



Regroupement des  
Ressources Alternatives  
en Santé Mentale  
Du Québec Inc.

# LA RÉFORME LAVOIE-ROUX-CÔTÉ ENTRE LA VERTU ET LA PRATIQUE... TOUT UN OCÉAN D'INCERTITUDES

*Document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux*

*Produit par :*

**L'R des centres de femmes du Québec  
Le Regroupement des ressources alternatives  
en santé mentale du Québec**

Mars 1991



*Rédaction :*

Françoise David

*Collaboration :*

Lorraine Guay  
Lise Lamontagne

*Sous la direction de :*

Jocelyne Lamoureux, professeure à  
l'Université du Québec à Montréal



## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	2
1. Le mouvement communautaire et les consultations publiques : de la suite dans les idées.....	4
2. Si on regardait la conjoncture?.....	8
3. La réforme Côté et le projet de loi 120.....	10
3.1 Pour le citoyen consommateur.....	10
3.2 Pour le citoyen décideur.....	11
3.3 Pour le citoyen payeur.....	15
4. Quelques éléments d'analyse sur la réforme et le projet de loi 120.....	17
4.1 La politique de santé et bien-être après la réforme... ou la charrue avant les boeufs.....	17
4.2 Les objectifs de la réforme ou pourquoi tout est axé sur le citoyen.....	19
4.3 Les femmes... ces grandes absentes de la réforme.....	22
4.4 La démocratisation : un pas dans la bonne direction, mais.....	23
4.5 La régionalisation... entre la vertu et la pratique : tout un océan d'incertitudes.....	26
4.6 Une réforme axée sur la réduction des coûts du système.....	28
5. La signification du projet de loi pour les organismes communautaires.....	32
5.1 L'approche-programme... ou tout nouveau tout beau sur papier!.....	33
5.2 Les plans régionaux d'organisation de services (PROS)... ou le partenariat obligatoire.....	36
5.3 Le financement... ou pour une poignée de dollars de plus.....	38
6. En conclusion : l'unité du communautaire est sa plus grande force.....	41



## INTRODUCTION

Le *Livre blanc*, intitulé "*Une réforme axée sur le citoyen*" et le *projet de loi 120* ont été déposés en décembre 90; la loi sera vraisemblablement adoptée avant l'été 91. Le nouveau ministre, Monsieur Marc-Yvan Côté entend mener à bien et rapidement l'énorme réforme des services sociaux et de santé.

Notre document tentera de résumer les éléments essentiels du *Livre blanc* et du *projet de loi 120*. Puis il analysera certains aspects de la réforme en rapport avec les droits et besoins des citoyens et citoyennes du Québec. Par ailleurs notre document s'attardera de façon plus particulière à analyser la réforme du point de vue qui est le nôtre i.e. du point de vue du communautaire :

- qu'est-ce que le législateur a retenu de l'ensemble des revendications présentées par les groupes communautaires lors des diverses consultations publiques?
- qu'est-ce que les organismes communautaires ont réellement gagné avec la nouvelle loi?
- que dit la réforme sur l'appartenance à une communauté, sur le rôle de la communauté face au réseau public?
- qu'en est-il de la démocratisation du système?
- que penser du style de régionalisation proposé?
- en quoi des acquis aussi précieux que la gratuité, l'accessibilité, l'universalité sont-ils touchés par cette réforme?
- comment nous positionner face à la complémentarité imposée par la réforme entre le réseau public et les organismes communautaires à travers un mode de gestion inscrit dans la loi et qui a nom : programme-cadre, plan d'organisation de services, financement par services, informatisation?

Nous tenterons aussi de dégager des pistes stratégiques qui pourront, nous l'espérons, être utiles aux groupes préoccupés de "faire face à la musique..."

Le présent document, à l'image du précédent<sup>1</sup> est publié par l'R des centres de femmes du Québec et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. La rédaction en a été confiée à un comité de travail sous la direction de Madame Jocelyne Lamoureux, professeure à l'Université du Québec à Montréal.

L'intérêt de cette publication commune réside dans le fait que nos deux regroupements sont placés dans des situations différentes par rapport à la régionalisation, aux programmes-cadres et aux plans d'organisation de services. En effet, l'R des centres de femmes a nettement marqué son opposition à ces orientations alors que le R.R.A.S.M.Q. les expérimente depuis deux ans et procède à l'heure actuelle à un bilan rigoureux de son expérience.

Mais à travers ces positionnements différents, nous partageons la même analyse des enjeux politiques de la réforme des services de santé et des services sociaux.

Nous remercions le "*Comité de renforcement de la communauté*" pour son appui financier et moral. Ce comité est, en fait, une table de travail, réunissant des représentants-tes de Santé, Bien-Etre Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), de l'Association pour la santé publique du Québec et de quelques organismes communautaires. Le comité de renforcement de la communauté, auquel participent nos organismes, soutient des projets communautaires, comme la présente analyse, qui s'avèrent utiles et pertinents dans la conjoncture actuelle.

Suite à la parution de ce document, des personnes-ressources seront disponibles pour animer des journées de formation sur la régionalisation dans toutes les régions du Québec. À un moment où le mouvement communautaire se voit confronté à des défis majeurs, notre plus grand souhait est de contribuer, modestement il va sans dire, à la réalisation de la plus grande unité possible de pensée et d'action des multiples acteurs qui composent le mouvement communautaire. Car son avenir en dépend.

---

<sup>1</sup> *L'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux*, Impact sur le mouvement communautaire, Document de travail de l'R des centres de femmes du Québec et du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, novembre 1989.

## 1. LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE ET LES CONSULTATIONS PUBLIQUES : ... DE LA SUITE DANS LES IDÉES.

Le *projet de loi 120* constitue l'aboutissement d'un long processus de réflexion sur notre système de santé québécois. En effet, beaucoup d'études ont été effectuées au cours des dix dernières années. Par exemple : le rapport Harnois sur la santé mentale, le rapport Harvey sur la Direction de la protection de la jeunesse, mais surtout le rapport Rochon.

La commission Rochon a été mise sur pied en juin 1985. Elle avait comme mandat l'étude de l'ensemble du système de services sociaux et de santé. Plus de 800 mémoires ont été présentés par des groupes, associations ou institutions.

Les organismes communautaires ont été très présents dans cette consultation. Ils ont mis le doigt sur d'importants irritants au sein du réseau public. Par exemple :

- surspécialisation, surmédicalisation, hyperinstitutionnalisation... des problèmes médicaux et sociaux;
- sexisme des approches et des structures;
- absence de perspectives globales et collectives;
- bureaucratisation, déshumanisation des rapports entre professionnels-les et "clients-tes";
- impérialisme des corporations professionnelles face aux pratiques alternatives;
- mépris du communautaire, sous-traitance.

De plus, au-delà des intérêts propres à chacun d'entre eux, ils ont formulé trois grandes revendications :

- un financement étatique adéquat dans le respect de l'autonomie du communautaire;
- la reconnaissance que le champ du social ne se limite pas aux services sociaux publics mais comprend également l'action sociale générée par le communautaire et l'élaboration de véritables politiques sociales;

- la reconnaissance d'un partenariat égalitaire et non la complémentarité obligée avec le réseau.

En avril 89, Madame Thérèse Lavoie-Roux, alors ministre de la santé et des services sociaux, dépose un document d'orientation intitulé *"Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec"*. Le document reprend certaines des lacunes identifiées par la commission Rochon :

- des modes d'intervention mal adaptés aux nouveaux problèmes de la population;
- des inégalités liées aux catégories socio-économiques, au sexe, au territoire;
- des obstacles géographiques, linguistiques, culturels, à l'accessibilité des services;
- des services morcelés, discontinus, impersonnels;
- un personnel démotivé;
- un partage confus des responsabilités à l'intérieur du réseau et entre le réseau et le milieu.

Par la suite, c'est-à-dire en juin 89, Madame Lavoie-Roux dépose un avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux. Des élections provinciales ont lieu le 25 septembre 1989 et Monsieur Marc-Yvan Côté devient ministre de la Santé et des Services sociaux. À son tour, il identifie les lacunes du système :

- accent trop important placé sur l'institutionnel, le curatif et la technologie;
- questionnement par rapport à la rémunération à l'acte et à la budgétisation des établissements qui incitent à une production plus grande de services et au développement de services de plus en plus sophistiqués;
- remise en cause de la centralisation, de la bureaucratisation, de la rigidité du réseau;
- manque de contrôle sur les fonds publics;
- duplication des services;

- manque de complémentarité des établissements du réseau.

Une très longue commission parlementaire a lieu à l'hiver 90. Les organismes communautaires et bénévoles s'y présentent en grand nombre et y défendent des positions passablement concordantes.

Ils mettent le ministère de la Santé et des Services sociaux en garde contre l'embrigadement du communautaire dans des programmes car cela pourrait signifier la fin d'un communautaire vraiment alternatif. Ils réclament la reconnaissance de leur autonomie et le maintien du financement de leurs regroupements provinciaux. Les groupes de femmes signalent que les problèmes particuliers aux femmes sont singulièrement absents de la réforme. De façon générale, on accueille avec satisfaction l'idée d'un système centré sur la personne, avec une restriction importante: il faut éviter à tout prix de rendre les individus seuls responsables de leur santé et de leur bien-être. Ce serait faire fi de leurs conditions de vie, de leur milieu socio-économique, de leur culture, de leur situation géographique, et de notre responsabilité sociale face aux problèmes individuels.

Les organismes communautaires émettent aussi des réserves sérieuses face au processus de régionalisation. On est loin, selon eux, d'une véritable démocratisation du système de santé. On craint l'inéquité entre les régions. Plusieurs groupes vont jusqu'à rejeter la régionalisation et réclament que leur financement continue de venir de Québec.

Tout au long de ces processus consultatifs, le mouvement communautaire a su faire preuve d'une remarquable constance dans ses revendications. Notre analyse de la réforme Côté et du *projet de loi 120* se situe d'emblée dans ce sillage.

Nous avons ainsi conclu notre analyse de l'avant-projet de loi de Madame Thérèse Lavoie-Roux :

SOUS PRÉTEXTE DE FINANCEMENT, ET MALGRÉ LE DISCOURS APPUYANT L'AUTONOMIE DU MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE, ON PEUT DÉCELER DANS CET AVANT-PROJET DE LOI, UNE NETTE VOLONTÉ DE CONTROLER, D'ENCADRER, DE MODELER LE COMMUNAUTAIRE ET DE L'INTÉGRER À LA DYNAMIQUE DU RÉSEAU PUBLIC.

LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE EST EN DROIT DE SE DEMANDER SI C'EST CE TYPE DE PARTENARIAT QU'IL SOUHAITE, "TRICOTÉ SERRÉ" DANS LES MAILLES DU RÉSEAU, OU SI LE RESPECT DE SON IDENTITÉ FONDAMENTALE N'EXIGE PAS PLUTOT LA NÉGOCIATION DE PLUS GRANDS ESPACES DE LIBERTÉ?

## 2. SI ON REGARDAIT LA CONJONCTURE?

Au-delà des événements qui jalonnent notre vie collective, il faut tenter de saisir l'émergence de nouveaux courants de pensée ou de remises en question qui viennent modifier notre façon de voir les choses. Ainsi, au Québec, les années 80 ont été marquées par une recherche de rapports différents entre les individus, les groupes, les institutions et l'État. Certains ont dénoncé ce qu'ils appelaient l'État-Providence; d'autres, dont nous sommes, ont plutôt remis en cause l'hégémonie de l'État sur toutes les initiatives locales et régionales.

Comment en arriver à un système social où l'État est garant de la justice et de l'équité entre les individus, les communautés, les régions... mais où, justement ces composantes de la société québécoise détiennent le pouvoir d'agir dans leur milieu et à leur façon?

Ainsi, pendant que l'échec du lac Meech, la crise autochtone, la commission Bélanger-Campeau, nous interpellent sur l'avenir du Québec, nous nous cherchons un projet de société. Pendant que l'appauvrissement des uns-es cotoie la richesse des autres, que les campagnes se dépeuplent et que le taux de chômage monte, nos organismes, toujours dynamiques et sous-financés, se préparent à affronter l'un des plus formidables défis de leur histoire : CÉLUI DE FAIRE RECONNAÎTRE À LA FOIS LEUR UTILITÉ SOCIALE ET LEUR AUTONOMIE D'ORIENTATION ET D'ORGANISATION.

Nous travaillons dans un contexte politique particulier où l'État québécois oscille, au sein d'une orientation essentiellement néo-libérale, entre des politiques de droite carrément réactionnaires (par exemple la loi 37 sur l'aide sociale) et d'autres nettement plus "centristes" qui cherchent en quelque sorte à neutraliser quelque peu les effets pervers des premières. Les Québécois-es sont eux-mêmes tiraillés-es entre les valeurs issues des années 80 et plutôt axées sur l'individualisme et l'entrepreneurship et un retour à des projets plus communautaires. Dans tout cela, des rapports se redéfinissent : hommes-femmes, pouvoir régional-pouvoir central, Québec-Canada...

Nous nous sentons à la croisée des chemins. Notre engagement dans des organismes communautaires témoigne de notre attachement viscéral à des valeurs telles que l'égalité entre les personnes, le respect des différences, la tolérance, l'autonomie des individus-es dans leurs choix de vie, l'importance de la vie communautaire, etc... Comment réaliser tout cela en période de récession et de réajustement du rôle de l'État?

C'est dans cette conjoncture mouvante que nous sommes appelés à prendre position sur le *projet de loi 120*. L'entreprise n'est pas facile. La loi 37 sur l'aide sociale avait provoqué l'ire et le tollé général de tous les acteurs de la société québécoise, à la seule exception du Conseil du patronat. Secteur public, corporations professionnelles, représentants des milieux d'Église, groupes communautaires, tous avaient dénoncé le caractère profondément répressif et anti-social de cette loi.

La réforme de la santé et des services sociaux provoque au contraire des réactions mitigées. Aucun rejet en bloc, quelques adhésions certaines (on pense aux C.L.S.C. par exemple), des réactions très vives face à certains aspects du *Livre blanc* (les regroupements de personnes âgées sur l'impôt-service). Sauf chez les médecins spécialistes qui encore une fois sont montés aux barricades pour protéger leurs intérêts corporatistes, on fait preuve en général de beaucoup de prudence et de modération dans l'appréciation de cette réforme menée, dit-on, de "main de maître" par la tendance la plus centriste du gouvernement Bourassa.

### 3. LA RÉFORME COTÉ ET LE PROJET DE LOI 120

Selon le ministre, la réforme des services sociaux et de santé doit relever trois défis :

- "- assurer un développement qui corrige les lacunes actuelles des services à la population et qui permette de répondre aux besoins de demain;
- assurer un fonctionnement qui rende le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être;
- assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité."

(Livre blanc, pp. 9-10)

Le ministre convie donc le réseau et la population à des changements dans les structures, les approches, l'organisation et le financement du système de services.

Au coeur de la réforme, on retrouve le citoyen (rarement la citoyenne) qui consomme et paie pour des services. Ce citoyen doit donc aussi avoir un pouvoir de décision. Voyons comment tout cela se concrétise. Nous ne pouvons, bien sûr, décrire toute la réforme Côté que nous vous invitons à lire. Nous reprendrons les éléments qui nous paraissent politiquement majeurs ou qui viendront influencer ou modifier le travail des organismes communautaires.

#### 3.1 Pour le citoyen consommateur...

##### 3.1.1 Des droits reconnus et respectés.

Le projet de loi prévoit non moins de 48 articles qui traitent des *droits de l'utilisateur* (chapitre 1). Accès au dossier, consentement aux soins, confidentialité, recours... beaucoup de dispositions indiquant l'importance accordée par le ministère aux droits des usagers-ères et reflétant les nombreuses luttes menées par des comités de bénéficiaires et des organismes de défense de droits dans le domaine socio-sanitaire.

### 3.1.2 *Des modifications dans l'organisation des services.*

Par ailleurs, des changements sont prévus quant aux missions des établissements. On veut consolider le C.L.S.C. comme établissement public de première ligne ce qui implique, entre autres : allonger les heures d'ouverture, développer les services médicaux et sociaux courants, inciter les usagers à se rendre au C.L.S.C. plutôt qu'à l'hôpital. Ce dernier objectif amène l'instauration d'un ticket orientateur de 5.00 dollars pour toute visite effectuée à l'urgence d'un hôpital sans raison jugée valable ou sans référence d'un C.L.S.C. ou d'un cabinet privé de médecin.

### 3.1.3 *Des mesures pour améliorer l'accès aux services.*

D'autres mesures sont imaginées pour mieux répondre aux besoins du citoyen consommateur: les médecins sont invités fortement à collaborer avec le réseau public, surtout les C.L.S.C. et les services de maintien à domicile, on prévoit une commission parlementaire sur les thérapies alternatives, on veut adapter les services à des groupes présentant des besoins particuliers, valoriser le personnel oeuvrant au sein du réseau, améliorer la répartition géographique des médecins, etc...

## 3.2 Pour le citoyen décideur

Le ministre préconise une prise de décision la plus près possible de l'action.

### 3.2.1 *Les pouvoirs du ministère.*

Le *ministère* redéfinit sa mission autour des fonctions suivantes: déterminer les orientations et objectifs du secteur de la santé et des services sociaux, élaborer les politiques et les programmes, s'assurer de leur mise en application, évaluer leur efficacité, répartir équitablement les ressources entre les régions.

### 3.2.2 *Les pouvoirs des régies régionales.*

Par ailleurs, les C.R.S.S.S. sont remplacés par des *régies régionales* qui ont principalement pour objet "d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et des services

sociaux élaborés par le ministre" (art. 260). La régie doit aussi assurer la participation de la population à la gestion du réseau, établir des priorités régionales de santé, bien-être, élaborer des plans d'organisation de services, allouer les budgets aux établissements et les subventions aux organismes communautaires, coordonner le travail des établissements, des cabinets privés de professionnels, des organismes communautaires... La gestion du programme de santé publique sera aussi confiée aux régies régionales.

La régie régionale sera dirigée par un conseil d'administration élu pour 3 ans par une assemblée régionale. Celle-ci comprendra un maximum de 150 personnes et sera composée de la façon suivante :

- 20% des sièges aux élus-es municipaux ou de M.R.C.;
- 20% aux secteurs socio-économiques;
- 40% aux représentants-tes de la population et des usagers-ères membres des C.A. d'établissements;
- 20% aux représentants-tes de la population et des usagers-ères, membres des C.A. d'organismes communautaires.

(art. 329)

L'assemblée régionale devra aussi approuver les priorités régionales et le rapport annuel de la régie. Le C.A. de la régie sera composé de la façon suivante :

- vingt membres élus par l'assemblée régionale selon la même proportion des groupes représentés à l'assemblée régionale;
- un directeur général nommé par le conseil d'administration de la régie.

(art. 306)

### 3.2.3 *Le fonctionnement des établissements du réseau.*

Enfin, "pour favoriser la complémentarité et la concertation entre les établissements publics et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources d'encadrement" (*Livre blanc*, p. 69) le ministre constitue

des conseils d'administration unifiés regroupant plus d'un établissement dans les cas suivants :

- un C.A. par *territoire de M.R.C.* pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui ont moins de 50 lits;
- un C.A. par *région* pour les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (les anciens centres de services sociaux), les centres de réadaptation pour jeunes et pour jeunes mères;
- un C.A. par *région* pour chacune des catégories suivantes : centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, centres de réadaptation pour personnes toxicomanes, centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique.

Les C.L.S.C., les hôpitaux et les centres d'hébergement longue durée ayant plus de 50 lits conservent chacun un C.A. par établissement.

Il est à noter que tous ces conseils d'administration seront composés majoritairement de citoyens-ennes. En effet, l'assemblée annuelle de l'établissement élira 4 représentants-tes de la population (5 dans le cas des C.L.S.C.) et deux représentants-es seront désigné-es par le ou les comités d'usagers-usagères. Le personnel aura aussi trois représentants-tes, ce qui n'était pas le cas dans l'avant-projet de loi. Les réunions des C.A. seront généralement publiques et une période de questions devra être prévue.

### 3.2.4 *Les organismes communautaires.*

Enfin, c'est dans le chapitre consacré au citoyen décideur que le ministre indique comment il entend reconnaître l'apport des organismes communautaires (*Livre blanc*, p. 59 à 62).

D'abord, on précise leur statut dans la loi. Celle-ci définit un organisme communautaire comme "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 de clients de l'organisme ou de membres de la communauté" (art. 254).

L'article 255 ajoute : "un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches".

Par ailleurs, l'article 256 définit quels types d'organismes communautaires pourront être subventionnés par la régie. Ce seront ceux qui offrent des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire inscrits dans un plan régional d'organisation de services, et ceux qui exercent des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et intérêts de leurs clients ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

Le ministre, quant à lui, continuera de subventionner les regroupements provinciaux d'organismes communautaires (art. 257). Il subventionnera aussi des organismes qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de défense de droits, de développement social, de l'amélioration des conditions de vie, de promotion de la santé ou de réponse à des besoins nouveaux.

Enfin, le ministre exige, à l'article 258, que les organismes communautaires tiennent chaque année une séance publique d'information pour leur clientèle et les usagers des services de santé ou de services sociaux qu'ils ont desservis. Ils doivent alors présenter un rapport d'activités et un rapport financier. Ces rapports doivent aussi être transmis à l'autorité de qui ils ont reçu une subvention.

Dans le *Livre blanc*, le ministre est plus explicite sur les mesures visant au soutien des organismes communautaires et à leur participation aux décisions et à la concertation :

- les régies régionales doivent faire une place aux organismes communautaires au sein des structures consultatives de planification et d'organisation des services;
- les organismes participeront à certains comités ministériels et à des mécanismes provinciaux de concertation;
- un soutien financier à la participation des organismes à ces instances sera prévu;
- la gestion directe du programme de soutien aux organismes communautaires demeurera au ministère au moins jusqu'en avril 1992;
- le niveau global actuel de financement des organismes communautaires est garanti pour cinq ans par le ministre

ou jusqu'à l'approbation d'un plan régional d'organisation de services;

- les ententes de services à incidence financière entre les établissements et les organismes communautaires sont interdites;
- les organismes communautaires recevront 8 millions de dollars de plus par année durant cinq ans, dans le cadre d'une allocation budgétaire par programme;
- les personnes qui apportent une contribution financière à des organismes communautaires pourraient recevoir une déduction fiscale plus importante que leur contribution (proposition du M.S.S.S. au ministre des Finances).

Et, finalement, le ministre entend développer, en concertation avec les regroupements d'organismes communautaires, une grille d'évaluation qui sera basée sur les différents types d'organismes communautaires et le niveau de financement reçu. (*Libre blanc*, p. 62)

### 3.2.5 Les ressources intermédiaires.

Le *Libre blanc* définit le statut des ressources intermédiaires et leurs rapports avec les établissements du réseau : on indique ainsi que ce sont des ressources *développées, contrôlées et financées* par le réseau. On confie aux régies régionales le soin de déterminer les critères d'accréditation de ces ressources, les modalités d'accès et les établissements pouvant les utiliser dans le cadre des plans régionaux de services.

## 3.3 Pour le citoyen payeur.

À ce chapitre, le ministre signale que si le Québec contrôle fort bien ses coûts de santé, la part des dépenses reliées à la santé s'accroît plus rapidement que les autres dépenses gouvernementales. Le citoyen consommateur demande des services qui répondent à l'ensemble de ses besoins mais refuserait de payer davantage, directement ou indirectement.

Le ministre entend donc adopter un certain nombre de mesures, dont:

- recentrer le réseau sur des objectifs de résultats;
- revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés;
- freiner la multiplication des services. C'est là qu'on songe à l'instauration d'une "carte-santé" qui permettrait d'inscrire en mémoire des renseignements sur l'état de santé de l'usager-ère, les services qu'il-elle utilise ou ceux dont il-elle a besoin;
- instaurer un impôt-services sur les programmes complémentaires d'assurance-médicaments, de services dentaires, de services optométriques et de services d'orthèse et de prothèse.

*(Livre blanc, p. 75-89)*



#### 4. QUELQUES ÉLÉMENTS D'ANALYSE SUR LA RÉFORME ET LE PROJET DE LOI 120

Les considérations qui suivent n'ont pas la prétention de constituer une analyse exhaustive de la réforme. Par exemple, nous n'aborderons pas les questions reliées à la gestion des établissements. Nous nous attacherons aux points qui touchent la population et/ou les organismes communautaires. Ces points sont les suivants :

4.1 LA POLITIQUE DE SANTÉ ET BIEN-ETRE APRES LA RÉFORME... OU LA CHARRUE AVANT LES BOEUF!

4.2 LES OBJECTIFS DE LA RÉFORME... OU POURQUOI TOUT EST AXÉ SUR LE CITOYEN?

4.3 LES FEMMES... CES GRANDES ABSENTES DE LA RÉFORME.

4.4 LA DÉMOCRATISATION... UN PAS DANS LA BONNE DIRECTION MAIS?

4.5 LA RÉGIONALISATION... ENTRE LA VERTU ET LA PRATIQUE, TOUT UN OCÉAN D'INCERTITUDES!

4.6 UNE RÉFORME AXÉE SUR LA RÉDUCTION DES COUTS DU SYSTEME.

\* \* \* \* \*

##### **4.1 La politique de santé et bien-être après la réforme... ou la charrue avant les boeufs!**

Une réforme structurelle comme celle que nous propose le *projet de loi 120* est certes importante. Elle vient préciser le rôle des institutions et des organismes communautaires et bénévoles. Elle clarifie le système de pouvoirs, les droits des citoyens-nes, les attributions des corporations, etc. Cependant, elle révèle fort peu de choses sur les *objectifs* globaux de santé et de bien-être du gouvernement québécois. Ces objectifs seront explicités dans la politique que Marc-Yvan Côté doit déposer au printemps. Il est donc pour le moins surprenant de voir apparaître dans le *Livre blanc* une série de priorités (problématiques "nouvelles" ou

groupes spécifiques)<sup>2</sup> sorties de nulle part, sans la moindre explication. Pourquoi ces groupes, pourquoi pas d'autres (les femmes, par exemple?).

De plus, on n'explique pas comment et pourquoi on est passé des priorités de Madame Lavoie-Roux à celles de Monsieur Côté. En effet :

*entre*

- les personnes limitées dans leurs activités à cause d'une déficience, d'une incapacité;
- les personnes victimes de violence;
- les itinérants;

*et*

- les personnes âgées;
- les jeunes en difficultés;
- les personnes handicapées;
- les personnes alcooliques et toxicomanes;
- les nations autochtones;
- la communauté anglophone;
- les communautés culturelles;

il y a un léger "déplacement" de priorités que le *Livre blanc* n'explique pas. Il nous est donc impossible de porter un jugement éclairé sur ces choix gouvernementaux sans connaître toute la politique de santé et de bien-être.

Par ailleurs, la façon dont ces problématiques sont abordées nous questionne sérieusement. D'autant plus que le premier article du *projet de loi 120* insiste sur la responsabilité (en fait... la responsabilisation) des individus à l'égard de leur santé et bien-être.

Cette façon de voir la réalité sociale laisse présager que la politique de santé bien-être sera très loin d'une analyse politique des problèmes sociaux.

---

<sup>2</sup> *Livre blanc*. Voir l'objectif : adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers (p. 23 à 34).

## 4.2 Les objectifs de la réforme... ou pourquoi tout est axé sur le citoyen.

### 4.2.1 *La personne... toute seule au centre du système.*

Certes, la réforme proposée par Monsieur Côté suggère de déplacer le centre de gravité du système, axé actuellement sur un réseau d'établissements et sur les producteurs de services, et de le recentrer sur sa vraie raison d'être : le citoyen (... et la citoyenne par extension semble-t-il!!!). On ne peut qu'être d'accord. Cette orientation vient répondre à nombre de critiques formulées, entre autres par le mouvement communautaire, lors des travaux de la Commission Rochon.

Mais là où le bât blesse c'est qu'il s'agit d'un citoyen désincarné, qu'on n'appréhende pas dans son contexte économique, politique, social, culturel. Un peu comme si le citoyen consommateur, décideur, payeur était un être différent du citoyen pauvre, chômeur ou assisté social; de la citoyenne monoparentale; du citoyen-travailleur à faible revenu; du citoyen-locataire dont le prix de l'appartement dépasse largement le quart de son revenu; de la citoyenne isolée en région éloignée; ou de celle qui, âgée, malade et pauvre, se sent inutile et abandonnée, etc...

Là où le bât blesse également c'est qu'il s'agit d'un citoyen isolé qu'on appelle à se responsabiliser personnellement, à devenir "le chien de garde" des abus de ce système (dont il abuserait lui-même d'ailleurs). Car :

"Pour les instances gouvernementales, les solutions mettent en cause à la fois les attentes trop élevées des citoyens à l'endroit de l'État et du réseau... (...)"

(Livre blanc, p. 11)

Veut-on réellement rendre le-la citoyen-ne autonome, libre, capable de s'auto-déterminer? Ou bien cherche-t-on plutôt, dans une société qui encourage l'individualisme et la compétition à culpabiliser les personnes qui ne performant pas?

Dans nos organismes communautaires et bénévoles, nous travaillons à la prise en charge des individus-es par eux-mêmes et elles-mêmes, nous prôtons la liberté de choix, nous refusons d'adapter purement et simplement les êtres humains à la société. Mais nous travaillons tout autant à créer et renforcer les lieux d'entraide et de solidarité entre les gens et entre les groupes. C'est ainsi que nous concevons notre action sociale. Et cette action sociale s'est avérée d'autant plus indispensable que la population québécoise a dû faire face

et continue de faire face à de multiples politiques anti-sociales : loi 37, loi sur l'assurance-chômage, dégel des frais de scolarité, etc.

Le *Livre blanc* n'aborde pas ces concepts. Que ce soit dans la partie où l'on parle de groupes avec des besoins particuliers ou dans celle où l'on décrit les nouvelles structures du système de santé, on s'appuie toujours sur ce fameux citoyen consommateur (et non "acteur"), décideur, payeur.

On parlera, bien sûr, quelquefois, de la solidarité des "réseaux naturels" des communautés. Hélas, nous savons trop bien que cela a souvent voulu dire déresponsabiliser la société et ses institutions face aux problèmes des personnes âgées, seules, handicapées, etc... Les femmes font généralement les frais de cette solidarité imposée et... gratuite, sans reconnaissance aucune de leurs rôles d'aidantes, de soignantes, etc...

Par ailleurs, la lecture du *Livre blanc* nous laisse sur une impression de pouvoirs accrus pour le citoyen face au système de santé et de services sociaux. Et il ne s'agit pas seulement d'impressions: il y a là des acquis certains. Mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que ce qu'un ministère donne d'une main, un autre ministère l'enlève de l'autre. Une personne devient ainsi "valorisée" par ses attributs de consommateur-décideur-payeur quand elle fait affaire avec la santé mais retombe dans le mépris et la marginalisation quand, assistée sociale elle n'est plus que fraudeuse-menteuse-paresseuse... La concertation n'est pas encore de mise entre les ministères!

C'est ici que nous constatons l'absence quasi tragique du social dans cette réforme. On y privilégie nettement la seule logique des services de santé. Ainsi par exemple lorsqu'on parle de revaloriser le rôle des C.L.S.C. et d'en faire réellement un établissement de première ligne, on axe les mesures proposées sur l'augmentation des services médicaux. Rien sur l'action communautaire qui s'est vue reléguée au rang de parent pauvre durant ces dernières années et dont l'avenir s'annonce assez rachitique!

C'est l'approche étroitement médicale, la vision exclusivement "santé" et la logique restrictive du service qui l'emportent largement sur la dynamique de l'action sociale. Une lacune qui nous laisse fort sceptiques sur la capacité de modifier les pratiques en profondeur afin de répondre aux diverses problématiques sociales.

Enfin, on ne peut manquer de constater que la notion de citoyenneté, avec laquelle nous sommes d'accord, a complètement disparu du texte de loi pour faire place à celle d'usager, notion beaucoup

plus restreinte. Cette notion cible uniquement une fonction de consommation de services. Leur statut de citoyen et citoyenne appelle en effet les personnes à assumer collectivement les tâches d'organisation de la vie en société, à se mobiliser pour créer des communautés vivantes, à agir pour changer des conditions de vie inacceptables...

#### 4.2.2 Une réforme qui veut briser des pouvoirs corporatistes, technocratiques, administratifs...

Outre la volonté manifeste de redonner prise aux citoyens-ennes sur un système qui leur échappe, nous notons avec satisfaction, la volonté tout aussi manifeste de modifier les règles du jeu, de changer les "vieilles habitudes" des acteurs traditionnels du système - pouvoirs corporatistes des médecins surtout, pouvoirs technocratiques des administrateurs - en les incitant à laisser de côté les querelles de clochers et à collaborer entre eux et avec les organismes communautaires et les usagers-ères. Plusieurs mesures proposées dans le *Livre blanc* vont dans ce sens :

- insistance sur les mécanismes de défense de droits pour les utilisateurs-trices du système (p. 14 ss);
- modification des corporations professionnelles pour y inclure davantage "le public" (p. 17);
- confirmation du rôle des C.L.S.C. comme institution de première ligne plutôt que l'hôpital (p. 19);
- questionnement sur le rôle et la place des thérapies alternatives au sein du réseau (p. 23);
- contrôle sur la croissance du nombre de médecins et halte à la surspécialisation (p. 35);
- contrôle des cabinets privés (p. 37) ou tentative de faire en sorte que les médecins ne soient pas uniquement des petits entrepreneurs privés;
- valorisation du rôle des infirmières (p. 38) mais pas au détriment de celui des infirmières auxiliaires et des préposés (p. 39);
- valorisation du personnel de réadaptation... en vue du maintien à domicile (p. 39).

Mais entendons-nous bien : la modification des règles du jeu entre les acteurs du système ne doit sous aucun prétexte servir à opérer en douce des coupures dans les services aux citoyens-nes, ni à supplanter le travail des organismes communautaires (on pense ici au rôle accru des C.L.S.C. dans le domaine de la santé mentale), ni à n'opérer qu'un simple "changement de la garde". Nous ne sommes intéressés en effet ni à l'hégémonisme du modèle médical ni à celui du modèle technocratique.

#### 4.3 Les femmes... ces grandes absentes de la réforme.

Le *Livre blanc* et le projet de loi réussissent le tour de force de nous faire presque oublier que 52% de la population est composée de femmes. Les textes mêmes utilisent systématiquement le masculin et rejettent le féminin aux limbes. Une seule exception : les infirmières qu'on nomme au féminin, même si quelques infirmiers font maintenant partie de la profession.

Par ailleurs, le ministre qui identifie des groupes particuliers ayant des besoins spécifiques, oublie les femmes qui ont des problèmes reliés à leur sexe et à leur rôle social. Par exemple : la mono-parentalité, la violence conjugale, les agressions sexuelles, la pauvreté, la solitude... De nombreuses enquêtes ont montré que les femmes sont de grandes usagères des services de santé et des services sociaux : deux fois plus de femmes que d'hommes reçoivent des traitements psychiatriques; deux fois plus de femmes que d'hommes subissent des actes chirurgicaux; deux fois plus de femmes que d'hommes consultent les médecins; deux fois plus de femmes que d'hommes sont médicalisées (R.A.M.Q., Statistiques annuelles, 1984, Gouv. du Qué.). Les femmes sont omniprésentes comme usagères, mais complètement absentes de la réforme.

Pas un mot, non plus, sur la nécessité de prévoir des mesures pour assurer la représentativité des femmes, à tous les niveaux des instances décisionnelles. Le problème n'est même pas "nommé". Pourtant, tout le monde sait que les femmes forment 75% de la main d'oeuvre dans les services sociaux et de santé, elles sont infirmières, préposées aux malades, travailleuses sociales, auxiliaires familiales, dans le réseau. Elles forment aussi le gros du contingent des travailleuses, bénévoles et militantes dans les organismes communautaires. Mais, elles ont peu accès aux instances décisionnelles.

Pour rétablir l'équilibre ainsi perturbé, il nous semble important de réserver la moitié des sièges du C.A. de la Régie régionale aux femmes. Dès son premier exercice financier, la Régie devrait mettre en place un programme d'accès à l'égalité pour les femmes, afin que lors de son

deuxième exercice financier, 50% des sièges soient effectivement occupés par des femmes.

Dans la même logique, il conviendrait également de favoriser l'accès aux instances décisionnelles aux citoyens-ennes des communautés culturelles.

#### **4.4 Démocratisation, un pas dans la bonne direction, mais...**

##### **4.4.1 *La réforme confirme les droits des citoyens-ennes face au système : un acquis indéniable.***

La réforme indique de façon très claire que "les droits des citoyens doivent être reconnus et respectés"; et il ne s'agit pas seulement d'un voeu pieux ou d'une simple déclaration d'intentions (*Livre blanc*, p. 13 ss):

- divers droits face aux soins : droit d'obtenir des services continus et personnalisés, de choisir l'établissement et le professionnel, d'être informé sur son état de santé et les traitements prodigués, d'être assisté et accompagné pour exercer un recours, enfin droit de mourir dignement (p.14);
- instauration de comité d'usagers dans les hôpitaux psychiatriques, les établissements de longue durée, les services d'hébergement et de réadaptation (p. 15) et moyens financiers pour accomplir cette fonction (p. 16);
- instauration et amélioration des mécanismes de plaintes (p. 16);
- instauration, au niveau régional, d'un organisme communautaire d'aide et d'accompagnement en défense de droit.

Nous ne pouvons que nous réjouir et appuyer ces transformations. Face aux immenses appareils bureaucratiques de l'État moderne, il faut mettre en place des mécanismes de protection des droits. Il nous appartiendra de les utiliser.

Par ailleurs nous partageons l'analyse de certains regroupements de défense de droits<sup>3</sup> et celle présentée par le Protecteur du citoyen qui insistent sur les reculs importants et les timidités de cette loi en matière de protection des droits.

Par exemple, le recours à la Commission des affaires sociales (CAS), véritable tribunal administratif, est éliminé pour la régie régionale.

De même, on aurait pu aller plus loin dans le traitement des plaintes et en confier la responsabilité à un comité de vigilance nommé par le conseil d'administration des établissements comme le suggérait un document ministériel chargé de préparer des recommandations sur ces questions.

Aussi, les plaintes concernant les professionnels relèvent encore trop exclusivement des conseils de médecins et dentistes; et on instaure que les plaintes concernant les actes nursing vont maintenant relever d'un conseil des infirmières. Il y a donc renforcement des pouvoirs corporatifs sur le traitement des plaintes ce qui est contraire à l'esprit même de la réforme.

Nous nous interrogeons également sur le maniement des PSI (plan de services individualisés) : les droits des personnes visées par cet "outil de travail" ne nous semblent pas suffisamment garantis.

Enfin, nous croyons qu'il revient aux organismes communautaires de choisir l'organisme communautaire responsable de l'accompagnement des citoyens-ennes qui veulent exercer leur droit de recours.

#### 4.4.2 *Mais, du même souffle, une réforme dont les droits des citoyens-ennes sont menacés par l'informatisation de tout le système.*

Un aspect particulièrement important de cette réforme concerne la tendance confirmée à l'informatisation du système de la santé et des services sociaux.

Le *Livre blanc* contient en effet de multiples références à la nécessité de bâtir un réseau intégré d'informations qui permettrait un meilleur contrôle de la pratique des professionnels et des habitudes de consommation des utilisateurs de services afin d'en limiter les coûts.

---

<sup>3</sup> Voir le mémoire de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits (AGIDD).

De plus, le *Livre blanc* et le *projet de loi 120* ouvrent toutes grandes les portes à l'informatisation du dossier de l'utilisateur, à la circulation au sein du réseau de renseignements personnels ainsi stockés et à leur utilisation à des fins de planification et de gestion.

Déjà des expériences sont en cours qui invitent le communautaire à questionner sévèrement le "virage informatique" amorcé par la réforme Côté, d'autant plus qu'au nom de la complémentarité, les organismes communautaires seront invités fortement sinon carrément obligés à se soumettre aux ordres du "patron"... En effet l'article 292 du projet de loi est assez limpide à ce sujet :

"Pour l'exercice de ses fonctions ou à la demande du ministre, la régie régionale peut requérir des établissements et des organismes communautaires de sa région, dans la forme et le délai qu'elle prescrit ou que le ministre détermine, selon le cas, les renseignements nécessaires sur les clientèles, les services demandés et dispensés et, les ressources utilisées."

Une telle orientation est contraire à l'approche du mouvement communautaire. Nous nous insurgons contre les pratiques abusives en matière d'ingérence dans la vie privée des citoyens et citoyennes. Les organismes communautaires ont développé leurs propres moyens, souvent artisanaux mais parfaitement suffisants, pour répondre à leurs besoins d'information. Les personnes qui fréquentent les ressources communautaires et alternatives apprécient généralement l'absence d'enquête sur la personne, la non existence de dossiers, la non nécessité de remplir des formulaires sans fin dont on ne connaît pas l'utilisation qui en sera faite.

Nous voulons conserver aux citoyens et citoyennes qui fréquentent les organismes communautaires la possibilité que les informations qui les concernent ne soient pas informatisées, stockées et proménées, par ordinateurs interposés, dans des lieux non désirés. Dans cette société où, de plus en plus, l'État saura tout sur tout le monde, où ces informations serviront à contrôler les personnes (c'est déjà le cas pour les assistées sociales), et où elles seront accessibles au secteur privé et à son harcèlement marchand, nous voulons conserver intacts nos espaces de liberté.

Bien plus, nous pensons qu'un débat public devrait se faire concernant toute cette question de l'informatisation au sein du réseau public avant l'adoption du *projet de loi 120*. L'expérience française d'une "carte à puce" est loin d'être concluante, de l'avis-même de son inventeur! Enfin, si nous sommes d'accord pour que soient questionnées certaines pratiques professionnelles, nous ne pensons pas que le contrôle

informatique "policier" soit une solution. On nous fiche, ne nous en fichons pas!

#### 4.4.3 *La réforme consacre davantage le principe de la participation des citoyens-ennes à la gestion de leurs services.*

C'était là un acquis de la réforme Castonguay. La réforme Côté le maintient et l'élargit. Le ministre veut en effet répondre "aux membres des C.A. qui s'interrogent sur leur mandat véritable car les responsabilités actuelles sont davantage confiées aux structures internes des établissements qu'aux C.A." (p.64). Certains pas sont donc faits vers une démocratisation des pouvoirs dans notre système de services sociaux et de santé. Le fait que tous les C.A. d'établissements sont composés majoritairement de citoyens-nes, que les séances des C.A. sont publiques, que 20% des sièges des régies régionales sont occupés par les organismes communautaires... sont des indices d'une volonté d'impliquer la population. Un peu comme dans le système scolaire, d'ailleurs, même si on ne tiendra pas d'élections comme on le fait dans les commissions scolaires.

Il faut espérer, cependant, que ces citoyens-ennes pourront s'approprier réellement la gestion du système des services face à des directeurs-trices généraux-ales et des fonctionnaires habitués-es à un langage et une culture hautement technocratiques. L'expérience des ressources alternatives en santé mentale indique que, sans préparation, sans mécanismes d'apprentissage, sans conditions facilitantes, sans évolution marquée de la perspective et des attitudes des acteurs institutionnels, la participation à des structures décisionnelles ou consultatives où se débattent des dossiers complexes est un leurre.

Par ailleurs nous nous réjouissons de constater que le *projet de loi 120* permet aux travailleurs-euses du réseau de siéger sur le C.A. de leur établissement. Leur mise à l'écart des instances décisionnelles serait une erreur grave car elle empêcherait leur participation à une réforme qui les concerne au plus haut point et qui ne peut se réaliser sans elles et eux.

#### 4.5 **La régionalisation... entre la vertu et la pratique : tout un océan d'incertitudes.**

En soi, et dans sa forme la plus "pure", la régionalisation c'est comme la vertu : impossible d'être contre. Il s'agit en effet d'une orientation plus démocratique qui vise à redonner plus de pouvoir à la

base régionale, à briser le centralisme planificateur, à miser davantage sur les dynamiques régionales, à rendre les services plus adaptés aux particularités régionales. Cette orientation apparaît comme un pas en avant :

"Nous sortons aujourd'hui de deux décennies qui se sont structurées sur la centralisation au détriment d'une adaptation aux spécificités régionales du Québec, sur l'homogénéisation des services contre le pluralisme, sur l'unité de conception administrative plutôt que sur la multiplicité des scénarios dans l'organisation des services, en un mot, sur la prédominance d'une lecture uniformisante des situations plutôt que sur la reconnaissance de leur variété. Le centralisme technocratique du ministère a généralement reconnu les initiatives locales et régionales, mais en d'efforçant chaque fois de les récupérer le plus rapidement possible au sein du "système unique", quitte à créer une démobilisation des personnes impliquées dans ces structures parallèles de services."<sup>4</sup>

Dans la réalité, les conditions d'une véritable régionalisation démocratique sont loin d'être réunies et c'est à juste titre que nombre de regroupements communautaires provinciaux s'interrogent sérieusement sur la régionalisation proposée. Pour certains mêmes, les interrogations sont tellement nombreuses que cela les amène à être plutôt contre. Ainsi, à l'heure actuelle :

- la régionalisation se fait dans un contexte de désengagement de l'État et de récession économique où l'essentiel du processus consiste à refiler la facture aux paliers inférieurs (ex. : les municipalités et la régionalisation effectuée par Claude Ryan);
- la régionalisation continue de n'être qu'une déconcentration administrative où les régies régionales risquent de devenir les "contremaîtres de services"... avec ce que cela comporte de risque d'arbitraire;<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Corin, Bibeau, Martin, Laplante, *Comprendre pour soigner autrement*, P.U.M., 1990, p. 27.

<sup>5</sup> "(...) il est certain en tout cas que le style dominant des documents du ministère reste encore essentiellement inspiré par une problématique gestionnaire et administrative qui risque de peser de tout son poids sur les travaux des instances régionales. Lorsque l'on considère l'esprit de ces documents, on peut craindre que ces instances soient entraînées à privilégier la définition des vocations des établissements installés dans la région et à centrer leur énergie sur l'arbitrage des conflits suscités par le partage de l'enveloppe budgétaire entre les institutions du réseau et les groupes communautaires." (ibid, p. 29).

- la régionalisation est associée à un mode de gestion bureaucratique et autoritaire (gestion par programme, financement par services, etc.);
- la régionalisation se fait sans préparation et de façon précipitée en particulier pour le communautaire dont l'existence continue d'être fragile et la reconnaissance liée malheureusement à la notion de complémentarité, donc au risque de sous-traitance. Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que la *loi 120* ne comporte aucune garantie de respect de la culture communautaire par les instances régionales;
- la régionalisation ne comporte pas suffisamment de garanties quant à l'équité entre les régions concernant les problématiques mises de l'avant par le communautaire.
- la régionalisation proposée, et, entre autres, la composition de l'assemblée régionale, fait craindre une sur-représentation des élites locales habituelles qui ne sont pas souvent portées vers l'innovation et l'ouverture d'esprit...!

Le mouvement communautaire devra donc chercher à négocier avec le pouvoir central le contenu, les conditions, et le rythme de la régionalisation pour le communautaire. Il pourra certainement s'inspirer du bilan qu'effectue actuellement le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale sur son expérience de régionalisation.

#### 4.6 Une réforme axée sur la réduction des coûts du système.

L'an dernier, nous nous réjouissons du maintien de l'accessibilité universelle et gratuite aux services sociaux et de santé. Le M.S.S.S. avait résisté aux pressions de ceux qui désiraient implanter le ticket modérateur. Cette année encore, le principe général de gratuité est sauvegardé mais avec des brèches importantes : le ticket orienteur, l'impôt-service et l'introduction d'une logique comptable qui ouvre la porte à certaines mesures de privatisation.

Dans le *Livre blanc*, un chapitre entier est consacré au citoyen payeur, ou, si l'on préfère, à l'exposé du dilemme suivant : comment en avoir plus pour son argent dans un contexte où l'État se dit obligé de freiner les coûts du système de santé?

- **L'impôt-service**

Parmi les mesures proposées, on voit arriver l'impôt-services qui devrait générer des revenus additionnels pour le gouvernement (100 millions de plus par année). Cette mesure marque le retour à la responsabilité individuelle de payer pour des services de santé. Seules les personnes qui n'ont pas de revenu imposable y échapperont. On peut donc penser que c'est encore la classe moyenne inférieure qui paiera le plus puisque la contribution sera fonction du revenu mais ne pourra pas dépasser 3% du revenu imposable. On réintroduit ainsi l'inéquité devant la maladie : les plus malades seront davantage taxés. Nous nous opposons fermement à ce retour en arrière.

- **Le ticket orienteur**

Le ticket orienteur, quant à lui, sera implanté surtout dans un but d'efficacité, dit-on. On "punit" les gens qui se sont trompés d'adresse! C'est pratiquement inapplicable, d'abord, et c'est inefficace en rapport avec l'objectif poursuivi. Si l'on veut vraiment que les gens se dirigent vers les C.L.S.C., commençons donc par les ouvrir le soir et la fin de semaine et par les faire connaître à toute la population!

Nous avons là une illustration parfaite du danger qu'il y a à vouloir responsabiliser la personne à tout prix. Plutôt que de faire appel à sa capacité de comprendre et de partager des objectifs d'efficacité, on développe une attitude punitive, comme avec un petit enfant.

- **La logique comptable**

On peut se demander, d'ailleurs, si ce chapitre consacré au citoyen payeur vise d'abord à lui en donner plus pour son argent, ou plutôt à lui faire prendre conscience que sa santé coûte cher à l'État et qu'il va falloir couper quelque part... C'est dans ce chapitre que le ministre annonce la parution, au printemps, de la politique de santé et de bien-être. Cette politique a pour but premier de "recentrer le réseau sur des objectifs de résultats" (*Livre blanc*, p. 80). Fort bien, mais qu'est-ce qui prime, dans l'esprit du ministre? La logique comptable des résultats à atteindre à court terme pour que ça coûte moins cher... ou bien la logique du développement social où les citoyen-ennes ne sont pas que des consommateurs-trices de services mais s'engagent collectivement à modifier les facteurs environnementaux, économiques et sociaux qui les rendent malades et mal dans leur peau?

Ainsi la Coalition des aînés du Québec soulève d'ailleurs ces questions dans sa position sur le *projet de loi 120* :

"Pourquoi n'a-t-on pu introduire des précisions (...) quant aux responsabilités et aux fonctions relatives à la prévention des maladies et aux interventions concernant le bien-être de la population?"<sup>6</sup>

Avec la Coalition des aînés nous constatons également qu'un fort courant de privatisation des services et d'atteintes à la gratuité traverse le *Livre blanc* et le *projet de loi*. Des exemples :

- à partir de l'évaluation de la capacité financière d'une personne, le gouvernement peut réduire la gratuité de certains services (art. 384);
- le gouvernement détermine la contribution exigée des personnes résidant en centre d'accueil (art. 415). C'est ainsi qu'il a tellement haussé les frais d'hébergement des personnes âgées que celles-ci n'ont presque plus d'argent pour leurs besoins personnels;
- la Régie de l'assurance-maladie peut déterminer le montant des contributions exigées d'un bénéficiaire pour les services qu'il reçoit. C'est à elle également qu'il revient de juger "dans quelle mesure et suivant quelles modalités la **capacité financière** peut être considérée pour la détermination des contributions exigées (art. 474, 3e). Le gouvernement ouvre ainsi la porte à une remise en question de ce qui a constitué l'assise de notre système de santé et de services sociaux à savoir "un financement collectif (via les impôts) plus équitable socialement" plutôt qu'un financement à la pièce basé sur la capacité de payer des individus;
- la Régie de l'assurance-maladie se voit aussi invitée à délivrer deux catégories de cartes d'assurance-maladie! :
  - une carte où la personne est éligible à la totalité des services;

---

<sup>6</sup> Position de la Coalition des aînés du Québec sur le *projet de loi 120*, p. 2.

- une autre où la personne n'est éligible qu'à une partie des services.

Ce sera donc encore une fois la capacité individuelle de payer qui sera invoquée dans la délivrance d'une carte d'assurance-maladie. Il y aura deux catégories de cartes... pour deux catégories de citoyens et citoyennes!;

- Enfin, un établissement pourra mettre sur pied "des activités accessoires aux services de santé ou aux services sociaux" à condition que ces activités s'autofinancent (art. 85). Les établissements pourront donc, avec la bénédiction du ministère, ouvrir des cliniques pour gens riches et pressés... non désireux de se mêler à la plèbe! C'est la porte ouverte à un double système basé sur la capacité de payer des individus.

Les organismes communautaires ont déjà signifié à plusieurs reprises leur attachement au principe de la gratuité et de l'universalité. À ne pas toucher!



## 5. LA SIGNIFICATION DU PROJET DE LOI POUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.

Les organismes communautaires et bénévoles sont devenus une réalité incontournable au Québec. Des milliers de personnes, rémunérées ou non s'activent dans ce vaste mouvement social et rejoignent, aident, mobilisent certainement une bonne partie de la population, dans tous les secteurs. Dans notre document de l'an dernier<sup>7</sup> nous avons tenté de synthétiser ce qui unissait entre eux les organismes communautaires, malgré leurs différences :

- une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société;
- une approche qui considère la personne comme un tout;
- la capacité de répondre de façon différente à de nouveaux besoins;
- une conception plus égalitaire des rapports entre intervenants-es et usagers-ères ou participants-es;
- le même enracinement dans la communauté;
- une vision du service qui n'est pas une fin en soi;
- des pratiques différentes d'exercice du pouvoir;
- le désir de faire advenir une société plus égalitaire.

Il est important de revenir à ces caractéristiques fondamentales du communautaire lorsqu'on veut analyser la réforme Côté. Celle-ci nous apporte une certaine reconnaissance des groupes. Certains éléments nous apparaissent positifs et répondent à certaines de nos revendications :

- l'article 255 du projet de loi qui reconnaît l'autonomie des organismes communautaires dans la définition de leurs orientations, de leurs politiques, de leurs approches;
- le maintien du financement des regroupements provinciaux;

---

<sup>7</sup> Op. cit., p. 62-63.

- la perspective d'un financement triennal pour les groupes;
- le soutien financier à notre participation aux différents comités consultatifs ministériels;
- l'augmentation du nombre de sièges réservés aux représentants-tes des organismes communautaires sur les C.A. des régies régionales;
- le financement des groupes régionaux qui exercent des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts de leurs clients-es ou des usagers-ères du réseau;
- les déductions fiscales accordées aux donateurs-trices;
- la protection du niveau global actuel de financement;
- les huit millions de plus pour le communautaire, par année, durant cinq ans.

Cependant, comme nous allons le voir, des problèmes majeurs se posent aux organismes communautaires avec une réforme qui veut les enrôler de gré... ou de force! Trois questions retiennent notre attention d'une façon particulière :

- l'approche-programme ou... tout nouveau, tout beau sur papier!;
- les plans régionaux d'organisation de services (PROS) ou... le partenariat obligatoire;
- le financement ou... pour une poignée de \$ de plus.

### **5.1 L'approche-programme ou... tout nouveau, tout beau sur papier!**

Nous l'avions écrit l'an dernier<sup>8</sup>, l'approche-programme telle que conçue par les technocrates du ministère menace directement la survie du communautaire. Nous le redisons, cette année, avec une conviction renforcée par les premiers éléments du bilan effectué par les ressources alternatives en santé mentale.

---

<sup>8</sup> Op. cit., p. 38-46.

Un **programme**, c'est un instrument de gestion où l'on planifie un ensemble de **services** destinés à une **clientèle particulière**. La place et le rôle des établissements et organismes communautaires sont déterminés avec précision. De plus, on établit des "indicateurs de performance" grâce auxquels on pourra mesurer les **résultats** obtenus par le programme.

À partir de programmes-cadres décidés par le ministère, chacune des régies régionales se voit confier la tâche d'élaborer des **plans régionaux d'organisation de services (PROS)**. Ces plans visent l'atteinte des objectifs identifiés dans le programme par le travail complémentaire de tous les acteurs en présence : principalement le réseau, mais aussi, les cabinets privés de professionnels-les, les organismes communautaires et, peut-être, d'autres partenaires comme les commissions scolaires, les milieux de loisirs, etc... Pour l'instant, nous ne pouvons en dire plus car le projet de loi n'est pas très explicite sur les PROS.

Sur papier, tout cela a l'air bien beau. Qui peut être contre l'établissement de certaines priorités ou la mise en commun des énergies pour atteindre des objectifs jugés importants par une communauté? Les organismes communautaires ont pourtant raison de se méfier, car :

- on sait depuis plusieurs années, que la prédominance d'une programmation nationale mène au processus de catégorisation des clientèles, à l'accentuation du caractère urgent et critique de la demande sociale, à l'uniformisation des interventions, à l'évacuation des réalités régionales et locales;
- l'insistance sur l'exclusive de l'identité "service" évoque et réfère souvent à un rapport passif de consommation, en plus d'induire des critères de rentabilité, d'optimisation et de productivité, renforçant le caractère individuel des besoins, des demandes et des moyens de les satisfaire;
- en les intégrant dans un système de services, l'approche-programme nie dans les faits la culture particulière des organismes communautaires où le service est un aspect seulement de l'intervention sociale. Certes les organismes offrent des services, mais le service n'est pas une fin en soi. Le service, s'il est réponse à un besoin précis, est également occasion de conscientisation. Il est imbriqué, tricoté serré dans le tissu dense de

l'information-participation-responsabilisation-mobilisation;

- leur financement est lié directement à une sorte "d'achat de services" effectué par la Régie régionale, à partir de ses priorités et des objectifs qu'elle s'est donnés. La Régie se substitue ainsi aux instances décisionnelles et démocratiques des groupes. Par ailleurs, la priorisation de clientèles présentant des problèmes jugés particulièrement importants entraînera forcément la secondarisation d'autres clientèles ou problématiques. Cela peut affecter grandement les organismes communautaires qui n'auront peut-être pas fait les mêmes choix que la régie, avec les mêmes critères;
- l'approche-programme qui veut identifier des clientèles-cibles, ou des problématiques risque fort d'être en contradiction importante avec l'approche globale préconisée par le communautaire. Par exemple, la personne âgée n'est pas qu'une consommatrice de soins à domicile. Elle est une citoyenne à part entière avec des droits fondamentaux. Les organismes travaillant avec les personnes âgées visent donc à restaurer son autonomie sur tous les plans;
- la logique de résultats mesurables pourrait forcer les groupes à modifier leurs orientations et leurs approches, quoiqu'en dise le projet de loi. Dans le domaine social, il est extrêmement difficile de quantifier les résultats d'une intervention. Chez un être humain, tout est affaire de cheminement, d'évolution. Nos organismes considèrent donc l'évaluation comme un outil de travail leur permettant d'améliorer l'ensemble de leurs activités, à partir de leurs valeurs et objectifs propres. Mais ils refusent de se faire imposer des modes d'évaluation centralisés sur lesquels ils n'auraient pas pu se prononcer.

Nos modes d'intervention qui n'adhèrent pas à une logique comptable de résultats seront donc confrontés au besoin de la Régie de justifier les subventions qu'elle nous accorde face aux attentes du ministère. Voudra-t-elle alors nous "former" à d'autres approches, à d'autres modes d'intervention? Nous faire adopter la culture des établissements... ce que le *Livre blanc* appelle le "développement dans le réseau de services d'une culture commune propre aux membres des conseils d'administration, des cadres, des employés des établissements, des instances régionales et des organismes communautaires"? (*Livre*

*blanc*, p. 44-45). Du point de vue du communautaire, il ne saurait en être question.

À notre avis, l'insistance sur la programmation nationale et sur l'accessibilité à une gamme de services n'augure rien qui vaille. C'est l'importance de l'action communautaire, le nécessaire questionnement des pratiques thérapeutiques et l'implication réelle des citoyens-nes à la définition de leurs besoins et des façons d'y répondre qui sont évacués.

## **5.2 Les plans régionaux d'organisation de services (PROS)... ou le partenariat obligatoire.**

L'idée maîtresse du plan régional d'organisation de services, c'est qu'on asseoit autour d'une table un certain nombre de "partenaires", présumément égaux et on leur demande de s'unir dans un même but. Fort bien, mais dans la réalité?

Les organismes communautaires pratiquent couramment, entre eux, un partenariat véritable, dans le respect des différences. Relativement égaux dans leur sous-financement, souvent semblables au niveau des objectifs et des stratégies, ils peuvent sans trop de heurts, travailler ensemble et partager leurs acquis.

Lorsqu'ils "se frottent" au réseau, la réalité est toute autre. Souvent, les objectifs et moyens d'intervention diffèrent. La perception de la personne à "aider", le langage, le rapport professionnel-le-"client-e",... les différences "culturelles" sont énormes entre le réseau et le communautaire.

Ce ne serait pas si grave si nous étions égaux. Du choc des idées jaillirait peut-être un minimum d'objectifs en commun, une entente sur le respect d'optiques différentes dans l'intervention, une possibilité réelle, donc, de collaboration.

### ***MAIS NOUS NE SOMMES PAS ET NE SERONS PAS ÉGAUX.***

Le M.S.S.S. nous enrôle et nous enferme dans un partenariat obligatoire en nous faisant miroiter un meilleur financement, une place dans les instances démocratiques et une espèce de reconnaissance institutionnelle.

Soyons clairs : il s'agit d'un miroir aux alouettes. Cette reconnaissance-là a une saveur quelque peu opportuniste. "Vous êtes bons, vous faites un beau travail, pour presque rien, join the party!"

Mais que gagnerons-nous avec ce partenariat théorique et angélique? À notre avis peu de choses.

Imagine-t-on la somme des énergies que les groupes devront déployer pour être présents partout où s'élaboreront et se décideront des PROS? Dans certaines régions, des organismes communautaires et bénévoles s'essouffent déjà à remplir des questionnaires, à siéger sur des tables bi-tri-quadrupartites, à se rendre à des réunions convoquées par les C.R.S.S.S.... Même si le *Livre blanc* prévoit un soutien financier à cette participation imposée (p. 61), cela ne règle pas le problème de la dispersion des trop rares énergies disponibles. La "réunionite" n'empêche pas les personnes en difficulté d'affluer aux portes des organismes communautaires. Chez-nous, on ne tient pas de liste d'attente... Sacrifiera-t-on les personnes à aider à l'obligation de passer des heures à tenter de convaincre les élites locales et régionales de la pertinence de notre travail?

D'autre part, l'inégalité des ressources humaines et financières entre les établissements et les organismes fera peser de tout son poids la culture des premiers sur celle des seconds. Les établissements, eux, ne seront en aucun cas obligés de modifier leur façon de travailler, alors que les organismes, forcément, seront forcés de le faire. La minorité doit se rallier à la majorité, n'est-ce pas?

Encore une fois nous devons accorder beaucoup d'importance au bilan qu'effectue le R.R.A.S.M.Q. sur son expérience de "partenariat" avec le réseau dans la planification des services en santé mentale. Le bilan porte sur le processus de mise en place et de fonctionnement des comités tripartites de même que sur le contenu des plans régionaux d'organisation de services. Cette expérience sera riche d'enseignements quant aux conditions à mettre en place pour respecter les organismes communautaires qui désirent participer à de telles structures consultatives.

Ce n'est pas agiter des épouvantails que de mettre sur la table les difficultés énormes que nous pose la complémentarité obligée. Les organismes communautaires ont une longue expérience de "discussion" avec les établissements du réseau et les C.R.S.S.S. Si certaines expériences de collaboration avec des professionnels-les se sont avérées fructueuses, le plus souvent nous avons fait face à une extraordinaire incompréhension de notre spécificité, de notre culture.

Nous savons que la première condition d'un partenariat véritable, ce serait que les fonctionnaires et les professionnels-les prennent la peine de nous connaître, de respecter nos différences et notre identité et de valoriser (pourquoi pas?) nos objectifs et nos approches. Cela est loin

d'être réalisé et la réforme Côté ne propose rien en ce sens. Au contraire, nous avons le sentiment que l'on veut enfermer le communautaire dans une logique de planification bureaucratique... comme si on pouvait planifier l'innovation et la créativité!

Il n'est pas exagéré d'affirmer que la complémentarité obligée avec le réseau risque d'aboutir à l'homogénéisation et à l'uniformisation des pratiques, des modes de pensée. On assiste en fait à un "enfermement" de ce qui a constitué l'apport original du mouvement communautaire à la société. On empêche toute pluralisation du réseau.

### 5.3 Le financement... ou pour une poignée de dollars de plus.

- *Pour quelques dollars de plus...!*

Le sous-financement est la principale cause de la précarité et de la fragilité des organismes communautaires. Cela leur apporte aussi des difficultés à remplir leurs objectifs. Pour favoriser le développement des organismes communautaires, la réforme prévoit accorder 8 millions par année pendant 5 ans pour l'ensemble des organismes communautaires (p. 62). D'une part, ce budget est insuffisant. À titre d'exemple, une étude économique des besoins actuels des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale estime à 40 millions l'investissement nécessaire annuellement pour maintenir les maisons déjà existantes. Et ce n'est qu'un secteur parmi bien d'autres. D'autre part, le budget est prévu dans le cadre d'une allocation budgétaire par programme (p. 62).

Nous avons déjà expliqué comment l'approche-programme vient contredire la philosophie d'intervention des organismes.

- *Entre le communautaire et le bénévolat... quelques précisions indispensables.*

Par ailleurs, le ministre Côté a exprimé publiquement, et à plusieurs reprises, le malaise que lui cause le paiement de salaires dans des organismes communautaires. De toute évidence, le ministre ne fait aucune distinction entre un organisme bénévole et un organisme communautaire. Or, si les deux se ressemblent au plan des objectifs et des approches, leur fonctionnement est différent. Dans un organisme bénévole, les "services sont offerts majoritairement par des bénévoles" (F.C.A.B.Q., document interne). Dans un organisme communautaire, là où les locaux sont ouverts toute la semaine et, dans certains cas, la fin

de semaine (ex. : maisons d'hébergement), l'intervention sociale est assurée d'abord par une permanence salariée. S'ajoutent des bénévoles ou militants-es qui participent à la dispensation de services ou d'activités éducatives, siègent sur des comités ou sur le conseil d'administration.

Cette distinction n'est pas étanche. Des groupes d'entraide s'organisent sans salarié-e. Les centres d'action bénévoles fonctionnent généralement avec une permanence au moins pour... organiser le bénévolat.

En bref, la plupart du temps, les organismes communautaires et bénévoles ne peuvent plus fonctionner efficacement sans la présence d'un personnel rémunéré et stable. La situation réelle, cependant, est loin d'être rose. Le roulement de personnel est énorme à cause de l'insuffisance du financement de base. Toutes sortes de programmes sont utilisés malgré notre opposition de principe au "cheap labor" : Défi, PDE, EXTRA, PDE-BAS, Article 25...

Si vraiment le M.S.S.S. reconnaît aux organismes une utilité sociale, il doit leur accorder un financement adéquat leur permettant d'engager le personnel nécessaire au bon fonctionnement du groupe. Nous désirons rappeler ici que le "bénévolat obligatoire" n'a aucun sens; qu'il a souvent été assumé par les femmes à qui, croyait-on, il revenait d'office de prendre en charge tous-tes les malheureux-ses de la terre...

Les femmes feront le bénévolat qu'elles voudront! Celles qui choisissent, par ailleurs, de travailler à plein temps dans un organisme communautaire ou bénévole, exigent de recevoir un salaire décent et régulier.

- *Qui dédouble qui?*

Une autre question inquiétante en rapport avec le financement est celle du lien entre les subventions accordées aux organismes et leur inclusion dans un PROS. Les organismes recevront-ils une subvention globale, leur permettant d'accomplir toutes leurs activités ou seront-ils financés par "achats de services"? Comment et par qui sera faite l'évaluation des organismes communautaires? Si la Régie considère qu'il y a dédoublement entre le réseau et le communautaire, qui sera privilégié?

L'exemple des centres de santé des femmes est éloquent, à ce sujet. Le ministre Côté veut couper leurs subventions parce que, dit-il, il revient aux C.L.S.C. de donner les services actuellement dispensés par les centres de santé des femmes.

D'abord, souvent, ces services, comme l'avortement, l'information sur la contraception, la recherche, les groupes pour femmes lesbiennes, n'existent pas dans les C.L.S.C. proches des trois centres de santé des femmes membres du regroupement provincial. Et quand bien même des C.L.S.C. offriraient, par exemple, des services d'avortement, pourquoi ne pas permettre aux femmes de choisir librement le lieu où elles désirent mettre fin à une grossesse non-désirée? Pourquoi privilégier l'institution au détriment de la ressource communautaire?

Le même problème risque d'arriver dans le secteur de la santé mentale. Les C.L.S.C., en vertu de leur "mission communautaire" seront tentés de se substituer aux groupes à qui devrait revenir la responsabilité du développement des ressources alternatives en santé mentale. Pourquoi ne pas plutôt donner du soutien aux ressources qui survivent péniblement, faute de subventions suffisantes? Pourquoi ne pas épauler les dynamiques locales plutôt que de les contrôler?

- *Des interrogations qui subsistent.*

La lecture du *Livre blanc* a aussi soulevé nombre d'interrogations importantes :

- la clause de protection du budget actuellement octroyé au communautaire vaut-elle pour chaque organisme?;
- qui aura droit à des plans triennaux de financement? Les plans triennaux qui existent actuellement seront-ils respectés?;
- les groupes devront-ils avoir un numéro d'oeuvre de charité pour faire bénéficier leurs donateurs-trices d'une déduction fiscale?;
- quelle garantie avons-nous que notre financement sera enfin adéquat?;
- quels groupes seront développés prioritairement? Les organismes communautaires ou les ressources intermédiaires?

## 6. EN CONCLUSION : L'UNITÉ DU COMMUNAUTAIRE EST SA PLUS GRANDE FORCE!

Malgré certains pas en avant au plan de la reconnaissance du communautaire, des droits des usagers-ères et d'une relative mise au pas des corporations médicales, malgré un début de démocratisation du système de services sociaux et de santé, il nous faut admettre que des problèmes majeurs demeurent aigus et sans réponse :

- une approche-santé fondée sur une logique de résultats comptables est privilégiée au détriment d'une approche qui mise sur le développement social;
- dans ce contexte, la prévention, s'il y en a, risque fort de ressembler à la campagne du petit déjeuner avec Kellogg's... pendant que les mères assistées sociales n'ont plus rien à donner à manger aux enfants la quatrième semaine du mois;
- des PROS qui viseront à régler vite et au moindre coût des situations jugées dramatiques et urgentes pendant que d'autres clientèles ou problématiques attendront... et se détérioreront;
- une complémentarité obligée qui défavorise le communautaire;
- une tentative via la carte-santé de tout connaître sur l'état de santé des gens sans que la confidentialité des données soit réellement assurée;
- des brèches importantes dans l'universalité et la gratuité des soins.
- des structures régionales qui ne garantissent pas une véritable démocratisation du système socio-sanitaire.

Pour le communautaire, nous l'avons vu, la réforme est pavée de bonnes intentions... et d'embûches. La plupart des organismes n'ont jamais souhaité ni demandé une régionalisation des allocations budgétaires du M.S.S.S. Ils s'opposent largement à la régionalisation Lavoie-Roux-Côté qu'ils voient venir avec des craintes justifiées. C'est que le ministère ne fait pas que remettre aux régions l'argent voué au

communautaire. IL MET EN PLACE UN MODE D'ORGANISATION (LA COMPLÉMENTARITÉ OBLIGÉE) ET DE GESTION (LES PROS) INACCEPTABLES ET INOPÉRANTS POUR LES GROUPES.

*Devant cela, que pouvons-nous faire?*

"Nous travaillons pour la société et contre le système" disait récemment une intervenante féministe. Notre utilité sociale ne réside pas que dans le service et l'aide aux plus démunis-es. Nous nous définissons comme agents de changement. Nous bousculons les idées reçues, les habitudes. La solidarité sociale est notre credo et, en cela, nous nous opposons à l'idéologie dominante, fondée sur l'individualisme et la compétition.

Nous devons exiger que notre spécificité soit reconnue et non étouffée par un processus bureaucratique. Nous revendiquons une **marge de manoeuvre** qui nous permet de développer notre originalité et notre créativité. Agir autrement avec nos groupes serait suicidaire pour le M.S.S.S. car il tuerait notre efficacité, notre contribution unique et irremplaçable à la société québécoise.

**Nous avons donc des demandes importantes :**

- que les droits des citoyen-nes soient intégralement respectés lorsqu'ils ont recours aux services sociaux et de santé;
- que l'informatisation du système ne soit pas implantée avant qu'un large débat public ait lieu sur la question;
- que le projet de loi prévoie des mécanismes pour favoriser l'accès des femmes aux instances décisionnelles;
- qu'un financement global (de base) soit accordé à chacun des organismes communautaires, en tenant compte de ses besoins particuliers (locaux, personnel,...);
- que les regroupements provinciaux (et non les régions régionales) soient responsables de la formation de leurs membres;

- que le financement d'un organisme communautaire ne soit pas associé obligatoirement à sa participation à un plan régional d'organisation de services. Cependant, certains projets mis sur pied par des groupes, pourraient être subventionnés dans le cadre des PROS, en plus du financement de base;
- que les plans triennaux actuellement en vigueur soient respectés, et même, augmentés en tenant compte des besoins et de la hausse du coût de la vie;
- que les organismes communautaires développent eux-mêmes leurs modèles d'évaluation, en conformité avec leurs valeurs et leurs modes d'intervention.

Par ailleurs, au-delà de ces demandes, plusieurs hypothèses stratégiques se dessinent :

- certains groupes continuent d'exiger que leur financement provienne de Québec. Ils dénoncent non seulement l'approche-programme et les PROS, mais aussi le processus-même de régionalisation. Ils n'y voient qu'illusion de démocratie et inéquité entre les groupes et les régions;
- d'autres groupes, dont l'R des centres de femmes, tout en étant très critiques face à la régionalisation proposée, envisagent plutôt de "négocier leur participation". Ils sont prêts à collaborer avec le réseau sans toutefois participer à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services. Ils considèrent que leurs énergies doivent être mises dans le travail auprès des personnes en difficulté et dans la consolidation de la vie démocratique de leur groupe plutôt que dans les innombrables réunions auxquelles ils seront convoqués par la régie régionale;
- enfin, des groupes comme le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, qui ont expérimenté l'approche-programme, tentent actuellement d'en faire le bilan. Ils n'envisagent pas, du moins à court terme, de se retirer des PROS dont ils sont partie prenante. Leur expérience est très précieuse pour les

autres organismes car ils sont à même d'illustrer clairement à la fois les potentialités mais aussi les difficultés et les pièges de ce type de partenariat. Ajoutons qu'ils sont solidaires des demandes de l'ensemble des organismes communautaires.

### *Concrètement...*

Depuis l'automne, deux rencontres ont eu lieu entre le ministre Marc-Yvan Côté et des représentants-tes de regroupements provinciaux d'organismes communautaires. Une troisième rencontre doit avoir lieu en avril. Les regroupements comptent discuter de programmes et d'évaluation. Entre-temps, la commission parlementaire des affaires sociales entreprend l'étude du projet de loi, article par article.

Plusieurs regroupements provinciaux envisagent de proposer des amendements au projet de loi. Le plus important est, sans contredit de biffer toute référence aux PROS dans les articles qui concernent le communautaire. Ils veulent aussi demander au ministre de ne pas procéder à la régionalisation du communautaire tant qu'une entente ne sera pas intervenue avec le ministère sur les sujets majeurs que sont les programmes et l'évaluation. Les regroupements considèrent, en outre, qu'ils doivent clarifier avec le ministre ses attentes vis à vis eux. Le maintien du financement des regroupements provinciaux est une bonne chose, encore faut-il qu'il y ait accord sur leur rôle. Par exemple, les regroupements, même s'ils soutiennent leurs membres par la formation, l'information, le partage des expériences, etc... ne veulent en aucun cas devenir "la police" du travail effectué dans les groupes locaux. Ils croient, par ailleurs, qu'ils ont une fonction importante d'analyse et de critique des orientations ministérielles pour tout ce qui touche la santé et le développement social.

Les regroupements s'unissent donc, et de plus en plus, pour défendre la vocation des organismes communautaires, face à la réforme Côté. Pendant ce temps, en région, les groupes vivent, en plus des difficultés quotidiennes, cette énorme pression qu'apporte une régionalisation vue comme imminente. On leur dit d'embarquer dans le train, que les premiers seront forcément les mieux traités, etc...

Parfois le conditionnement réussit et certains groupes se "garrochent" dans toutes sortes de réunions à toutes sortes de tables. La plupart résistent cependant aux pressions, s'informent, choisissent les rencontres qu'ils jugent pertinentes.

- Passer à l'action... ensemble!

Nous proposons de transformer cette résistance **passive** en organisation **active** sur le terrain, dans toutes les régions. Selon nous, les organismes communautaires et bénévoles auraient tout intérêt :

- à étudier *ensemble* la réforme;
- à se donner des tables régionales de concertation et d'action;
- à faire savoir publiquement leur opposition aux plans régionaux d'organisation de services (PROS) et au partenariat obligatoire;
- et à décider si, et à quelles conditions la régionalisation pourrait leur être acceptable.

Ainsi, nous réaliserons l'unité des forces, au plan régional et provincial afin d'en arriver à une entente satisfaisante entre le M.S.S.S. et nous.

Si nous sommes convaincus-es de notre utilité sociale, si nous sommes prêts-es à travailler et à lutter ensemble, alors nous pourrions négocier l'espace nécessaire au développement de nos groupes. Rappelons-nous que la réforme des services sociaux et de santé **ne peut se faire** sans les 1500 organismes communautaires financés par le M.S.S.S. C'est là que réside notre force; notre force se verra aussi dans notre capacité de répondre à la réforme proposée par des alternatives qui garantiront l'autonomie du communautaire en même temps qu'un financement adéquat.

Ces alternatives devront tenir compte d'une régionalisation devenue incontournable. Ces alternatives comporteront :

- des mesures assurant l'équité entre les groupes et entre les régions;
- des modalités concrètes pour un partenariat librement consenti;
- un financement global de nos activités;
- des modèles d'évaluation tenant compte des valeurs et de la diversité des groupes;

- des mesures assurant le respect de notre vie associative;
- et l'assurance d'être consultés sur les priorités ministérielles et régionales.

Nous avons l'imagination, le savoir-faire, les ressources intellectuelles... Mettons nos propositions sur la table.

La solidarité fera le reste!

