoyen des lieux décisionnels obtenus au sein des Régies régionales et des CLSC.

Elle estime que « le projet de loi 25, en fusionnant tout azimut les CLSC et les CHSLD avec les centres hospitaliers, propose un modèle d'organisation essentiellement axé sur le traitement de la maladie. Pour les regroupements provinciaux et leurs membres, c'est un retour en arrière inacceptable ! »

« Au cours des dernières années, la Table des regroupements provinciaux, à l'instar de ses membres et de ses autres partenaires communautaires, a dénoncé, à maintes reprises, la vision utilitariste des groupes communautaires véhiculée dans le discours gouvernemental. Nous avons réagi au Rapport Arpin qui assimilait les organismes communautaires à des entreprises d'économie sociale. Devant la Commission Clair nous avons défendu la spécificité des approches communautaires et l'importance de sauvegarder la capacité des groupes d'agir de manière autonome. Encore aujourd'hui, devant les intentions clairement exprimées à l'article 24 du projet de loi à l'effet que *chacun des réseaux locaux comprendra des organismes communautaires associés à l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités*, nous croyons nécessaire de rappeler la place qu'occupent et le rôle que jouent les groupes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. À force de répéter ce que nous sommes et le sens de notre mission, peut-être réussissons-nous à être compris !!! »

« Les groupes communautaires québécois ont toujours défendu un système québécois de santé et de services sociaux doit reposant sur une vision sociale de la santé et du bien-être, qui dépasse la simple prestation de soins et de services afin d'englober des actions tournées vers les grands déterminants de la santé. »

« Malgré que les groupes communautaires ont toujours défendu les principes fondamentaux sur lesquels reposent notre système public de santé et de services sociaux, ils ont été des plus critiques à l'égard du mode de fonctionnement de ce système, se faisant souvent le porte-parole des utilisatrices et des utilisateurs. Déjà, lors des travaux de la Commission Rochon, le milieu communautaire faisait état des nombreuses " dérives " du système<sup>17</sup>. On y dénonçait notamment :

- La sur-spécialisation ;
- La sur-médicalisation des processus de vie et des problèmes psychosociaux;
- L'hyper-institutionnalisation avec son cortège de dépendance, d'infantilisation;
- La bureaucratisation qui entraîne une déshumanisation et une hiérarchisation des rapports sociaux ;
- Le sexisme des approches et des structures;
- L'homophobie des ressources;
- Le pouvoir des corporations professionnelles face à toutes pratiques alternatives;
- La professionnalisation du savoir;
- La monopolisation du pouvoir;
- L'hégémonisme du monopole étatique qui tente d'engloutir le communautaire et de réduire son rôle à celui d'un simple sous-traitant. »

---

<sup>17</sup> L'R des centres de femmes du Québec et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec; *La réforme Lavoie-Roux-Côté : Entre la vertu et la pratique... Tout un océan d'incertitudes*; Mars 1991

En février 2005, suit le **projet de loi 83** lequel se situe en parfaite continuité avec la Loi 25 et consacre formellement la création des réseaux locaux de services comme la nouvelle pierre d'assise du système. Pour la Table, le projet de loi 83 représente beaucoup plus qu'une simple loi d'harmonisation. Il propose des changements facilitant le transfert des responsabilités et des services vers le privé, le communautaire et vers les entreprises d'économie sociale et il remet en cause le principe du libre consentement des patients pour les échanges d'informations des dossiers des patients<sup>18</sup>. Il revoit aussi les mécanismes de traitement des plaintes et ajoute un nouveau mécanisme d'accréditation pour les résidences privées pour personnes âgées, il remet en cause l'universalité du panier de services, il réaménage les rapports avec les groupes communautaires en ne les considérant plus que comme des producteurs de services et il consacre les limites à la participation citoyenne à l'intérieur du réseau.

### **Extraits du mémoire de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles relativement au projet de loi 83, 200519**

« Nous allons favoriser une approche de concertation dans les milieux qui sera l'aboutissement et le *prolongement naturels de notre expérience de décentralisation de la gestion du système de santé et de services sociaux. Pour tout dire, notre gouvernement entend substituer au discours de la décentralisation, la véritable pratique de la décentralisation.* »<sup>20</sup>

La TRPOCB est heureuse de voir que, contrairement à la Loi 25, le projet de loi 83 ramène la participation des citoyennes et des usagères, les principales intéressées par l'ampleur et la qualité des services offerts, au sein des nouveaux conseils d'administration des CSSS. Mais est-ce suffisant pour leur assurer une véritable implication démocratique ? Pour que cette participation ait un sens, il aurait fallu mettre en place des moyens concrets (exemples : des ressources humaines et matérielles) pour asseoir et favoriser cette participation citoyenne, ce que ne prévoit pas le projet de loi 83.

Concernant la formation des conseils d'administration des agences régionales, la TRPOCB rappelle les nombreuses critiques formulées par le milieu communautaire lors du projet de loi 28 en 2001. Malgré l'absence d'un bilan exhaustif de la participation communautaire aux conseils d'administration des agences, nous constatons quand même, que la diminution du nombre de sièges communautaires de 4 à 1 et la désignation par le ministre de la personne, encore sur la base des compétences de gestion, ont amoindri considérablement l'importance du rôle qui avait été reconnu par la Loi 120 tout en faisant peser un fardeau plus lourd sur les épaules de la personne désignée. Dans certains cas, il s'est même creusé un écart entre la personne représentant le communautaire et son milieu. Pour ces motifs, nous invitons le ministre à revoir les dispositions du projet de loi afin d'assurer une représentation mieux équilibrée des groupes communautaires tout en permettant vraiment au milieu communautaire de désigner ses représentantes.

---

<sup>18</sup> La Table a réitéré son opposition à l'implantation du Dossier santé Québec, à partir de 2008, soit lors de la reprise du dossier par le gouvernement par le projet de loi 70.

<sup>19</sup> Mémoire de la Table, sur le PL-83 février 2005, pages 27 à 31.

<sup>20</sup> Couillard, P. (2003). *Notes du ministre de la Santé et des Services sociaux pour la conférence d'ouverture du Congrès de l'association des CLSC et des CHSLD du Québec*, Québec, 22 mai 2003.

Ainsi, le projet de loi 83, s'il veut responsabiliser davantage la responsabilité individuelle des personnes envers leur santé, ramène à la marge la participation de ces dernières aux prises de décision. Pourtant, comme le note fort pertinemment le Conseil de la santé et du bien-être, « *dans le contexte politique contemporain, il apparaît nécessaire de consolider et d'accroître la participation citoyenne. Certains des enjeux discutés précédemment indiquent que l'on doit favoriser davantage l'engagement des citoyens tant dans la prise de décision concernant les orientations générales et les politiques du système que dans la gestion des différents établissements du système. Une présence accrue des citoyens permettrait d'augmenter la transparence et la réactivité du système et de démocratiser davantage les débats publics en matière de santé et de services sociaux. Elle aiderait à combattre un sentiment d'impuissance et même d'aliénation qui est souvent exprimé dans les débats de la part de groupes de citoyens. Elle pourrait permettre justement une plus grande appropriation du système et, du même coup, une façon de lutter contre la démobilisation des citoyennes et citoyens devant la complexité des enjeux de santé et de bien-être. La participation accrue des citoyennes et des citoyens aiderait à augmenter leur connaissance du système de santé et à faciliter la diffusion de l'information parmi la population. Elle aiderait à accroître la validité de certains principes qui sont devenus particulièrement importants dans le domaine de la santé, notamment celui de la liberté de choix et celui du consentement libre et éclairé avant de recevoir un traitement. [...] Par ailleurs, l'implication civique est présentée par plusieurs auteurs comme un préalable favorisant une plus grande responsabilisation des citoyennes et des citoyens.*<sup>21</sup> »

Enfin, le Conseil ajoute que, dans le secteur de la santé et du bien-être, « *il apparaît que la participation des citoyennes et des citoyens contribue à la qualité de la gestion et à une meilleure planification des services, ces derniers reflétant davantage les besoins, les valeurs et la culture de la collectivité. [...] Ainsi, la participation demeure une des façons de contribuer à la bonne gouvernance du système public de santé et de bien-être et d'en assurer l'intégrité en facilitant son appropriation par les citoyennes et les citoyens.*<sup>22</sup> »

---

<sup>21</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Valeurs fondamentales et enjeux de citoyenneté en matière de santé et de bien-être*, août 2004.

<sup>22</sup> Conseil de la santé et du bien-être, *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, août 2004.

## **Annexe 2 : Loi sur la santé et les services sociaux : section sur les organismes communautaires**

### TITRE II

#### LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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.

1991, c. 42, a. 334.

335. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.

1991, c. 42, a. 335.

336. Une agence peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants:

1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire;

2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

Une agence peut également subventionner un organisme communautaire qui s'occupe, au niveau de la région, de la promotion de la santé et du développement social.

1991, c. 42, a. 336; 2005, c. 32, a. 130.

337. Le ministre peut, conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner:

1° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers de services de santé ou de services sociaux;

2° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie ou de la prévention ou de la promotion de la santé;

3° des organismes communautaires qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes;

4° des regroupements provinciaux d'organismes communautaires.

Le ministre peut également subventionner un organisme communautaire à qui il a confié un mandat d'assistance et d'accompagnement en application du premier alinéa de l'article 76.6, pour l'exercice de ce mandat.

1991, c. 42, a. 337; 2005, c. 32, a. 131.

338. Tout organisme communautaire ou tout regroupement provincial qui reçoit une subvention dans les cas visés aux articles 336 ou 337 doit, dans les trois mois suivant la fin de son année financière, transmettre le rapport de ses activités et son rapport financier à l'autorité de qui il a reçu une subvention.

1991, c. 42, a. 338; 2011, c. 27, a. 6.

338.1. Un organisme communautaire peut, malgré toute disposition inconciliable de la présente loi ou de l'un de ses règlements, offrir dans ses locaux des services d'interruption de grossesse s'il obtient une autorisation du ministre à cet effet.

L'organisme communautaire qui sollicite une telle autorisation doit transmettre sa demande à l'agence afin qu'elle évalue si les besoins de sa région justifient de tels services.

L'agence, après approbation, transmet la demande au ministre qui donne son autorisation, s'il estime que l'intérêt public le justifie.

L'autorisation est valide tant qu'elle n'est pas révoquée.

Les articles 333.4, 333.5, 333.8, 446.1 à 450 et 489 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à un tel organisme communautaire comme étant l'exploitant aux fins de ces articles.

2009, c. 29, a. 9.

### **Annexe 3 : L'évaluation du PSOC par les OCASSS<sup>23</sup>**

#### **Le Programme de soutien aux organismes communautaires**

Le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) soutient la mission globale d'autour de 3 000 organismes locaux et régionaux, recevant leur financement d'agences régionales, et de 140 organismes nationaux, recevant leur financement de la direction nationale. De plus, des centaines de groupes sont en attente d'un premier soutien à la mission globale, et d'autres sont en attente de reconnaissance.

Le fait que le programme soit régionalisé comporte des avantages, au niveau de l'adaptation aux besoins régionaux, mais cela comporte aussi des inconvénients, quant à l'application parfois différente d'une région à l'autre, à la difficulté d'établir des balises applicables à tous les groupes (pas de seuils planchers nationaux, indexation parfois variable – voir autres réponses). Cependant, l'établissement ces dernières années de balises nationales quant à la reddition de comptes (2008), un même modèle de Convention PSOC (2013), l'ouverture du Groupe de travail sur le financement à discuter de l'idée des seuils planchers nationaux (2013), prouvent que la latitude régionale est conciliable avec l'harmonisation nationale, lorsque la volonté politique et les exigences administratives internes (ex. demandes du VGQ) sont au rendez-vous, combiné à la mobilisation des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux (OCASSS).

Le PSOC est perfectible, notamment parce qu'il n'est pas administré comme un véritable « Programme » normé. C'est un fonds dédié, alimenté par les budgets des différents programmes-services<sup>24</sup>. Les OCASSS sont classés dans ces programmes-services et chaque agence répartit le budget reçu du MSSS pour chaque programme-service, une partie pour le réseau et une partie pour les OCASSS. Les montants accordés aux OCASSS sont donc tributaires des priorités du MSSS et de la gestion de ces programmes par les Agences régionales. Suite aux engagements pris par le MSSS dans le cadre du Groupe de travail sur le financement, la Brochure PSOC<sup>25</sup> contient maintenant ceci : « Le MSSS proposera une structure de discussion pour permettre au milieu communautaire de travailler conjointement à la révision et à l'amélioration continue du PSOC. Au cours de ces travaux, le MSSS analysera également les attentes du milieu communautaire quant à un programme dédié PSOC. »

#### **La prépondérance du financement accordé pour le soutien à la mission globale**

Les données du Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS) montrent que le soutien à la mission globale se situe à 83 % en 2011-2012, alors qu'il était à 86 % en 2010-2011. Quant aux « ententes spécifiques » (ne pas confondre avec ententes de service) elles se maintiennent généralement à 12% et les projets ponctuels à 3-4%.

---

<sup>23</sup> Le contenu de cette annexe provient du document d'accompagnement produit par la Table et par la CTROC, en accompagnement au bulletin des notes attribuées au MSSS issue d'une démarche initiée par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA). L'évaluation a été faite à l'été 2014 et la diffusion des bulletins a été réalisée dans le cadre de la Semaine nationale de visibilité de l'action communautaire autonome.

<sup>24</sup> Le MSSS utilise la structure des programmes-services (9) pour transférer des sommes aux agences afin qu'elles s'assurent que des soins sont dispensés, soit : santé publique, services généraux - activités cliniques, perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique.

<sup>25</sup> La brochure de présentation du programme.

De 2010-2011 à 2011-2012, le soutien à la mission globale n'a progressé que de 2,5% (passant de 390 à 400 millions \$, comparativement à des hausses de 17,4% pour les projets ponctuels (de 13 à 21 millions \$) et de 57,7% pour les « ententes spécifiques » (de 52 à 61 millions \$). Cependant, l'intégration des données sur les ententes de service (CSSS/organismes communautaires – non-publiques, malgré que la Loi l'oblige) ferait sans doute baisser la part de prépondérance du financement à la mission globale.

Suite aux engagements pris par le MSSS dans le cadre du Groupe de travail sur le financement, la Brochure PSOC contient maintenant ceci : « La prépondérance du soutien financier à la mission globale sur les trois modes de financement du PSOC doit être maintenue au niveau actuel ou atteindre un niveau supérieur. »

Le MSSS a toujours affirmé vouloir maintenir et augmenter le niveau de la prépondérance au soutien à la mission, mais l'absence de données sur les ententes de service empêche d'avoir une vision juste.

### **L'utilisation des huit critères de l'ACA**

Les critères d'admissibilité du programme sont minimaux, mais c'est par les cadres de références régionaux et par la convention qu'ils se précisent.

Résumé des critères de la Brochure PSOC : être un OSBL et être administré par un CA composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté desservie, que ses activités soient reliées au domaine de la santé et des services; avoir des règlements généraux approuvés en assemblée générale et révisés au besoin; réaliser des activités qui s'inscrivent dans la structure d'accueil du programme.

La Brochure PSOC contient cependant l'esprit des 8 critères, mais dans la définition que les organismes communautaires se donnent d'eux-mêmes :

*« se définissent comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent en vue de favoriser l'amélioration de la qualité du tissu social. Leur intervention se propage bien au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et des besoins de santé de la population. L'action de ces organismes constitue au Québec un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le mouvement est engagé : – dans le travail quotidien contre la pauvreté, la discrimination et en vue de l'amélioration de la qualité du tissu social, par la création de groupes d'entraide, de défense de droits et la mise en place de services adaptés aux besoins des personnes en cause, etc.; – dans l'action sociale et politique visant de profondes transformations des lois, des institutions, du marché, des mentalités, pour contrer l'exclusion et promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes; – dans la création d'espaces démocratiques (démocratisation de nos lieux d'existence et des lieux de pouvoir) et la revitalisation constante de la société civile. Les organismes communautaires se caractérisent par un fonctionnement démocratique, par une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par une approche globale, par une action basée sur l'autonomie des groupes et des individus, par une capacité d'innover, par un enracinement dans la communauté, par une vision « autre » du service et par une conception plus égalitaire des rapports entre les personnes intervenantes et participantes. »*



Certains cadres de références régionaux contiennent les 8 critères, d'autres 6. (Notons que toutes les agences n'ont pas négocié leurs Cadres avec les Troc.) Quant à la convention PSOC 2012-2015, les 8 critères s'y retrouvent, mais dans la section sur les obligations de l'organisme (et pas dans celles du bailleur de fonds). Cependant, 2 critères sont traités à part : « De plus, en cohérence avec la politique gouvernementale L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec [www.mess.gouv.qc.ca/publications/](http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/), l'organisme communautaire est invité à tendre vers ces critères : 1) poursuivre une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale; 2) faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée. »

### **Les communications avec le ministère**

Il existe plusieurs instances de communications et certaines sont des instances consultatives. La plupart ont été mises sur pied à la demande du milieu communautaire, soit en concertation entre la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. Le travail qu'il est possible d'y réaliser est variable, notamment en fonction des enlignements donnés, du niveau politique au niveau administratif, de la présence ou non du personnel politique aux rencontres et de la mobilisation des groupes pour établir un rapport de force.

### **Le groupe de travail MSSS-milieu communautaire sur le financement<sup>26</sup>**

Mis sur pied par la ministre déléguée aux services sociaux, à la demande de la Table et de la CTROC suite à la mobilisation de la campagne Je tiens à ma communauté > je soutiens le communautaire. Il rassemble trois personnes du MSSS (le sous-ministre associé, deux personnes de la Direction des services généraux et des activités communautaires), l'attachée politique de la ministre déléguée et six représentantes et représentants du COCO de la campagne (trois de la Table et trois de la CTROC). Son mandat était de « Trouver des solutions au financement des organismes communautaires en santé et services sociaux ». Les négociations se sont déroulées lors de 8 rencontres (du 01-03 au 11-12-2013); ils ont permis d'obtenir du MSSS des engagements de principes importants<sup>27</sup>, devant baliser un rehaussement financier à venir pour l'ensemble des OCASSS. Suite à l'annonce du 30 octobre, la ministre Hivon confirmait que le financement serait bonifié durant les 3 prochaines années, ce qui, à terme, amenait le budget PSOC à 120 millions de plus qu'aujourd'hui. Face aux demandes d'assurances du COCO, à la dernière rencontre du GT, et le 28-02-2014 (conférence téléphonique sollicitée par la cheffe de cabinet de la ministre) le personnel politique et administratif du MSSS insistaient pour nous rassurer : les sommes annoncées en octobre par la première ministre seraient versées. Le 28-05-2014, lors de la rencontre avec la nouvelle ministre déléguée (Lucie Charlebois), nous apprenions, du même sous-ministre associé qui disait en février que tout était réglé, que le gouvernement péquiste n'avait pas provisionné les sommes, information qui nous renvoyait à la case départ face au budget libéral. Ce manque de transparence de la part des interlocuteurs administratifs du MSSS nuira à la confiance qui régnait auparavant. Lors de l'étude des crédits, la ministre Charlebois a dit qu'elle relancerait les travaux à l'automne 2014 et qu'elle respecterait les engagements pris par le MSSS.

---

<sup>26</sup> Groupe de travail MSSS-milieu communautaire sur la démarche de réflexion et de recherche de solutions sur le financement du PSOC

<sup>27</sup> Ils sont mentionnés dans les diverses questions du Bulletin.

## **Le Comité de suivi de l'application de la convention PSOC**

Mis sur pied à la demande de la Table et de la CTROC lors de la conclusion des travaux sur la convention. Bien qu'imparfaite, celle-ci avait été jugée acceptable, notamment parce qu'un comité suivrait la situation de près. Le CS rassemble deux personnes de la direction du MSSS (services communautaires), trois personnes des agences régionales, trois personnes de la Table et trois de la CTROC. Son mandat est : « de formuler des recommandations conjointes qui (...) doivent avoir pour objectif de soutenir une application harmonisée de la convention de soutien financier, ainsi que le respect de l'ensemble des articles qu'elle contient par tous les interlocuteurs et toutes les organisations concernés(...) Pour se faire, les membres du comité mettront en commun les constats, les problématiques, les analyses et les demandes que formulent les organisations concernées par la convention afin d'en dégager des recommandations conjointes dans le but de régler les problèmes en cours de route et de contribuer à bonifier la convention 2015-2018. Les situations qui ne pourront être acheminées à titre de recommandations conjointes du Comité de suivi de la convention demeureront des constats formulés par le MSSS, les agences ou le milieu communautaire. Ces constats seront consignés aux *comptes rendus des rencontres et les membres du comité pourront utiliser les moyens* actuellement disponibles pour agir, au besoin, sur ces constats. » Les documents relevant de ce comité sont : La Convention de soutien financier 2012-2015 et celle pour 2015-2018, le Guide d'application de la convention (à l'intention des responsables PSOC), le formulaire abrégé 2013-2014 et 2014-2015, et le formulaire long pour l'an 1 de la convention 2015-2018. Les débuts de ce comité ont été fastidieux, le milieu communautaire ayant dû faire appel à la ministre Hivon pour obtenir le mandat qui avait été demandé par les groupes. Des ratés ont aussi eu lieu : par exemple, en décembre 2014, le MSSS a transmis aux groupes un formulaire abrégé qu'il a modifié sans le présenter au communautaire, contrairement à ce qui était prévu. Les modifications apportées auraient amené les groupes à fournir des informations additionnelles à celles convenues, en justifiant leur demande financière en spécifiant l'utilisation selon 5 volets distincts, plutôt que globalement. La Table et la CTROC ont demandé aux groupes d'attendre avant d'envoyer leurs formulaires, ce qui n'est sûrement pas étranger au fait que le MSSS a rapidement transmis aux agences une directive satisfaisante, soit d'utiliser une seule des cases proposées pour démontrer globalement les besoins.

## **Le versement de l'indexation annuelle**

En 2014, les groupes locaux, régionaux et nationaux ont reçu l'indexation annuelle de 0,9%, basée selon l'indice des prix à la consommation (IPC). Les regroupements nationaux ne reçoivent l'indexation annuelle que depuis 2008.

Des dernières années des problèmes d'application subsistaient, puisque certaines agences effectuaient une ponction dans l'enveloppe attitrée à l'indexation (enveloppe reçue du MSSS), afin de l'utiliser différemment qu'en versant la même indexation à tous les groupes. Suite aux engagements pris par le MSSS dans le cadre du Groupe de travail sur le financement, la Brochure PSOC contient maintenant ceci : Les travaux du Groupe de travail sur le financement ont permis d'obtenir les engagements suivants du MSSS : « L'indexation de tous les organismes communautaires, en fonction du taux déterminé par le ministère des Finances pour les organismes communautaires, doit être autorisée par le MSSS et toutes les agences dans le cadre des montants versés en soutien à la mission globale dans le PSOC. Le formulaire abrégé harmonisé de demande de soutien financier 2014-2015 le rappelle et en tient compte. » Auparavant, aucun écrit national ne le garantissait.

L'indexation n'est pas une augmentation, mais un moyen de suivre l'augmentation du coût de la vie. Le MSSS verse aux établissements une indexation basée sur l'augmentation de leurs coûts de système, mais pour les OCASSS il utilise l'IPC, fourni par le ministère des Finances, justifiant la différence en disant que le PSOC entre dans la catégorie « subvention de support ». Le MSSS devrait reconnaître que les OCASSS ont également des coûts de système à assumer (ce que l'IPC ne permet pas de compenser), par exemple pour permettre de payer les augmentations de loyer, l'augmentation de la part d'employeur consécutive aux salaires indexés, les coûts d'assurances qui ne suivent pas la courbe de l'IPC, etc.

### **L'application de seuil planchers acceptable de financement à la mission**

Il n'existe pas de seuil planchers nationaux, malgré les démarches répétées de la Table et de la CTROC dans le cadre des nombreux comités, notamment depuis le comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux (2003-2010). Certains cadres régionaux contiennent des seuils planchers, mais ils sont variables d'une région à l'autre et sont davantage des objectifs, à viser lorsqu'il y a des fonds nouveaux à distribuer, que des seuils planchers appliqués.

Suite aux engagements pris par le MSSS dans le cadre du Groupe de travail sur le financement, la Brochure PSOC contient maintenant ceci : « Une plus grande équité entre les organismes doit être recherchée, favorisée et assurée en mettant en œuvre des conditions structurantes. Pour ce faire, le MSSS s'engage à travailler sur la faisabilité d'établir des seuils plancher nationaux sur la base de la typologie. »

Durant le GT, les discussions sur les bases des calculs et sur les montants ont à peine débuté, mais c'est la première fois que le MSSS ne rejette pas tout simplement l'idée de déterminer des seuils planchers, ni que les 5 typologies (milieu de vie, aide et entraide, sensibilisation et promotion, hébergement et regroupement) servent de base.

### **L'augmentation du soutien à la mission**

Bien que le MSSS verse davantage d'argent chaque année, la hausse ne profite pas à l'ensemble des OCASSS. La croissance de l'enveloppe attribuée aux OCASSS ces dernières années n'est attribuable qu'au versement de l'indexation annuelle et aux injections ciblées selon des priorités ministérielles. Ce dernier élément a causé des iniquités dans le financement de l'ensemble des OCASSS, puisque seuls ceux qui ont fait partie des priorités gouvernementales ont obtenu des sommes additionnelles. Lorsque des sommes sont injectées suite à des priorités ministérielles (ex. troubles de comportement, jeunes en difficulté, violence, itinérance, etc.), les agences utilisent une partie des sommes pour le réseau et une partie peut aller aux groupes communautaires travaillant sur la problématique concernée. Il faut alors se battre pour que les sommes soient versées aux groupes, et en soutien à la mission globale et qu'elles soient récurrentes.) Ces iniquités se constatent par les variations du % d'augmentation selon la problématique abordée. Entre 2006 et 2012, l'augmentation de la subvention moyenne des OCASSS a varié de 1,3% à 14%; des thématiques sont systématiquement négligées, faisant en sorte la subvention moyenne de 46% des OCASSS a augmenté de moins de 4%, en 6 ans.

La subvention médiane annuelle pour la mission de 90% des OCASSS se situe entre 50 000\$ et 95 000\$ - ce qui est nettement insuffisant pour assurer un fonctionnement de base, considérant que les ressources d'hébergement 24-7 sont intégrées dans ces calculs.

La différence entre les montants justifiés par les OCASSS, lorsqu'ils déposent leurs formulaires, et les montants reçus, montre un manque à gagner annuel de 225 millions de dollars – montant qui est donc documenté à même les dossiers du MSSS.

Suite aux engagements pris par le MSSS dans le cadre du Groupe de travail sur le financement, la Brochure PSOC contient maintenant ceci : « La prépondérance du soutien financier à la mission globale sur les trois modes de financement du PSOC doit être maintenue au niveau actuel ou atteindre un niveau supérieur. Le MSSS veillera à ce que le rehaussement en soutien à la mission globale du financement des organismes communautaires ne passe pas uniquement par les crédits additionnels liés aux priorités ministérielles. Aussi, le MSSS transmettra des orientations nationales pour assurer une bonne compréhension de toutes les agences et leur fournir des repères lorsque des sommes additionnelles seront consenties aux régions dans le cadre de priorités ministérielles. »

Selon le budget 2014-2015, l'enveloppe pour les organismes locaux et régionaux sera été haussée de 2,8%, soit moins que la moyenne accordée depuis 2011. Bon an, mal an, ce montant ne représente que 1,5% de l'ensemble du budget du MSSS.

Suite aux élections de 2014, le gouvernement a choisi de ne pas dégager les sommes qui auraient été nécessaires pour rehausser le financement des OCASSS, ni en fonction de leurs demandes, ni même en fonction de l'engagement pris par le gouvernement précédent.

### **Le calendrier des versements**

Le calendrier des 4 versements est respecté, tant nationalement que par les agences, soit : avril, juillet, octobre et janvier. Les versements sont cependant complexes à expliquer : avril et juillet sont identiques (chacun pour 25 % du soutien accordé l'année précédente), et octobre et janvier sont identiques, mais différents des 2 premiers, car ils sont basés sur le montant pour l'année en cours, incluant l'indexation, et l'augmentation s'il y a lieu (chacun pour 25%).

#### **Annexe 4 : Liste des membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles**

1. À cœur d'homme - Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
2. Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS)
3. Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale
4. Association canadienne pour la santé mentale Division du Québec (ACSM)
5. Association des centres d'écoute téléphonique du Québec (ACETDQ)
6. Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
7. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
8. Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA)
9. Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID)
10. Banques alimentaires Québec
11. Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA)
12. Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)
13. Fédération de ressources d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté du Québec (FRHFVDQ)
14. Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (FAFMRQ)
15. Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ)
16. Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
17. Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
18. Fédération québécoise Nourri-Source (FQNS)
19. Grands Frères, Grandes Sœurs du Québec
20. L'Amitié n'a pas d'âge
21. L'R des Centres de femmes du Québec (L' R)
22. Premiers Pas Québec
23. Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ)
24. Regroupement des associations de parents PANDA du Québec
25. Regroupement des associations de personnes traumatisées cranio-cérébrales du Québec (RAPTCCQ)
26. Regroupement des auberges du cœur du Québec (RACQ)
27. Regroupement des cuisines collectives du Québec (RCCQ)
28. Regroupement des maisons de jeunes du Québec (RMJQ)
29. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC)
30. Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ)
31. Regroupement des organismes communautaires pour le Travail de rue
32. Regroupement des organismes de justice alternative du Québec (ROJAQ)
33. Regroupement des organismes Espace du Québec (ROEQ)
34. Regroupement des Popotes roulantes
35. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)
36. Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)
37. Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RCALACS)
38. Regroupement québécois du parrainage civique (RQPC)
39. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

## **Annexe 5 : Rappel des recommandations de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles**

Recommandation 1 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles demande qu'un bilan complet des réformes précédentes soit fait, et qu'une véritable consultation soit effectuée, et ce, dans un contexte qui ne mettrait pas de pression indue sur la population ou sur les instances impliquées.

Recommandation 2 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à l'orientation générale du projet de loi 10, soit la fusion des établissements actuels au sein de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) régionaux et suprarégionaux, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 3 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à la concentration d'autant de pouvoirs dans les mains du ministre, au détriment du pouvoir des communautés, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 4 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose au contournement des règles entourant le processus de décision réglementaire, précisé à l'article 161, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 5 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose aux reculs démocratiques qui résulteraient de la composition des conseils d'administration qui prioriseraient la contribution de gestionnaires au détriment de la contribution et de l'expertise citoyenne et d'expérience-terrain, particulièrement en matière de services sociaux, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 6 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à ce que des conseils d'administration d'organismes publics ne disposent pas des pouvoirs qui correspondent aux responsabilités d'un CA, et dont les postes exécutifs seraient principalement occupés par des gestionnaires, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 7 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose à l'accroissement de la privatisation et de la sous-traitance des services publics, énoncé aux articles 38 et 59, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 8 : La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles s'oppose aux modifications qui pourraient réduire l'autonomie des OCASSS, notamment en les assimilant aux programmes-services du réseau et en accroissant les ententes de services, de même qu'aux modifications qui nuiraient à l'équilibre entre l'application d'orientations nationales harmonisées et leur adaptation régionale, ainsi qu'à toute proposition qui irait dans ce sens.

Recommandation 9 : En conséquence, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles rejette le projet de loi no 10, ainsi que toute proposition qui irait dans ce sens.