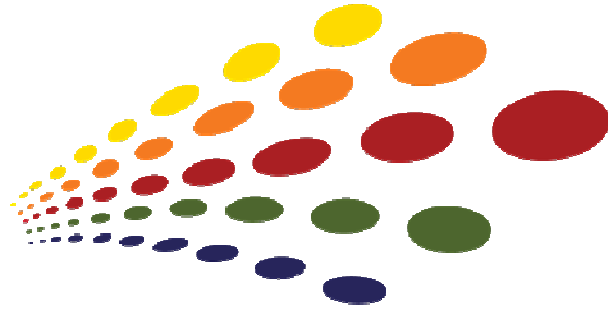


La Table



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

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

**au Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir
du meilleur état de santé physique et mentale possible dans le cadre de sa
visite au Canada**

Montréal, 13 novembre 2018

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

1, rue Sherbrooke Est, Montréal, QC, H2X 3V8,

Téléphone : 514-844-1309 | Télécopieur : 514-844-2498

info@trpocb.org | www.trpocb.org | www.facebook.com/TableDesRegroupements | twitter.com/trpocb

Table des matières

1. Introduction	4
2. L'obligation de l'État d'allouer le maximum des ressources disponibles et les critères du droit à la santé	4
2.1. Les coupures dans le financement du système public de santé et sa privatisation	4
2.1.a. Bref historique du démantèlement du système de santé public, gratuit et universel	4
2.1.b. Situation actuelle.....	5
2.2. Les conséquences sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.....	6
2.2.a. Sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé et des services sociaux	6
2.2.b. Les impacts sur les femmes.....	7
2.2.c. La sous-traitance des organismes communautaires en santé et services sociaux	8
2.3. Les ressources qui auraient pu être allouées à la fourniture de soins de santé et de services sociaux, en particulier pour les groupes les plus vulnérables	9
2.3.a. Des ressources publiques allouées aux groupes les mieux nantis	9
2.3.b. La hausse constante des coûts des médicaments au Québec	10
2.3.c. Les solutions fiscales et budgétaires, portées à l'attention de l'état québécois, pour dégager les ressources nécessaires au maintien de services publics gratuits, universels et de qualité	10
3. Le financement insuffisant et inéquitable des groupes communautaires en santé et services sociaux	12
3.1. Le financement insuffisant des groupes communautaires	12
3.2. La gestion inéquitable du programme de financement des groupes communautaires	13
3.2.a. Les iniquités administratives pour l'admission au programme	13
3.2.b. Les iniquités en terme de financement alloué	14
3.2.c. Le manque de transparence quant aux fonds publics.....	14
4. Recul du droit de participer à la prise des décisions en matière de santé et services sociaux	16
4.1. Les reculs du droit à la participation via la réorganisation des services dans le réseau public de la santé et des services sociaux.....	16
4.2. Les reculs du droit à la participation via les limites imposées aux groupes communautaires	16
5. Santé des filles et des femmes : violences et appauvrissement	17
5.1. Hausse des violences contre les filles et les femmes : insuffisance des efforts et des ressources allouées par l'État	17
5.1.a. Les femmes principales victimes de violence au Québec, toutes catégories confondues :.....	18
5.1.b. La constante hausse des violences conjugales contre les femmes :	18
5.1.c. Agressions sexuelles et insuffisance des recours de justice et de réparation	18

5.1.d.	Insuffisance des efforts et des sommes allouées à la lutte contre les violences, incluant aux ressources pour les filles et les femmes victimes de violences	19
5.2.	Appauvrissement des femmes.....	20
6.	Mécanisme de recours et de surveillance insuffisants, et souvent inaccessibles	21
6.1.	La justiciabilité du droit dans le droit interne (Canada et Québec)	21
6.2.	Le Commissaire à la santé et au bien-être	21
6.3.	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	22
6.4.	Protecteur du citoyen.....	23
7.	Conclusion.....	25
	Annexe A : les membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles.....	26

1. Introduction

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (Table) est formée de 44 regroupements nationaux, actifs à la grandeur du Québec (voir détails en annexe). À travers ses membres, la Table rejoint plus de 3 000 organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux (OCASSS) de toutes les régions. Ce sont, par exemple, des maisons de jeunes, des centres de femmes, des cuisines collectives, des maisons d'hébergement, des groupes d'entraide, des centres communautaires, etc. Plus de deux millions de citoyennes et citoyens s'y retrouvent pour renforcer des milliers de communautés.

Lieu de mobilisation, de concertation et de réflexion, la Table développe des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population. Elle intervient régulièrement face au gouvernement du Québec, en particulier face au Ministère de la Santé et des Services sociaux, auprès de qui elle joue le rôle d'interlocutrice relativement à son programme de financement des organismes communautaires.

La présente intervention de la Table dans le cadre de la visite au Canada du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible se situe dans le prolongement de son mandat, et conséquemment, dans celui de ses membres.

Considérant que plusieurs membres et alliés de la Table exposeront leurs observations au Rapporteur sur des enjeux spécifiques, elle leur laissera le soin de détailler les atteintes au droit de la santé en regard des populations vulnérables telles que les personnes migrantes, en situation d'itinérance, ainsi que les enjeux de droit à la santé des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des enfants et adolescents, et en regard de la santé sexuelle et reproductive. La Table dressera quant à elle un portrait plus général d'atteintes aux droits, mais aussi selon une vision globale qui touche le mouvement communautaire. Elle abordera donc l'obligation de l'État d'allouer le maximum des ressources disponibles et les critères du droit à la santé, le financement insuffisant et inéquitable des groupes communautaires en santé et services sociaux, le recul du droit de participer à la prise des décisions en matière de santé et services sociaux, la santé des filles et des femmes : violences et appauvrissement, et les mécanismes de recours et de surveillance.

2. L'obligation de l'État d'allouer le maximum des ressources disponibles et les critères du droit à la santé

2.1. Les coupures dans le financement du système public de santé et sa privatisation

Le Québec et le Canada étant des sociétés riches, notamment dotées de services publics en matière de santé et d'éducation, les atteintes aux droits n'y sont pas de même ampleur que dans des bien des pays. Cependant, c'est peut-être justement ce contexte privilégié qui rend les atteintes aux droits si inacceptables, puisque l'État ne peut prétexter un manque de ressources, pour ne pas répondre à ses obligations de droits humains

2.1.a. Bref historique du démantèlement du système de santé public, gratuit et universel

C'est en 1970 que le Québec met sur pied la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et qu'entre en vigueur la *Loi sur l'assurance-maladie*. Puis, en 1971, l'Assemblée nationale adopte la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* encadrant l'organisation des services et la gouvernance du réseau public. De 1971 à 1982, l'État développe progressivement le système public de santé et des services sociaux, notamment par la création des

Centres local de santé communautaire (CLSC), directement inspirés des cliniques communautaires développées par les organismes communautaires.

Mais à partir du début des années 1990, le gouvernement remet en question les principes d'universalité et de gratuité de l'accès à des soins de santé¹ : les soins dentaires pour les enfants ne sont plus assurés, ni les examens optométriques, etc. Puis, à partir de 1995 et jusqu'à aujourd'hui, les gouvernements successifs vont appliquer diverses séries de compressions, de coupures, de « mesures de rigueur budgétaire » et d'austérité au budget de la santé et des services sociaux, mettant toujours plus à mal le système public, et affectant toujours davantage la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services et des soins.

En parallèle, plusieurs groupes de travail seront mis en place, par divers gouvernements, pour étudier et recommander un apport accru du secteur privé dans le système public. Enfin, chaque vague de coupures budgétaires est venue avec des réformes et des restructurations du système, ayant chaque fois concrétisé ce recours accru au privé, alors que l'accès à des soins de santé gratuit et de qualité se dégradait toujours plus, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

2.1.b. Situation actuelle

Encore récemment, le Québec vient de faire face à une vague de coupures budgétaires massives, nommées « politiques d'austérité » : de 2014 à 2016, le Québec a subi au moins 342 mesures d'austérité budgétaire, pour un total de 4 milliards de \$². Le quart de ce montant représente l'application de 78 mesures affectant le secteur de la santé et des services sociaux. À titre d'exemple :

Compressions dans le secteur de la santé et des services sociaux entre 2014 et 2016, issues de 78 mesures répertoriées entre 2014 et 2016 par l'IRIS³

Secteurs	Montant des compressions (M = Millions)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	10,4 Millions (M) \$
Centres jeunesse	20 M\$
Pharmaciens et pharmaciennes	130 M\$
Agences de la santé remplacées par les CISSS	220 M\$
Établissements de santé	583 M\$
Total des coupures en santé et services sociaux	963,4 M\$

Ces coupures massives ont été appliquées avec une restructuration massive de système public : en 2014, le gouvernement du Québec a déposé le Projet de loi 10 (PL-10), visant à reconfigurer le réseau de la santé et des services sociaux dans l'objectif d'en réduire les coûts. Controversé quant à son contenu et à son adoption 6 mois

1 Voir l'historique des coupures depuis 1995 : Centrale des syndicats du Québec, « [Bref rappel historique du système de santé public du Québec](#) ».

2 Compilation par l'Institut de recherches et d'information socio-économique (IRIS) : voir « [Viser la Justice sociale Récupérer notre trésor collectif](#) », Coalition Main Rouge, Guide d'animation.

3 NGUYEN, Minh, Document de réflexion, [Bilan de l'observatoire sur les conséquences des mesures d'austérité 2014-2016](#), IRIS, 2016, page 6.

plus tard⁴, le PL-10 a modifié la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, principalement en vue de fusionner tous les établissements de santé d'une même région socio-sanitaire (16 régions au Québec), ainsi que de transformer l'instance d'administration régionale existante (autrefois les Agences de la santé et des services sociaux). Ce faisant, la dispensation des services de santé et leur administration sont maintenant centralisées dans 33 nouvelles instances, soit des Centres intégrés de services de santé et de services (CISSS) sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de services de santé et de services sociaux (CIUSSS).

2.2. Les conséquences sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

2.2.a. Sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé et des services sociaux

Disponibilité. Cette nouvelle réforme du système de santé a occasionné de grands chambardements au niveau du personnel des établissements, ce qui a mené à la mise à pied de 2000 employé·e·s. et à une dégradation importante des conditions de travail, et, par conséquent, ont grandement affecté l'offre de soins. Par exemple, au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) : « c'est entre 1000 à 1500 opérations de moins qui se feront par année en raison des compressions, et le département de gériatrie risque de fermer. Encore une fois, lorsqu'on parle de coupes de postes de première ligne, de fermetures de lits et d'établissements, ceci implique la réduction durable des services offerts aux citoyens et citoyennes. »⁵

Accessibilité. De moins en moins de soins sont accessibles gratuitement : actuellement au Québec, on estime que 30% des dépenses de santé proviennent directement de la poche des citoyens et citoyennes. L'accès, par exemple, aux dentistes, aux optométristes et à des soins de santé mentale est lié directement à la capacité de payer, ce qui accentue les disparités entre ceux qui peuvent se les payer et ceux qui n'en ont pas les moyens.

D'autre part, le secteur privé s'est rapidement développé pour les services diagnostics. De plus en plus, on nous dirige vers des cliniques privées pour des mammographies, des échographies, des radiographies, des examens de résonance magnétique. Les personnes qui en ont les moyens ou qui ont des assurances ont des diagnostics plus rapides et donc des traitements plus rapides. Cela a entraîné une hausse considérable des dépenses de santé, à la fois pour les personnes que pour le trésor public. On constate la même chose dans tous les autres secteurs qui, depuis les dernières années, font largement appels au privé, notamment : les médicaments, les technologies médicales et l'informatisation des dossiers médicaux.

Qualité. Depuis 2012, le gouvernement a progressivement implanté la méthode LEAN (ou Méthode Toyota), dans le but de « faire plus avec moins ». Or, l'application de cette méthode, visant la rentabilité à tout prix, est en train de se faire au détriment de l'humanisation des services et de la détérioration des conditions de travail du personnel soignant : « (...) Cette pensée managériale carbure aux chiffres, faisant passer la complexité dans le hachoir d'une quantification tentaculaire : heures d'attente, nombre de patients diagnostiqués par unité de temps, nombre de prestations de soins à domicile par jour, car « on ne peut améliorer que les choses que l'on peut mesurer. »⁶

À titre d'illustration, un récent article a révélé les dérapages d'une mesure dans la lignée de la méthode LEAN appliquée lors des rencontres visant à évaluer les besoins des personnes en maintien à domicile. « Depuis

4 Le projet de loi no 10 a été adopté par la procédure parlementaire du bâillon (Pour 62, Contre 50, Abstention 0) et sanctionné le 9 février 2015.

5 *Supra* note 3, page 6

6 Pierre Henrichon, [La misère des «meilleures pratiques» en gestion](#), Le Devoir, 8 novembre 2018.

novembre 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé à déployer l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) dans les différentes régions de la province. Il s'agit d'un long questionnaire qui est utilisé par des intervenants comme des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes pour évaluer les besoins des patients qui sont suivis à domicile. (...) Le fait que ce long questionnaire informatisé est utilisé lors des premières rencontres avec les usagers suscite un malaise chez de nombreux travailleurs sociaux, parce qu'il ne permet pas, selon eux, de faire une évaluation clinique dans une attitude de véritable écoute. D'avoir à poser pendant des heures une longue série de questions rend difficile l'établissement d'une relation de confiance avec l'usager, selon Marjolaine Goudreau, qui est travailleuse sociale au RECIFS, un regroupement d'intervenants sociaux. « C'est complètement absurde. Premièrement, on est branché sur notre ordinateur, on écrit nos choses, on n'a pas de contact visuel avec la personne. On n'est pas en relation d'aide, vraiment pas », dit-elle. »⁷

2.2.b. Les impacts sur les femmes

Les groupes vulnérables sont, de loin, les plus sévèrement touchés par la désorganisation du réseau public et sa privatisation progressive, et notamment des femmes.

De façon générale, alors que les mesures gouvernementales de relance économique bénéficient essentiellement aux hommes, les politiques d'austérité, pour leur part, ont frappé de plein fouet les femmes⁸ : « L'analyse des résultats illustre que les politiques d'austérité discriminent les femmes et les pénalisent de manière systémique. Elles génèrent d'importants reculs de la condition féminine, en entravant la capacité des femmes à réaliser leurs droits économiques, sociaux et culturels, et en forçant les femmes à assumer plus de rôles sociaux de genre qu'elles ne le voudraient. En effet, les politiques d'austérité limitent la capacité des femmes à satisfaire leurs besoins de base, elles augmentent leur chômage et diminuent leur autonomie économique. Pour certaines, cet appauvrissement général a l'effet de les maintenir en situation de violence conjugale. De plus, les politiques d'austérité diminuent l'accessibilité aux services publics dont elles, leurs enfants ou leurs parents ont besoin, ce qui contraint les femmes à consacrer plus de temps pour soutenir bénévolement leur famille. Cette augmentation de leur travail invisible, conjointement à leur appauvrissement, les ramène dans l'espace domestique. Éloignées de l'espace public, elles vivent plus d'isolement ce qui affecte directement leur santé mentale.⁹ »

En 2015, près d'une femme sur deux ont affirmé avoir de plus en plus de difficulté à avoir accès aux services de santé et aux services sociaux : « La privatisation, l'augmentation des tarifs, le montant élevé de la taxe santé, le temps d'attente, la proximité des centres de santé ou, tout simplement, la disponibilité des spécialistes sont des facteurs qui diminuent l'accès aux services de santé et aux services sociaux. (...) Afin d'économiser, certaines [femmes] éloignent les rendez-vous chez le dentiste ou chez l'optométriste ou arrêtent tout simplement d'y avoir recours, rapportent-elles dans les groupes de discussion. D'autres femmes attendent les coupons de réduction afin d'économiser sur les produits de la pharmacie. (...) Pour un plus de 8 % des répondantes, les médicaments ne sont pas suffisamment accessibles. Elles mentionnent principalement que le prix de ceux-ci est trop élevé. Les femmes soulignent également que l'assurance médicament est dispendieuse. Certaines d'entre elles se trouvent même obligées de se priver de ces médicaments pour satisfaire leurs besoins de base.¹⁰ »

7 Radio-Canada, 5 novembre 2018, [Les algorithmes provoquent un malaise dans les services sociaux](#)

8 Eve-Lyne Couturier et Simon Tremblay-Pepin, « Rapport de recherche Les mesures d'austérité et les femmes : analyse des documents budgétaires depuis novembre 2008, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 2015.

9 L'R des Centres de femmes du Québec, « [Études des impacts des mesures d'austérité sur les femmes entre janvier et décembre 2015](#) », 2016.

10 L'R, *supra* note 9, p.20-22

La situation des femmes âgées est aussi à souligner : Au Québec, un million de personnes ont besoin de services à domicile pour demeurer chez elles en toute dignité. Certaines n'ont besoin que d'un coup de main pour le ménage et l'épicerie, alors que d'autres doivent recevoir des soins médicaux et infirmiers : « Principalement, les femmes à la retraite disent avoir de la difficulté à payer tous les frais relatifs aux besoins de base (la nourriture, le logement et l'électricité) en plus des soins de santé et des médicaments qui leur sont nécessaires. (...) Par ailleurs, il est important de souligner que dans les témoignages, les femmes âgées disent ne pas avoir les moyens de payer leur médicament.¹¹ »

De plus, des milliers de femmes de plus en plus âgées doivent prendre soin de leur conjoint-e en perte d'autonomie. On assiste également à l'émergence d'une génération de «femmes sandwiches», prises entre les besoins de leurs enfants et de leurs parents vieillissant, entre les besoins des petits-enfants ou d'un conjoint-e malade. Plusieurs d'entre elles doivent modifier leur horaire en passant d'un travail à temps plein à un travail à temps partiel, ou même quitter leur emploi, pour répondre aux besoins des uns et des autres. Enfin, on demande de plus en plus aux aidantes d'assumer des tâches spécialisées (bains, lavements, injections) alors qu'elles ne sont pas des infirmières ou préposées mais bien des conjointes, des filles, des mères qui se préoccupent de leurs proches.¹²

2.2.c. La sous-traitance des organismes communautaires en santé et services sociaux

Cette diminution de la disponibilité et de l'accès à des services et soins de santé a des effets directs sur les organismes communautaires de ce secteur. En effet, de nombreux besoins ne sont plus pris en charge par le système public, et n'intéressent pas le secteur privé à but lucratif, car ils sont jugés peu rentables. Les groupes communautaires et les groupes de femmes subissent ainsi une pression de plus en plus grande pour pallier aux lacunes du système, tout en étant chroniquement sous-financés (voir à la section suivante) : « Les travailleuses de centres de femmes communautaires effectuent des tâches qui devraient être assumées par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). (...) les centres de femmes reçoivent beaucoup de visites de femmes ayant des difficultés de santé mentale qui sont dirigées vers les centres de femmes par les CLSC. Ces derniers demandent même régulièrement aux travailleuses de centres d'assurer un suivi. Les femmes ayant besoin d'aide psychologique (dont certains cas sont très lourds) sont également dirigées par les CSSS aux centres de femmes de leur région. C'est également le cas pour le soutien aux femmes âgées. Il y a donc une déresponsabilisation de l'État et une responsabilisation des centres communautaires qui n'ont pas toujours les moyens financiers suffisants pour assurer le service. »¹³

Encore ici, les femmes sont affectées dans une proportion accrue : « Les impacts négatifs sur les femmes sont d'autant plus importants que celles-ci constituent 80% de la main-d'oeuvre dans le réseau de la santé et dans le milieu communautaire. Elles représentent 75% des proches aidantes et elles utilisent deux fois plus les services de santé que les hommes. La sous-traitance des organismes communautaires, dans un contexte de manque de financement chronique de celui-ci, met une pression sur les personnes travaillant pour ces groupes, au premier chef les femmes : les travailleuses du communautaire sont surchargées de travail et tiraillées entre ces tâches qui

11 L'R, *supra* note 9, p. 25-26

12 Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé « [La privatisation du système de santé : Une atteinte au droit à la santé et au droit à l'égalité des femmes](#) », 2008.

13 L'R, *supra* note 9, p. 21

leur sont imposées et leur mission première de changement social et de défense de droits. De plus, elles gagnent trop souvent un salaire peu enviable et ont rarement accès à des avantages sociaux. »¹⁴

2.3. Les ressources qui auraient pu être allouées à la fourniture de soins de santé et de services sociaux, en particulier pour les groupes les plus vulnérables

Pourtant, le Québec a largement les ressources disponibles pour financer son système de santé public et universel.

2.3.a. Des ressources publiques allouées aux groupes les mieux nantis

De juin 2017 à mars 2018, la Table a répertorié sept exemples de dépenses publiques qui, totalisant 5.7 milliards, auraient pu être allouées en priorité à l'accès à des soins de santé et des services sociaux, mais ont plutôt été consentis à des groupes les plus privilégiés de la société :

Compilation des dépenses gouvernementales sévèrement critiquées dans les médias Entre avril 2017 et mars 2018	
131 Millions \$ en trois ans	Caisse de dépôt et de placement du Québec : hausse moyenne des salaires de 75% : « En 2013, les salaires et avantages sociaux représentaient 182 600 \$ par employé, en moyenne. Or, cette somme est passée à 319 100 \$ en 2016, peut-on conclure des chiffres officiels publiés par la Caisse. (...) Cette rémunération peut également comprendre des bonis, qui sont répartis inégalement entre les employés. Néanmoins, ce bond moyen de 136 500 \$ représente une hausse de 75 % en trois ans, du jamais vu à la Caisse. Pendant cette période, les salaires moyens ont crû de 5 % au Canada. » ¹⁵
5,4 Milliards \$, dont 511 millions \$ dès 2018	Rémunération des spécialistes : « L'entente entre le gouvernement Couillard et la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec (...) prévoit des hausses de 11,2 % pour 2015-2023 (...) L'enveloppe de rémunération des médecins spécialistes passera à 5,4 milliards en 2022-2023, prévoit-on. » ¹⁶
92 Millions \$:	La saga pétrolière d'Anticosti Après avoir investi dans les travaux d'exploration sur l'île d'Anticosti « le ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation (...) a indiqué que le montant total investi (...) était de 29,9 millions » « Après avoir annoncé la fin de tous les projets d'exploration pétrolière et gazière sur l'île d'Anticosti, le gouvernement Couillard a négocié l'été dernier des compensations à verser aux entreprises partenaires du projet Hydrocarbures Anticosti. (...) Les compensations totales versées aux cinq entreprises ont donc atteint quelque 62 millions. » ¹⁷

14 Sur tout ce sujet, voir Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé « [La privatisation du système de santé : Une atteinte au droit à la santé et au droit à l'égalité des femmes](#) », 2008.

15 http://plus.lapresse.ca/screens/6695f074-4e63-493c-8ff1-86f8ee2aa58b%7C_0.html

16 <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201802/20/01-5154515-remuneration-des-specialistes-un-comite-de-suivi-annonce-mais-jamais-cree.php>

17 <http://www.ledevoir.com/societe/environnement/518740/quebec-a-depense-92-millions-dans-le-projet-hydrocarbures-anticosti>

Compilation des dépenses gouvernementales sévèrement critiquées dans les médias Entre avril 2017 et mars 2018	
8 Millions \$:	Forfait pour les médecins spécialistes « Québec a versé près de 8 millions \$ depuis trois ans pour un extra de 65,95 \$ que touchent les spécialistes en médecine interne chaque fois qu'ils s'occupent d'un patient en isolement atteint d'une maladie contagieuse comme la grippe ou la gastro. » ¹⁸
41 Millions \$:	Extra de 105\$ par chirurgiens pour que les salles d'opération ouvrent à 8 h le matin « Le gouvernement Couillard a versé depuis trois ans 41 millions \$ en primes uniquement pour que des médecins arrivent et terminent à l'heure dans les salles d'opération des hôpitaux. ». ¹⁹
26 Millions \$:	Bonis versés aux employés de Loto-Québec et de la Société des alcools du Québec ²⁰
22,25 Millions \$:	Primes aux cadres d'Hydro-Québec « En 2016, la part du lion des primes - soit 15,3 millions \$ - a été versée aux quelque 1500 cadres et membres de la haute direction de la société d'État. Pour leur part, environ 1430 professionnels ont reçu 6,96 millions \$. » ²¹
TOTAL : 5,7 milliard\$	

2.3.b. La hausse constante des coûts des médicaments au Québec

Le Québec dépense 35 % de plus que les autres provinces pour ses médicaments et 80 % de plus que les principaux pays développés. Chaque année, la population québécoise paie plus de 7, 5 milliards de dollars pour ses médicaments prescrits, alors qu'elle pourrait économiser 3,8 milliards de dollars par la mise en place d'un régime entièrement public d'assurance médicaments.²² En plus d'être beaucoup trop coûteux il est inéquitable, le régime hybride actuel (public-privé) n'offre pas les mêmes conditions d'accès aux médicaments pour toutes et tous, au même prix.²³

2.3.c. Les solutions fiscales et budgétaires, portées à l'attention de l'état québécois, pour dégager les ressources nécessaires au maintien de services publics gratuits, universels et de qualité

En 2010, une coalition réunissant une centaine d'organisations syndicales et communautaires, la *Coalition Main rouge*²⁴, a élaboré une liste de solutions fiscales et de mesures de contrôle des dépenses qui permettraient de renflouer les coffres de l'État de 10 milliards \$ par année, tout en redistribuant la richesse. À l'instar de nombreuses organisations, la Table a présenté ces propositions au gouvernement à de multiples occasions, afin que les choix budgétaires annuels respectent les droits fondamentaux, mais en vain.

Ces solutions sont les suivantes :

- Améliorer la progressivité de l'impôt et revoir les dépenses fiscales des particuliers

18 http://www.journaldemontreal.com/2018/01/24/une-prime-de-66-pour-chaque-patient-en-isolement#cxrecs_s

19 <http://www.journaldemontreal.com/2017/12/08/41m-pour-etre-ponctuels>

20 <http://www.journaldemontreal.com/2017/06/27/des-bonis-deraisonables>

21 <https://www.ledroit.com/affaires/hydro-quebec-moins-de-primes-aux-employes-plus-aux-cadres-46b01469d3c7441ef6186ad0cdbc7518>

22 www.cssante.com

23 Union des consommateurs, « Oui à un régime national d'assurance médicaments: non à l'adoption du modèle public-privé québécois », Mémoire déposé au Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicament, 2018

24 www.nonauxhausse.org

- Établir 11 paliers d'imposition pour les particuliers = 1 milliard\$
- Abolir le crédit d'impôt sur les gains en capital des individus = 739 millions\$
- Diminuer le plafond de cotisation des REER = 300 millions\$
- Réduire les crédits d'impôt pour dividendes = 180 millions\$
- Moduler les taxes à la consommation en fonction de la nature des biens achetés = 745 millions\$
- Rétablir un équilibre entre la fiscalité des particuliers et celle des entreprises
 - Augmenter le taux provincial d'imposition des entreprises à 15% = 1,22 milliard\$
 - Augmenter la contribution fiscale des entreprises financières notamment en rétablissant la taxe sur leur capital = 600 millions\$
 - Revoir les dépenses fiscales des entreprises = 1,17 milliard\$
 - Réduire les subventions aux entreprises = 500 millions\$
 - Augmenter les redevances des entreprises sur l'exploitation des ressources naturelles = 410 millions\$
- Lutter contre la fraude et la mauvaise gestion des fonds publics
 - Lutter contre l'évasion fiscale et l'évitement fiscal = 740 millions\$
 - Lutter contre la corruption et la mauvaise gestion dans l'attribution des contrats gouvernementaux = 600 millions\$
- Mesures diverses
 - Cesser de recourir aux agences de placement dans les institutions publiques de santé = 71 millions\$
 - Adopter des mesures de contrôle du coût des médicaments, dont l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments = 1 milliard\$
 - Utiliser le logiciel libre dans l'ensemble de l'appareil gouvernemental = 266 millions\$
- Autres solutions fiscales potentielles à l'étude
 - Cesser de recourir aux PPP dans la construction d'infrastructures publiques
 - Cesser de transférer les chirurgies dans les Centres médicaux spécialisés (CMS) = 30 à 40% moins cher
 - Adopter une politique de rémunération maximale des cadres et dirigeants des institutions publiques, parapubliques et des sociétés d'État

En résumé, le Québec a toutes les ressources disponibles pour développer et maintenir un système de santé et de services sociaux gratuit et accessible universellement sans discrimination. Également, nous avons les moyens pour assurer un financement adéquat des groupes communautaires qui, par leur nature citoyenne, démocratique, et enracinée dans la communauté, participent activement à des aspects essentiels du droit à la santé, tels que la prévention, l'écoute et le soutien, la défense des droits, le droit à la participation et la mise en place d'approches globales permettant d'agir sur les déterminants de la santé.

3. Le financement insuffisant et inéquitable des groupes communautaires en santé et services sociaux

En 2001, le gouvernement du Québec adoptait une *Politique de reconnaissance et de financement des groupes communautaires*. Celle-ci reconnaît les groupes comme « une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec »; et engage notamment le gouvernement à leur verser un « financement en appui à la mission globale »²⁵. Pourtant, le financement de base des 4000 groupes du mouvement de l'action communautaire autonome, incluant les 3000 groupes en santé et services sociaux, est toujours insuffisant : pour ces derniers, le manque à gagner est évalué à 355 Millions \$, annuellement.

En théorie, les 3000 groupes du secteur de la santé et des services sociaux peuvent recevoir du financement de la part du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour la réalisation de leur mission, par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), créé en 1973. La Table et ses membres ont, à plusieurs reprises, attiré l'attention du gouvernement sur les déficiences de ce programme : le financement insuffisant et incorrectement indexé, les iniquités de traitement aux niveaux administratif et financier, ainsi que le manque de transparence dans la gestion du programme.

3.1. Le financement insuffisant des groupes communautaires

En 2017-2018, les subventions du PSOC attribuées pour la mission globale représentaient une enveloppe d'environ 510 millions\$, ce qui correspond à 1,4% des 36,8 milliards\$ que compte le budget total du MSSS²⁶. Si le gouvernement répondait aux besoins exprimés par les groupes, en comblant le manque à gagner annuel de 355M\$ et en indexant les subventions à la hauteur de la hausse de leurs coûts d'opération, le PSOC pour la mission globale représenterait à peine plus, soit 2,4% du budget du MSSS.

Typologies	Subvention médiane	Nombre d'organismes	35% des groupes reçoivent moins de :
Milieu de vie	95 036 \$	1 458	70 000\$/an
Aide et entraide Sensibilisation et promotion	50 214 \$	1 139	30 000\$/an
Hébergement (24/7)	370 728 \$	310	250 000\$/an
Regroupement	71 936 \$	105	50 000\$/an
TOTAL	81 000\$	3 000	55 000\$ (1 300 groupes reçoivent moins de 70 000\$/an)

25 Gouvernement du Québec, [Politique gouvernementale : « L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec »](#), 2001.

26 Documents déposés par le gouvernement du Québec lors de l'étude des crédits du budget proposé pour 2018-2019.

Le manque de financement oblige de nombreux groupes à fermer durant l'été ou à réduire leurs activités : en 2015 et 2016, près de 320 groupes communautaires ont rapporté avoir vécu une ou plusieurs des situations suivantes : fermeture temporaire (ou même définitive), diminution ou arrêt d'activités, mise à pied temporaires, etc., de témoigner de ce que cela signifiait concrètement.²⁷ Ces groupes étaient très variés et situés dans toutes les régions, particulièrement des maisons de jeunes, des centres de femmes, des ressources pour personnes handicapées et des groupes d'entraide. La situation s'est même aggravée entre les deux années, notamment en regard du nombre de groupes ayant dû procéder à des mises à pied temporaires, passant de 66 à 95 groupes (39% de l'échantillon en 2015 et 53% en 2016), et, dans presque la moitié des cas, pour des mises à pied affectant entre 3 et 13 personnes.

Quant à l'indexation annuelle versée, les balises utilisées ne conviennent pas à la réalité des organismes communautaires, en plus de constituer, de la part du gouvernement, un double standard dans sa propre gestion des fonds publics. Alors que le MSSS indexe la portion de son budget destiné aux établissements de santé en fonction de leurs coûts de système (ou hausse des coûts d'opération), il n'agit pas de même pour la portion qu'il destine aux subventions des groupes communautaires. Pour indexer ces derniers, le MSSS utilise l'Indice des prix à la consommation (IPC), une statistique conçue pour des dépenses de consommation des ménages. L'IPC donne une valeur à la variation des coûts des biens et des services de consommation à assumer par les consommateurs et les consommatrices. Ce taux sert ensuite à indexer les salaires, les loyers résidentiels, les pensions alimentaires et les versements de diverses prestations aux personnes et aux ménages (e. Régime de pension). Cette mesure n'est absolument pas adaptée pour calculer l'augmentation de l'ensemble des coûts d'opération que les groupes doivent assumer, car ils ne sont ni des consommateurs, ni des ménages. Ainsi, alors que l'indexation devrait assurer le maintien de la valeur des subventions, l'utilisation de l'IPC entraîne un appauvrissement des groupes. Étant souvent un employeur, il doit assumer des charges sociales et respecter des contrats de travail. Par exemple, hausser un salaire de 2% coûte, à l'employeur, un montant plus élevé que la valeur de ce 2%, l'augmentation des charges sociales s'ajoutant à ce montant.

De plus, la décision d'indexer les subventions selon l'IPC n'est pas prise dans la transparence : il s'agirait d'une règle, mais qui n'est inscrite nulle part; et le choix du mois de référence semble une décision politique, quant à ce que l'État considère être en mesure d'accorder.

3.2. La gestion inéquitable du programme de financement des groupes communautaires

Bien que plusieurs règles administratives du PSOC aient été harmonisées depuis 2003, il existe encore de fortes disparités administratives et de financement. Des groupes ayant des missions similaires peuvent être admis au PSOC dans une région et pas dans une autre, ou ne pas recevoir de montants comparables. Ce traitement inéquitable des groupes signifie que le gouvernement soutient différemment la population selon les régions, perpétuant ainsi des inégalités sociales importantes.

3.2.a. Les iniquités administratives pour l'admission au programme

Les critères d'inclusion et de maintien au programme sont interprétés différemment dans 16 instances administratives régionales (CISSS-CIUSSS) et dans l'instance administrative nationale (DSSGAC). Le programme classe les groupes dans 6 typologies : Milieu de vie, Aide et entraide, Sensibilisation et promotion, Hébergement (24/7) et Regroupement. Cependant, celles-ci sont comprises et appliquées de manière très variable, selon les régions administratives. Des groupes ayant des missions similaires sont ainsi classés dans des

²⁷ TRPOCB, [Budget 2018-2019 - Guide pour l'étude des crédits du Ministère de la Santé et des services sociaux, volet services sociaux](#), 2018.

typologies différentes selon les régions, sans que des différences le justifient. Par exemple, dans le domaine des dépendances et celui de l'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les différences de classement font que des groupes sont éligibles au PSOC dans certaines régions, mais pas dans d'autres.

La Table et ses membres portent ceci à l'attention du gouvernement depuis de nombreuses années, mais en vain. Pourtant, ces différences de classement ont un effet direct sur les ressources allouées au soutien à la population, en créant des disparités de traitement considérables, entre les régions administratives du Québec.

3.2.b. Les iniquités en terme de financement alloué

Une fois les groupes admis au financement, il existe également des variations importantes dans le financement entre les groupes et entre les régions, notamment parce qu'il n'existe pas de seuils planchers applicables aux typologies, et ce, partout de manière équitable. En effet, certaines régions appliquent des seuils planchers régionaux (ou budget de base requis) et ceux-ci sont très variables. Par exemple, uniquement pour les régions de Chaudière-Appalaches, de Lanaudière et de Montréal, les montants de base des typologies sont très différents²⁸. Des variantes existent aussi à l'intérieur des régions, des ressources équivalentes ne recevant que 25% de la subvention obtenue par d'autres²⁹.

La situation des regroupements provinciaux de groupes communautaires est aussi inéquitable, tant en regard du traitement administratif que des montants des subventions. Ainsi, un regroupement provincial d'organismes qui hébergent des femmes et enfants victimes de violence conjugale se voit refusé, à chaque année depuis 2011, le financement pour sa mission globale. Pourtant, il s'agit d'un enjeu de santé reconnu par le MSSS, tant par l'existence de la typologie Hébergement, que du fait que plusieurs regroupements du même type sont subventionnés depuis plusieurs années.

3.2.c. Le manque de transparence quant aux fonds publics

Malgré l'abondance de données transmises par le gouvernement du Québec lorsqu'il dépose son budget annuel, aucun document ne fournit de détails de la dépense du MSSS prévue quant au PSOC. Des ministères ayant des programmes beaucoup plus modestes inscrivent davantage d'informations que le MSSS quant aux prévisions pour l'année prochaine et aux dépenses de l'année terminée.

La seule information transmise par la présentation du budget du Québec est imprécise et ne corrobore pas avec les données qui sont transmises ensuite lors de l'étude des crédits, faite par une Commission parlementaire :

²⁸ Par exemple, le montant de base annuel d'un groupe « Milieu de vie et de soutien dans la communauté » sera de 135 000\$ dans une région et de 280 000\$ dans une autre, comparativement à 395 420\$ comme seuil plancher national commun établi pour 2018 . Également, mentionnons que le montant de base d'un groupe de « Sensibilisation, promotion et défense des droits » sera de 161 000\$ dans une région et de 215 000\$ dans une autre, comparativement au seuil plancher national revendiqué de 237 252\$. Autre exemple de variation,

²⁹ Pour 2016-2017, la subvention obtenue pour héberger un jeune dans des ressources d'action communautaire autonome (de 10 à 20 lits) variait, selon les régions, de 11 000\$ à 44 000\$ par jeune par année.

MSSS - Fonds publics dépensés en 2017-2018	Selon le document du Budget³⁰	Selon l'Étude des crédits³¹
Fonds gérés régionalement		
Item : « Organismes communautaires et autres organismes » (sans précision)	583 706 600\$	
Subventions accordées par le PSOC aux 3000 organismes à rayonnement régional		583 542 309 \$
Fonds gérés nationalement		
Item « Autres crédits de transfert » (incluant des organismes communautaires)	18 637 900\$	
Subventions accordées par le PSOC aux 150 organismes à rayonnement national		16 764 716 \$

Ainsi, le montant de l'enveloppe du programme n'est pas inscrit dans le budget du Québec, ni sa répartition par responsabilité de financement (l'administration nationale et celles des régions), ni selon les modes de financement du programme, et encore moins le taux d'indexation appliqué. Ce manque de transparence ne permet pas de savoir si l'enveloppe dédiée aux subventions pour la mission globale est prépondérante face aux 2 autres modes (ententes et projets), enjeu pourtant crucial pour respecter la *Politique de reconnaissance et de financement des groupes communautaires* de 2001.

Outre les documents budgétaires provinciaux, aucun document ne réunit les informations sur la progression des enveloppes régionales, et encore moins sur l'utilisation en fonction des typologies utilisées et les données éparses ne précisent souvent pas la part attribuée aux 3 modes de financement du programme. La gestion régionalisée du PSOC fait en sorte que les données ne sont disponibles qu'une fois que les sommes ont été dépensées et centralisées. Cela occasionne ainsi une perte de transparence quant aux fonds publics, empêchant la population de juger si les sommes allouées à la santé sont suffisantes ou non.

Enfin, alors que le MSSS s'était engagé à garantir des mécanismes de liaison et de communication avec les groupes communautaires sur l'ensemble du territoire québécois, la situation demeure très différente d'une région à l'autre : actuellement, certains CISSS-CIUSSS ont de tels comités de liaison sur la gestion du PSOC, et d'autres non. Les groupes locaux n'ont donc pas la même influence sur les décisions régionales selon la région.

³⁰ Budget des dépenses 2018-2019, Crédits des ministères et organismes, Crédits de transfert pour 2017-2018, p. 173

³¹ Étude des crédits 2018-2019 du MSSS, Réponses aux questions de l'opposition officielle, Volume 3, pp. 121-193, réponses à la question #373 sur les dépenses de 2017-2018.

4. Recul du droit de participer à la prise des décisions en matière de santé et services sociaux

4.1. Les reculs du droit à la participation via la réorganisation des services dans le réseau public de la santé et des services sociaux

En fusionnant les administrations régionales existantes aux 182 établissements de dispensation des soins, le projet de loi 10 (PL-10) a donné lieu à des reculs démocratiques importants. En effet, cela a signifié la disparition des 178 conseils d'administration (CA) des établissements et des agences régionales existantes, et conséquemment des sièges qui y étaient réservés pour la population.

Avant ce projet de loi, chaque établissement était dirigé par un conseil d'administration formé d'une vingtaine de personnes et chaque agence disposait d'un CA d'une quinzaine de personnes. En plus de réunir différentes expertises médicales et de gestion, ces CA pouvaient également compter sur les expertises de citoyennes et de citoyens, en plus de celles du milieu communautaire et du milieu syndical. L'adoption du PL-10 a signifié la suppression de 1062 postes, bénévoles, de membres de conseil d'administration, constituant une perte majeure de ces expertises pour l'ensemble du Québec. De plus, il a fait perdre un gain datant de 2005, en abolissant le poste prévu aux CA d'établissements pour une représentante des sages-femmes.

Également, les CA des CISSS-CIUSSS (qui sont venus remplacer les agences régionales) sont bien plus intimidants pour les personnes occupant les rares postes n'étant pas réservés aux secteurs médicaux et aux gestionnaires. La prise de décisions est désormais réduite à une vision économique et curative de la santé plutôt qu'inspirée, comme ce fut le cas auparavant, par une approche globale incluant la promotion, la prévention, les déterminants sociaux de la santé, et les préoccupations des communautés concernées. La Table considère que cela constitue un manquement à l'article 2 de la *Loi québécoise sur la Santé et les Services sociaux* :

« 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; »³²

4.2. Les reculs du droit à la participation via les limites imposées aux groupes communautaires

Les 3000 groupes communautaires autonomes en santé et services sociaux sont des lieux privilégiés d'exercice de citoyenneté et du droit de participation aux décisions communautaires, régionales et provinciales³³. Au cours

³² [LSSSS](#), article 2.

³³ L'action des organismes communautaires constitue au Québec un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux : 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.; 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 les hommes et les femmes ; 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.

Les huit critères définissant ces organismes (aussi reconnus par le MSSS) :

1. être un organisme à but non lucratif;

des dernières années, en plus du sous-financement chronique, d'autres importantes limites à leur pouvoir d'intervention sont venues réduire l'accès de la population à du soutien dispensé à proximité, dans leurs communautés, et à des lieux d'échange, de réflexion, de concertation et de prises de décisions.

De 2008 à 2018, les organismes sans but lucratif ont dû se défendre contre 3 tentatives de les assujettir à la *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme*, loi créée en 2002 pour surveiller les activités de lobbyisme du secteur lucratif. Cet assujettissement aurait signifié assimiler des milliers de personnes impliquées dans la société civile à des lobbyistes, alors qu'elles font du plaidoyer sur des enjeux de sociétés.

Bien que la mobilisation des groupes ait permis de bloquer toutes ces tentatives, dont l'une sous forme d'un projet de loi³⁴, il est toujours possible qu'un gouvernement récidive. Les risques pour les organismes sans but lucratif demeurent les suivants : empêcher la communication avec les élus-es, nuire au recrutement de membres et de bénévoles, compromettre leur vie démocratique et leur survie, discréditer les groupes auprès de la population en les associant à des lobbyistes intéressés par le profit.

Du côté du gouvernement fédéral, les règles imposées par l'Agence de revenu du Canada (ARC) aux 86 000 organismes de bienfaisance, dont un grand nombre interviennent sur les politiques publiques en matière de santé. En juillet dernier, un jugement dans la cause *Canada sans pauvreté c. le Procureur général du Canada* a confirmé que les droits des organismes de bienfaisance étaient davantage limités que ceux d'autres organisations en raison des règles de l'ARC dues à une définition inappropriée d'une activité politique non-partisane.

5. Santé des filles et des femmes : violences et appauvrissement

5.1. Hausse des violences contre les filles et les femmes : insuffisance des efforts et des ressources allouées par l'État

En avril dernier, le Canada recevait la visite de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes. Les violences faites aux femmes, incluant les violences sexuelles, continuent de représenter une des principales causes d'atteintes à la santé des filles et des femmes, au Canada et au Québec. En effet, outre les blessures qui peuvent être directement subies dans les situations de violence physique, les violences sont aussi à l'origine de différents problèmes psychologiques et de santé mentale. Aussi, nous souhaitons apporter, à l'attention de M. Pūras, quelques faits et données à ce sujet. Nous souhaitons également souligner, comment les états canadien et québécois n'assument pas, de façon pleine et entière, leur obligation de protéger les femmes et les filles contre toutes formes de violences.

-
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.

³⁴ Le PL56 a été déposé en 2015 et est mort au feuillet en juin 2018. Pour plus de détails voir [La surveillance et le contrôle technocratique des organismes sans but lucratif \(OSBL\) : un enjeu de droits collectifs](#), Ligue des droits et libertés, Table des regroupements provinciaux d'organismes et Service aux collectivités de l'UQAM, 2017.

5.1.a. Les femmes principales victimes de violence au Québec, toutes catégories confondues :

En 2015, l'ensemble des services de police du Québec ont enregistré 19 406 cas de violence conjugale, qui représentent près du tiers (30,2 %) de tous les crimes commis envers la personne. Les femmes sont les principales victimes (78 %), et près de 4 sur 10 sont âgées de 18 à 29 ans.

Par rapport aux enlèvements, elles représentent 100 % des victimes. Dans des proportions tout aussi considérables, elles sont les principales victimes d'agressions sexuelles (97,4 %), de séquestration (96,9 %), d'intimidation (91,3 %), de voies de fait (87,5 %) et de harcèlement criminel (86,3 %) ³⁵.

5.1.b. La constante hausse des violences conjugales contre les femmes :

Au Québec, bien que le taux de crime contre la personne ait diminué de 5% depuis 2008, les cas d'infractions dans un contexte de violence conjugale ont augmenté de 10%, pour la même période ³⁶.

Cette situation continue de porter sévèrement atteinte à la santé physique et mentale des femmes ³⁷ :

- 37 % des femmes qui ont vécu au moins un épisode violent ont un niveau de **détresse psychologique** élevé, alors que le taux est de 18 % chez les autres femmes.
- 6 % des femmes victimes de violence, contre 1,4 % des autres femmes, ont eu des **idées suicidaires**.
- 98,2 % des femmes ayant été hébergées présentent, un an après leur séjour en maison d'aide et d'hébergement, au moins un **problème de santé physique** ou mentale (ex. : dépression, anxiété).

5.1.c. Agressions sexuelles et insuffisance des recours de justice et de réparation

Encore en 2018, les violences sexuelles demeurent endémiques au Québec : 1 femme sur 3 a été victime d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans; 75% dans le cas des filles et des femmes autochtones; 40% dans le cas des femmes vivant avec une limitation fonctionnelle ³⁸.

Les impacts sur la santé des filles et des femmes sont graves : « Les séquelles les plus fréquemment rapportées incluent les problèmes de santé mentale, tels les symptômes du trouble de stress post-traumatique, la dépression, les comportements suicidaires et les troubles de personnalité. Elles incluent également l'abus et la dépendance aux substances, les difficultés d'ordre relationnel et conjugal, ainsi que des conséquences sur la santé physique, incluant un plus grand risque de maladies chroniques ³⁹. »

35 Ministère de la Sécurité publique du Québec, « [Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal au Québec en 2015](#) », 2016.

36 Fédération des Maisons d'hébergement pour femmes, « [Portrait de la violence conjugale au Canada et au Québec](#) ».

37 Regroupement des Maisons pour femmes victimes de violence conjugale, « [Mieux comprendre la violence conjugale](#) ».

38 RQCALACS, « [Quelques statistiques générales concernant les agressions sexuelles au Québec](#) », 2017.

39 Institut national de santé publique du Québec, « [Rapport québécois sur la violence et la santé](#) », 2018.

L'un des principaux facteurs de cette grave violence de droits humains réside dans le climat d'impunité entourant les violences sexuelles : seulement 5% des crimes sexuels sont rapportés à la police, et seulement 3 plaintes pour agressions sexuelles sur 1000 se soldent par une condamnation⁴⁰.

Si le système judiciaire a connu des améliorations au cours des années, il reste que la victime se retrouve, dans bien des cas, au banc des accusés, avec tous les jugements et les stéréotypes des acteurs du système qui sont liés à la question des agressions sexuelles. Parmi les lacunes les plus souvent recensées : les sentences demeurent très peu sévères, les délais s'allongent constamment pour les victimes qui portent plainte et le faible taux de rétention des plaintes⁴¹. La *Loi de l'aide et de l'indemnisation des victimes d'actes criminels* présente aussi des failles considérables⁴².

5.1.d. Insuffisance des efforts et des sommes allouées à la lutte contre les violences, incluant aux ressources pour les filles et les femmes victimes de violences

Face aux réponses du gouvernement concernant les violences faites aux filles et aux femmes, les enjeux fréquemment soulevés par les membres de la Table sont :

- le refus, du gouvernement du Québec, d'appliquer l'analyse différenciée selon les sexes et intersectionnelle (qui prend en compte l'âge, le handicap, la couleur de peau, l'origine, etc.), lors de la production des politiques publiques;
- l'absence de consensus autour d'une définition claire de la violence conjugale, reconnaissant que les femmes sont les principales victimes, notamment au sein du réseau de la santé et des services sociaux;
- l'absence de transparence, de collaboration et de reconnaissance de l'expertise des groupes de femmes qui empêche un dialogue réel avec la société civile, notamment dans le cadre des consultations menées par l'appareil gouvernemental.

Également, sur le terrain, les membres de la Table ont constaté une surmédicalisation des femmes, en réponse aux problèmes de violence qu'elles vivent, alors que les mesures de détection, de soutien, d'accompagnement et de justice sont largement insuffisantes⁴³. En effet, il subsiste un grave manque de financement accordé aux groupes communautaires, qui sont en première ligne dans le soutien aux victimes des multiples formes de la violence envers les femmes. Par exemple, en 2017-2018, on estime à 5 800 000\$ le manque à gagner pour le financement des 26 centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle présents sur le territoire québécois, lesquels connaissent une hausse constante des demandes d'intervention⁴⁴.

⁴⁰ Statistiques Canada, « [La victimisation criminelle au Canada](#) », 2014.

⁴¹ Michèle Frenette et al., « [Femmes victimes de violence et système de justice pénale : expériences, obstacles et pistes de solution](#) », Montréal : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal, 2018.

⁴² Toutes les formes d'agressions sexuelles ne sont pas incluses dans la liste d'actes criminels reconnus par la loi; un délai de deux ans à partir de la prise de conscience est imposé pour présenter une demande de compensation, ce qui pénalise les victimes d'agressions sexuelles; les agressions sexuelles subies à l'étranger ne sont pas admissibles; et il y a une prescription de 30 ans pour toute poursuite judiciaire au civil. Source : [RQCALAC](#).

⁴³ L'Alliance des Maisons de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale, « [Parce que tant qu'il y aura de la violence faite aux femmes, l'égalité entre les femmes et les hommes demeurera une belle illusion !](#) », 2016.

⁴⁴ RQCALACS, « [Services en agressions sexuelles Une situation alarmante: des solutions présentes](#) », 2017.

Autre exemple : pour les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, le besoin de financement est évalué entre 30 à 50 Millions \$ supplémentaires, annuellement, pour l'ensemble des maisons au Québec⁴⁵. Également, selon une analyse conduite en 2016 avec l'Université de Montréal, 8% des femmes en fin de séjour en refuges d'urgence ont besoin de services d'hébergement en 2e étape (postséparation), ce qui représente environ 500 femmes par année au Québec. La santé, la sécurité et la vie de ces femmes sont directement menacées du fait de la violence accrue de l'ex-conjoint (harcèlement, menace de mort, etc.). Or, actuellement, ce genre de ressources n'est pas disponible dans toutes les régions du Québec, avec un nombre insuffisant de places, et demeure largement peu ou pas financé par le gouvernement⁴⁶.

Il en va de même pour d'autres ressources communautaires rejoignant certains groupes de femmes particulièrement marginalisées : femmes en situation de handicap, femmes sourdes, femmes immigrantes et racisées, femmes de la diversité sexuelle, femmes aînées, femmes Autochtones et femmes en situation d'itinérance. Tous ces groupes communautaires vivent, unanimement, une situation chronique de sous-financement, et doivent faire des miracles, face à l'ampleur des besoins, avec très peu de ressources. Les politiques d'austérité et la privatisation des services contre la santé des filles et des femmes

5.2. Appauvrissement des femmes

Dans l'étude menée par L'R des Centres de femmes du Québec : plus de 11 % des femmes connaissent une dégradation de leurs conditions de travail et se retrouvent au chômage. De nombreuses femmes ont perdu leur emploi à la suite à la diminution du financement dans les secteurs de la santé et des services sociaux et du communautaire, des secteurs majoritairement occupés par des femmes. La dégradation de conditions de travail et le chômage sont particulièrement discutés par les femmes vivant dans les régions dites « éloignées »⁴⁷.

Cela porte atteinte à la santé des femmes de plusieurs façons, notamment la santé mentale : « La réduction de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux, l'augmentation des coûts des besoins de base, l'augmentation de la pauvreté, la dégradation des conditions de vie et la diminution du développement social des régions dites « éloignées » affectent grandement la santé des femmes. La plupart d'entre elles éprouvent de la peur, de l'anxiété, du stress, de la préoccupation, de la détresse, de la colère, de la haine et de l'insécurité. De plus, la réduction de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux ainsi que l'augmentation de la pauvreté des femmes les empêchent bien souvent de sortir de cet état. (...) Interrogées à ce sujet dans le cadre de groupes de discussion, les femmes exposent leur grande préoccupation financière et ses multiples impacts sur leur santé. Les femmes doivent continuellement concentrer leur énergie pour penser à des stratégies d'économie. Cela demande de faire des choix difficiles et d'avoir constamment recours à la débrouillardise. Pour d'autres, les mesures d'austérité entraînent carrément une impossibilité de faire des choix et des économies. Les femmes parlent de colère, de stress, de dépression, etc. C'est toute leur vie qui est alors affectée, leur santé mentale et leur santé physique.⁴⁸ »

Et, encore ici, ce sont les plus vulnérables d'entre elles qui sont les plus sévèrement atteintes : « Il s'agit principalement de mères monoparentales, des femmes qui recourent à l'aide sociale, de femmes à la retraite et

45 Selon les plus récents calculs (2018) du Regroupement des Maisons pour femmes victimes de violence conjugale. Voir aussi : « [Vers un nouveau plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale](#). Mémoire présenté par la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes », 2018.

46 « Vers un nouveau plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale. [Mémoire présenté par l'Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale](#) », 2018.

47 L'R, *supra* note 9, p. 18

48 L'R, *supra* note 9, p. 36-37

de travailleuses de classe moyenne. Les femmes affirmant être en situation de pauvreté évoquent souvent souffrir de solitude, de peur, de colère, d'insécurité ou de détresse.⁴⁹ »

6. Mécanisme de recours et de surveillance insuffisants, et souvent inaccessibles

La justiciabilité du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale est sévèrement limitée, au Canada comme au Québec. Nous croyons important de souligner la fragilité de mécanismes de recours et de surveillance, en regard des tentatives fréquentes pour les amoindrir ou les amoindrir

6.1. La justiciabilité du droit dans le droit interne (Canada et Québec)

Brièvement, nous souhaitons apporter, à l'intention de M. Pūras, que ni la Charte canadienne ni la Charte québécoises des droits et libertés ne reconnaissent le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible. D'autre part, même si la Charte québécoise, à la différence de la Charte canadienne, inclut certains droits économiques et sociaux (aux articles 39 à 48, mais pas le droit à la santé), ceux-ci se voient accordés une importance considérablement amoindrie. En effet, l'article 52 de la Charte québécoise limite l'obligation de respecter les droits, dans la juridiction interne, aux seuls droits civils et politiques.

6.2. Le Commissaire à la santé et au bien-être

Le cheminement du Commissaire à la santé et au bien-être illustre bien l'instabilité menant à la perte de confiance de la population envers des mécanismes publics définis démocratiquement. Créé en 2005 par la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, il remplaçait le « Conseil de la santé et du bien-être » mis sur pied en 1992. Bien plus qu'un changement de titre, le gouvernement remplaçait le rôle du Conseil de « contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant les débats et en établissant des partenariats »⁵⁰ par celui du Commissaire, défini en 2006 comme étant « apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux, notamment au regard des éléments suivants : la qualité, l'accessibilité, l'intégration, l'assurabilité et le financement des services; les déterminants de la santé et du bien-être; les médicaments et les technologies; les aspects éthiques de la santé et du bien-être. »⁵¹

En 2016, le gouvernement a aboli le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), invoquant des raisons financières, alors que le budget ne dépassait pas 2,7M\$/an. Le gouvernement transférait ainsi au ministre de la Santé et des Services sociaux les pouvoirs liés à l'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la population, ce qui revenait à dire que le ministre se surveillait lui-même. L'abolition du Commissaire signifiait également la perte du mécanisme mis en place par ce dernier pour consulter la populaire, soit un forum de discussion. La décision fut dénoncée comme une tentative de museler la critique, tout comme la manière utilisée pour procéder à ce changement. Le gouvernement a ainsi utilisé un projet de Loi omnibus, servant à adopter des mesures budgétaires, relevant du ministère des Finances et dont l'adoption ne comprenait pas de consultation en commission parlementaire.

En mai 2018, le Commissaire à la santé et au bien-être a été réactivé par le gouvernement du Québec, mais les deux années d'inactivités ont eu raison de son expertise, et il est bien difficile de savoir actuellement ce qu'il reste

49 L'R, *supra* note 9, p. 27.

50 <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publications/archives/conseil-de-la-sante-et-du-bien-etre/memoires.html>

51 CSBE, « [Monsieur Robert Salois, premier Commissaire à la santé et au bien-être](#) », Communiqué du 7 juin 2006.

du mandat du Commissaire à la santé et au bien-être, les publications parues depuis 2016 étant principalement le résultat des recherches effectuées avant l'annonce de son abolition.

6.3. Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement a pour mandat de traiter les plaintes reçues relativement à cet établissement, de s'assurer du respect des droits des personnes plaignantes et de les soutenir dans leurs démarches, et de promouvoir la qualité des services. Le nombre de Commissaires varie selon les régions en fonction du nombre d'établissements fusionnés ou non. Ainsi, des 18 régions et territoires sociosanitaires que compte le Québec :

Nombre de régions et nombre de Commissaires ⁵²	Régions et territoires sociosanitaires
12 régions et territoires ne comptent qu'un Commissaire chacun	Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Estrie, Mauricie-Centre-du-Québec, Nord-du-Québec, Lanaudière, Laurentides, Laval, Outaouais, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Terres-Cries-de-la-Baie-James
2 régions et territoires comptent chacun 2 Commissaires	Capitale-Nationale et Montérégie
3 régions et territoires comptent chacun 2 Commissaires	Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nunavik
1 région compte 9 Commissaires	Montréal

Lors de la dernière réforme du système de santé (PL-10), le Commissaire aux plaintes a vu son fonctionnement grandement modifié et la Protectrice du citoyen a souligné que cela avait eu pour effet de diminuer l'accès de la population.

Avant la fusion, les usagers et usagères des services de santé et des services sociaux dispensés par le réseau public pouvaient déposer une plainte au Commissaire aux plaintes sur place, dans chaque établissement. La plainte était reçue et traitée par les personnes mandatées par la Loi pour ce faire, soit le Commissaire et le Commissaire adjoint. Leurs rapports et recommandations correspondantes étaient présentés au CA de l'établissement concerné, puis se voyaient consignés dans le Rapport annuel des Commissaires aux plaintes à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La fusion des établissements un seul Centre intégré (CISSS-CIUSSS), a eu pour effet que seul le CISSS-CIUSSS se voyait doté d'un Commissaire aux plaintes et d'un Commissaire-adjoint. Par exemple, les 11 établissements de la région du Bas-Saint-Laurent, et leurs 75 points de services sont ainsi passés de 11 Commissaires aux plaintes à un seul. Pour information, cette région couvre un territoire de 28 319 km² et comptait 201 256 personnes en 2014⁵³

Pour répondre à l'augmentation du territoire à couvrir, des Conseillers aux plaintes ont été ajoutés aux Commissaires aux plaintes d'un CISSS, mais ces personnes ne sont pas liées par les mêmes obligations légales que le sont les Commissaires aux plaintes et Commissaires-adjoints. Ainsi, dans une région cela peut représenter

⁵² Le nombre de Commissaire équivaut au nombre d'établissements de santé de la région ou du territoire.

⁵³ D'autres régions couvrent un plus grand territoire encore.

des centaines de km à parcourir pour déposer une plainte, alors qu'avant le PL-10 cela se faisait sur place. Le fait que la plainte ne soit pas reçue par les personnes légalement responsables nuit au sentiment de confiance si nécessaire dans une pareille situation.

La Loi prévoit qu'une plainte doit recevoir un traitement rapide et se conclure par le dépôt d'une recommandation écrite, laquelle peut être contestée en 2^e instance, en recourant au Protecteur du citoyen. Or, le changement dans la manière de travailler et la trop grande quantité de plaintes à traiter versus les ressources humaines qui y sont dédiées, fait en sorte que des plaintes ne sont pas traitées comme telles, mais comme des insatisfactions, ce qui donne lieu à une conclusion présentée oralement. Ce faisant, le fait que les personnes ne disposent plus de traces écrites, tant de leurs plaintes que des conclusions obtenues, et rend le recours à la 2^e instance pratiquement impossible, alors qu'il est garanti par la Loi.

Les données précises sur les conséquences de ces changements sont difficiles à obtenir en raison du caractère sensible du sujet, notamment parce que les personnes insatisfaites du traitement de leurs plaintes peuvent hésiter à soulever des problèmes d'application de la Loi et craindre les conséquences. Mais les échos que nous recevons d'organisations proches du milieu nous laissent voir des problèmes majeurs :

- Diminution de l'accès aux mécanismes : plus grande distance à couvrir, décourage l'utilisation en raison des entraves supplémentaires, de la confiance amoindrie dans le processus.
- Résultats inadéquats : délais de traitement plus long, et perte de l'accès à la 2^e instance.

6.4. Protecteur du citoyen

En 1968 le Québec s'est doté d'un mécanisme de recours et de surveillance, par la *Loi sur le Protecteur du citoyen*. Ombudsman impartial et indépendant, il a pour mandat d'assurer le respect des droits des citoyens et citoyennes dans leurs relations avec les services publics. Sans pouvoir de contrainte, ses interventions visent à « prévenir et corriger le non-respect des droits, les abus, la négligence, l'inaction ou les erreurs commises à l'égard des citoyens en contact avec : [un ministère ou un organisme du gouvernement du Québec](#); [un établissement du réseau de la santé et des services sociaux](#) (généralement en deuxième recours). »⁵⁴ Ce 2^e mandat lié au respect des droits des usagers et usagers du [réseau de la santé et des services sociaux](#) s'est ajouté en 2006, afin de prendre le relais du « protecteur des usagers ».

En plus de publier des rapports annuels et de réagir aux projets de loi et de règlement gouvernementaux, le Protecteur du citoyen mène aussi des enquêtes spéciales « à l'endroit de ministères et d'organismes publics, lorsqu'il constate des situations préjudiciables d'envergure », ce qu'il a fait à 182 reprises depuis 2014, dont 69 ont porté sur différents aspects liés à la santé :

⁵⁴ Toutes les informations de cette section proviennent du [site du Protecteur](#) consulté le 8 novembre 2018.

Rapports sur les résultats d'enquêtes portants sur différents aspects liés à la santé	Nombre de rapports depuis 2014
Déficiences et troubles envahissant du développement	8
Dépendances	1
Frais divers et transport ambulancier	2
Hébergement personnes âgées et vulnérables	6
Jeunes en difficulté	3
Santé mentale	5
Santé physique	25
Soutien à domicile	8
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	5
Soutien aux services	6
	69 rapports (sur 182)

Il a aussi la possibilité de produire des rapports d'interventions spécifiquement sur le réseau de la santé et des services sociaux, suite à un signalement ou à son initiative. Depuis 2014, le Protecteur du citoyen a publié 44 rapports d'interventions, soit une moyenne de 11 par année. Exemple récent, dans son rapport d'intervention « Facturation des frais de chambre en centre hospitalier : l'obligation d'informer adéquatement les citoyens et citoyennes » publié en avril 2018, le Protecteur du citoyen « déplore les iniquités dans la facturation des chambres en centre hospitalier »

Il mène également des enquêtes spéciales à l'endroit de ministères et d'organismes publics, lorsqu'il constate des situations préjudiciables d'envergure. Depuis 2009, il a publié 29 rapports, dont 6 dans les 12 derniers mois, tous étant liés à la santé physique et mentale et à leurs facteurs déterminants :

- 24 octobre 2018 : [Pour des services d'éducation de qualité au Nunavik, dans le respect de la culture inuit](#) : rapport d'enquête spéciale dans lequel le « le Protecteur du citoyen appelle le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur à assumer davantage ses obligations envers la Commission scolaire Kativik, au Nunavik. »
- 10 octobre 2018 : [De trop longs délais de contestation pour les personnes gardées contre leur gré dans un établissement de santé](#). « Rapport d'enquête spéciale sur les délais de contestation au Tribunal administratif du Québec pour les personnes gardées contre leur gré dans un établissement de santé. »

- 30 mai 2018 : [Donner accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire](#), « rapport d'enquête spéciale sur l'accès au régime québécois d'assurance maladie aux enfants nés au Québec de parents au statut migratoire précaire ».
- 21 mars 2018 : [Les conséquences de l'augmentation des peines discontinues dans les établissements de détention du Québec](#), « rapport d'enquête spéciale sur les conséquences de l'augmentation des peines discontinues dans les établissements de détention du Québec. »
- 19 décembre 2017 : [Faciliter les recours contre un agresseur : l'avis du Protecteur du citoyen](#), « avis sur la nécessité d'éliminer tout délai de prescription (période après laquelle une personne ne peut plus exercer de poursuite) pour les recours civils en cas d'agression sexuelle, de violence subie durant l'enfance ou de violence d'un conjoint ou d'un ex-conjoint. »
- 31 octobre 2017 : [Traitement des plaintes en milieu scolaire : pour une procédure simple, rapide, efficace et impartiale](#), contenant ses « constats et recommandations concernant le processus d'examen des plaintes dans les commissions scolaires et les écoles ».

L'abondance de ces rapports, ainsi que des demandes d'information et plaintes reçues (19 000 par année), nous semble des indicateurs importants de l'ampleur des questionnements de la population et des atteintes à leurs droits à la santé.

7. Conclusion

En résumé, le Québec a toutes les ressources disponibles pour s'occuper du droit à la santé des groupes les plus vulnérables, et maintenir un système de santé et de services sociaux gratuit et accessible universellement, sans discrimination. Également, il a les moyens pour assurer un financement adéquat des groupes communautaires qui, par leur nature citoyenne, démocratique, et enracinée dans la communauté, participent activement à des aspects essentiels du droit à la santé.

Pour toutes questions et besoins d'information supplémentaire, l'équipe de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles demeure à l'entière disposition du Rapporteur spécial et de son équipe.

Annexe A : les membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Les 44 regroupements membres⁵⁵ de la Table interviennent sur une grande variété de thématiques :

- 7 regroupements d'organismes intervenants en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, en soutenant les femmes et les enfants qui en sont victimes par de l'hébergement, en sensibilisant la population, en éduquant les enfants à la non-violence, par la défense collective des droits, etc.:
- 12 en soutien aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de santé physique, de dépendances, d'itinérance, de discriminations, de limitations fonctionnelles, par des actions visant la fin des exclusions liées à ces conditions, par des ressources variées, la défense de leurs droits, l'entraide, etc.
- 8 en soutien aux femmes, aux jeunes, aux parents, aux personnes âgées, aux communautés ethnoculturelles, par l'entraide, l'empowerment et par des lieux pour briser l'isolement, défendre les droits et encourager la participation aux enjeux sociaux.
- 5 en matière de planification des naissances, de périnatalité, de soutien à l'allaitement, de soutien aux parents de jeunes enfants, en sensibilisant la population et par la défense des droits.
- 4 en soutien aux proches aidants, en favorisant le parrainage et l'entraide intergénérationnelle.
- 5 en situation d'urgence, par de l'écoute et du soutien aux personnes et dans la défense et l'expression de leurs droits.
- 3 en matière de la sécurité alimentaire, par du soutien et la défense des droits.

55 Voir la liste complète [en ligne](#)