

**L'AVANT-PROJET DE LOI
SUR LA SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX**

**QUELS CHANGEMENTS D'ORIENTATIONS
ET DE STRUCTURES CET AVANT-PROJET DE LOI
PROPOSE-T-IL A LA POPULATION QUEBECOISE ?**

**QUEL EN SERA L'IMPACT SUR LE MOUVEMENT
COMMUNAUTAIRE ?**

**QUEL DEFI LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE
AURA-T-IL A RELEVER ?**

**Document de travail
Novembre 1989**

● **DOCUMENT PUBLIE PAR:**

- . L'R des centres de femmes du Québec et le
- . Regroupement des Ressources alternatives en santé mentale du Québec

● **SOUS LA DIRECTION DE:**

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

● **REDACTION:**

Lorraine Guay

Remerciements:

Nous remercions Santé, Bien-Etre Canada et l'Association pour la santé publique du Québec qui ont permis la réalisation de ce document grâce à leur appui financier.

INTRODUCTION

Le document que vous vous apprêtez à lire est issu d'une initiative de l'IR des centres de femmes et du Regroupement des Ressources alternatives en santé mentale. Ces deux organismes font partie d'une table de concertation sur la promotion de la santé, table qui porte le nom de "Comité de renforcement de la communauté". Cette table comprend des représentant-e-s de Santé, Bien-Etre Canada, de l'Association pour la santé publique du Québec, du Ministère de la santé et des services sociaux et de quelques organismes communautaires. Elle soutient des projets jugés prioritaires dans la conjoncture québécoise actuelle où de nombreuses personnes et organisations sont interpellées par les problèmes de santé et les solutions à y apporter. On n'a qu'à songer à l'intérêt suscité par le colloque récent (2 et 3 novembre) sur les inégalités socio-économiques et la santé...

Les deux organismes précités ont donc obtenu des fonds du Comité de renforcement de la communauté pour produire, publier et diffuser un document de vulgarisation des orientations du MSSS en matière de services sociaux et de santé ainsi que de l'avant-projet de loi déposé en juin 1989. Nous avons estimé que la réforme des services sociaux et de santé comportait des enjeux majeurs pour l'ensemble du mouvement communautaire. Des groupes se préparent déjà à écrire un mémoire en vue de la commission parlementaire qui aura lieu quelque part à l'hiver.

Nous ne prétendons pas faire l'analyse du Document d'orientations et de l'avant-projet de loi de façon exhaustive. Dans un premier temps, nous apportons les éléments qui nous paraissent importants à retenir pour le mouvement communautaire. Par la suite, nous lançons quelques pistes de réflexion et, finalement, nous invitons les groupes à agir.

Nous devons signaler, au passage, que l'avant-projet de loi analysé ici est celui qui a été déposé par Madame Lavoie-Roux à l'Assemblée nationale en juin dernier. Il semble que le nouveau ministre du MSSS, M. Marc-Yvan Côté, déposera le même avant-projet de loi.

Le document que vous avez entre les mains se veut donc un outil de réflexion et d'action. Les regroupements responsables de sa publication sont, par ailleurs, disposés à fournir des personnes-ressources pour des sessions de formation sur la réforme des services sociaux et de santé.

Nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères et les plus chaleureux à mesdames Jocelyne Lamoureux, chercheure responsable du projet et Lorraine Guey, rédactrice du document. Sans leur disponibilité, leur rigueur et leur générosité dans le travail, ce document n'aurait pas pu voir le jour. Un énorme merci !



Françoise David pour
l'IR des centres de femmes du Québec



Carole Hince pour
le Regroupement des Ressources alternatives
en santé mentale du Québec

SOMMAIRE

Pour faire une histoire courte p 3

- . Beaucoup d'études
- . Les critiques et les revendications du communautaire
- . Avril 1989: Document d'orientations: "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec."
- . Le ptit dernier...l'avant-projet de loi

1- Description de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux p 8

Un avant-projet de loi qui:

- . conserve des acquis très importants..... p 9
- . place la personne au centre du système et propose d'axer toutes les ressources sur des objectifs de santé et de bien-être à atteindre d'ici l'an 2000 p 15
- . suggère des stratégies basées sur la prévention, sur le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés et sur la coopération entre les divers secteurs de la société québécoise p 12
- . accorde une reconnaissance officielle aux organisations communautaires et leur propose un modèle précis de partenariat avec le réseau public p 19
- . adopte la notion de programme-cadre comme mode de gestion et de financement du système p 23
- . introduit des changements de structures susceptibles de modifier les rapports de pouvoir entre les acteurs du système p 25
 - 1- le Ministère
 - 2- le Collège électoral
 - 3- les Régies régionales
 - 4- les établissements
 - 5- les départements de santé communautaire (DSC)
 - 6- les Organismes de soins intégrés de santé (OSIS)

**2) Qui sommes-nous ? L'identité, la force, l'originalité
du communautaire p 38**

Nous partageons entre nous:

- . une vision globale de la santé et du bien-être des
personnes et de la société p 38
- . une approche qui considère la personne comme un tout p 39
- . une capacité de répondre de façon différente à des
nouveaux besoins p 41
- . une conception plus égalitaire des rapports entre
Intervenant-e-s et usager-ère-s/bénéficiaires p 42
- . un même enracinement dans la communauté p 43
- . une vision autre du "service" p 44
- . des pratiques différentes d'exercice du pouvoir p 45
- . le désir de faire advenir une société plus égalitaire p 45

**3) L'avant-projet de loi et ses implications pour le mouvement
communautaire p 46**

- . la conception de la prévention et de la "personne
au centre du système" p 47
- . le type de décentralisation et la démocratie p 53
- . un partenariat "encadré" p 57

En conclusion p 70

"Et si le temps était venu de négocier notre participation ?"

Bibliographie..... p 72

POUR FAIRE UNE HISTOIRE COURTE ...

Il y a 20 ans, le Québec faisait peau neuve en matière de santé et de services sociaux. En effet, suite aux importants travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, la société québécoise se dotait d'une loi, la loi 65, qui allait modifier en profondeur non seulement le système socio-sanitaire mais la conception même qu'on se faisait du rôle de l'Etat dans la protection des individus. Cette loi introduisait les grands principes d'universalité, de gratuité, d'accessibilité et de participation des citoyen-ne-s à l'orientation et à la gestion des services de santé et des services sociaux. Elle introduisait également des réaménagements de structures et de responsabilités entre les différents acteurs du nouveau réseau public. On se souviendra que les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont vu le jour à cette époque.

. Beaucoup d'études

Les années se sont écoulées qui ont mis à rude épreuve le nouveau système. Peu à peu, s'est imposé le besoin de faire le point, besoin nourri par les mutations et la remise en cause de la légitimité de l'Etat-providence, par la difficulté croissante du système à répondre aux nouveaux problèmes socio-sanitaires de la population, par la hantise des gestionnaires de contrôler au maximum les coûts exorbitants, disaient-ils, de l'universelle gratuité; bref, par des critiques diverses émanant des milieux les plus divers.

On a donc beaucoup étudié notre système de santé et de services sociaux ces dernières années: rapport Hernois sur la santé mentale, rapport Brunet sur les CLSC, rapport Harvey sur la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ), rapport Larmarache sur les Départements de santé communautaire (DSC), rapport Spietzer sur les urgences d'hôpitaux, rapport Charbonneau sur la négligence envers les enfants, etc.

Ce processus d'analyse en profondeur a connu son apogée avec les travaux de la Commission Rochon, mise sur pied en juin 1985. Plusieurs s'accordent à dire qu'il s'agit là d'un moment démocratique majeur dans notre histoire, tant par l'ambition du projet (étudier le système sous toutes ses facettes) que par le type de consultations générées: plus de 800 mémoires soumis par divers groupes, associations, organisations, institutions représentant un très large spectre de la société québécoise. La Commission Rochon a été amenée à porter un jugement sévère sur l'état de santé de notre système socio-sanitaire.

Les critiques et les revendications du communautaire *

Les organisations communautaires, alternatives, bénévoles s'étaient présentées, nombreuses, devant la Commission Rochon. Leurs plaidoyers, souvent passionnés, en faveur de modifications profondes avaient fait ressortir d'autres lacunes tout aussi importantes:

- surspécialisation qui amène à découper la personne en différentes parties à soigner sans égard pour son intégrité;
- surmédicalisation des processus de vie et des problèmes psycho-sociaux;
- hyperinstitutionnalisation avec son cortège de dépendance, d'abrutissement, d'infantilisation des personnes;
- bureaucratisation à outrance qui entraîne une déshumanisation et une hiérarchisation des rapports sociaux;
- sexisme des approches et des structures;
- absence de perspectives globales et collectives face aux problèmes cruciaux vécus individuellement;
- impérialisme des corporations professionnelles face à toute pratique alternative;
- professionnalisation du savoir et monopolisation du pouvoir;
- hégémonisme du monopole étatique qui tente d'engloutir le communautaire et de le ravalier à la sous-traitance.

* LAMOUREUX, Jocelyne, La Commission Rochon: le communautaire, encore et toujours à la marge. Revue internationale d'action communautaire, 20/60 Automne 1988, p 157.

Les organisations communautaires avaient du même coup formulé trois grandes revendications:

a) une reconnaissance sociale officielle traduite par un financement adéquat mais dans le respect de l'autonomie du communautaire (i.e. respect de son identité propre, de ses approches, de ses modes de fonctionnement, etc.);

b) la reconnaissance que le champ du social n'est pas limité aux services sociaux publics mais comprend également l'action sociale générée par le communautaire, et l'élaboration de véritables politiques sociales;

c) la reconnaissance de la nécessité d'un partenariat égalitaire et non pas d'une simple complémentarité par rapport aux services "essoufflés et inadaptés" du réseau.

Avril 1989: Document d'orientations: "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec"

Afin de vérifier le diagnostic de la Commission Rochon, Madame Thérèse Laviole-Roux, alors Ministre de la santé et des services sociaux, entreprend au printemps 1988 une vaste tournée nationale où elle a l'occasion de reconfirmer le diagnostic lucide établi par les Commissaires. Suite à cette tournée, Madame Laviole-Roux soumet à la population, un document daté d'avril 1989 et intitulé: "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: orientations", document auquel nous ferons fréquemment référence dans le présent texte pour éclairer des facettes de l'avant-projet de loi. Le gouvernement reprend alors à son compte un certain nombre des lacunes du système identifiées par la Commission Rochon:

- des modes d'intervention mal adaptés aux nouveaux problèmes de la population,
- la persistance de disparités ou d'inégalités rattachées aux catégories socio-économiques (lire: les assisté-e-s sociaux-ales, les jeunes, les femmes monoparentales, les personnes âgées, les nouveaux arrivant-e-s, etc), au sexe (lire: les femmes), au territoire (lire: en dehors des grands centres),
- la persistance d'obstacles à l'accessibilité soit à cause des barrières linguistiques ou culturelles, soit à cause d'une mauvaise répartition des ressources entre les régions,
- des services morcelés, discontinus et impersonnels,
- un personnel démotivé,
- un partage confus des responsabilités à l'intérieur du réseau et entre le réseau et le milieu . (Document d'orientations p 10)

Le petit dernier ...

Juste avant le déclenchement des élections, le Ministre Lavoie-Roux soumettait à l'Assemblée nationale et à la population québécoise, un avant-projet de loi intitulé : *Loi sur la santé et les services sociaux*.

Compte-tenu de la mobilisation énorme et des espoirs non moins grands qu'avait suscités l'analyse en profondeur de notre système de santé et de services sociaux, compte-tenu de la justesse du diagnostic posé par la Commission Rochon et repris dans quelques-unes de ses grandes lignes par le Document d'orientations, on se serait attendu à une sorte de "petite révolution tranquille".

Or, les 400 articles de l'avant-projet de loi laissent plutôt entrevoir une sorte de "changement dans la continuité". Le système ne sera pas "chambardé": on y introduira simplement de nouvelles dynamiques chargées de combler les lacunes identifiées. Pour qualifier cet avant-projet de loi, de nombreux observateurs-trices ont souvent fait référence au fait que la montagne gouvernementale avait accouché ...d'une souris .

En effet, des analyses contenues dans le Rapport Rochon au Document d'orientations "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec" on a l'impression que le tissu s'est rapetissé. Et du Document

Mais une certitude très forte s'en dégage: la vie des organismes communautaires risque d'être profondément modifiée par l'application éventuelle de cet avant-projet de loi.

Il devient donc urgent dès maintenant:

- de mesurer l'ampleur et la portée des changements proposés,
- de prendre position dans le débat qui s'annonce
- et de faire valoir nos revendications

1- DESCRIPTION DE L'AVANT-PROJET DE LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX

L'avant-projet de loi contient exactement 400 articles. Nous ne les analyserons évidemment pas tous. Nous en avons plutôt choisi un certain nombre qui, compte-tenu de leur importance, permettront aux différentes organisations communautaires de bien comprendre les aspects majeurs de cet avant-projet de loi et les implications qui les concernent.

Ainsi, une lecture "sélective" de tous ces articles montre que l'avant-projet de loi gouvernemental:

- A) conserve des acquis très importants dont l'universalité, la gratuité, l'accessibilité;
- B) place la personne au centre du système et propose d'axer toutes les ressources des services de santé et des services sociaux sur des objectifs de santé et de bien-être à atteindre d'ici l'an 2000;
- C) suggère des stratégies basées sur la prévention et la promotion, sur le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés, sur la coopération entre tous les secteurs de la société.
- D) accorde une reconnaissance officielle aux organisations communautaires et leur propose un modèle précis de partenariat avec le réseau public;
- E) adopte la notion de programme-cadre comme mode de gestion et de financement du système;
- F) introduit des changements de structures susceptibles de modifier les rapports de pouvoir entre les acteurs du système.

A) L'AVANT-PROJET DE LOI CONSERVE DES ACQUIS TRÈS IMPORTANTS

- Maintien de l'accessibilité universelle et gratuite

C'est là un acquis important et le gouvernement insiste à plusieurs reprises pour soutenir "qu'il s'agit là de la première garantie d'équité" (Document d'orientations p 19)

"L'accès gratuit à une gamme diversifiée de services constitue l'assise de l'intervention publique en matière de santé et d'adaptation sociale." (Document d'orientations p 9)

Le gouvernement précise ainsi ce qu'il entend par "accessibilité"

Les services de santé et les services sociaux prévus par la présente loi sont dispensés en vue de

1) rendre accessible à toute personne, de manière continue, des services de qualité, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social;

2) répondre aux besoins de la population en tenant compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles et socio-économiques des régions;

3) favoriser l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux dans leur langue pour les différentes communautés culturelles du Québec. (Art 2)

Le gouvernement rejette donc le fameux ticket modérateur dont les avantages au niveau de la réduction des coûts du système ne sont pas prouvés (Document p 120). Il résiste ainsi aux pressions qui s'étaient manifestées dans la foulée du rapport Gobeil (sur la privatisation des fonctions étatiques) et qui alléguaient l'impossibilité pour le gouvernement québécois d'assumer les frais du système public de santé et de services sociaux..

Cet acquis, tous les groupes y compris les organisations communautaires, ont affirmé maintes fois à quel point ils y étaient attachés.

D'autre part, cette accessibilité de principe, on sait déjà combien elle est difficile à incarner. Le gouvernement lui-même constate que d'importantes disparités persistent dans la population. "(...) des inégalités persistent. L'enquête Santé-Québec (1988) confirme que la santé et le bien-être sont fonction, notamment, de l'appartenance à une catégorie socio-économique, du sexe et du territoire habité. La persistance de ces écarts apparaît aujourd'hui difficilement acceptable. (Document d'orientations p 10)

Un bémol ! Plusieurs groupes ont attiré l'attention sur le fait qu'en matière de services sociaux l'accessibilité est réduite parce que concentrée uniquement sur les situations d'extrême gravité et d'extrême urgence. Les longues listes d'attente pour tout ce qui touche les problèmes sociaux en général et la quasi impossibilité d'avoir accès aux services si votre "cas" n'est pas désespéré constituent des indices, parmi d'autres, de contraintes à l'accessibilité.

• Maintien de la participation des citoyen-ene-s à l'orientation et à la gestion des services.

A ce chapitre, le gouvernement admet que ce n'est pas parfait, mais qu'il faut poursuivre dans cette direction. De nombreux groupes et comités de bénéficiaires ont abondé dans le même sens.

La réforme des années 1970 a mis en évidence l'importance du rôle de la population dans l'orientation et l'administration des services. Certes, les modalités d'exercice de ce rôle n'ont pas toujours porté fruit. Cependant, il reste que la participation de la population a favorisé un certain rapprochement entre les établissements et leur milieu. (Document d'orientations p 9)

B) L'AVANT-PROJET DE LOI PLACE LA PERSONNE AU CENTRE DU SYSTEME ET PROPOSE D'AXER TOUTES LES RESSOURCES DES SERVICES DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX SUR DES OBJECTIFS DE SANTE ET DE BIEN-ETRE A ATTEINDRE D'ICI L'AN 2000.

Le gouvernement entend placer la personne au centre du système. Le temps ne serait plus à mettre au coeur du système des établissements et des services. Et voici de quelle manière le gouvernement se propose de réaliser cette orientation.

"L'équilibre recherché exige que l'ensemble des énergies au sein du système convergent vers **la personne à soigner, à soutenir et à assister**. Il est également nécessaire de lui rendre accessibles les moyens de **faire valoir ses droits et d'exercer ses responsabilités**. Il faut donc renforcer les mécanismes de participation et rapprocher le niveau de prise de décision de la population afin qu'elle puisse influencer directement l'organisation des services." (Document d'orientations p 13)

Comment l'avant-projet de loi prétend-il traduire cette grande orientation ? S'il devait entrer en application demain matin, quels seraient les objectifs proposés à l'ensemble de la population québécoise en ce qui concerne la santé et les services sociaux ?

Pour le savoir, lisons le premier article, celui qui annonce la teneur générale des 399 autres articles qui vont suivre.

Le système de santé et de services sociaux a pour but l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. (Art 1)

Les ressources que sont les services de santé et les services sociaux verront à rendre la personne en besoin plus capable de bien vivre en société. Le gouvernement québécois se rapproche donc des conceptions véhiculées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour qui la santé de la personne n'est pas qu'absence de maladie mais état de bien-être intégral et possibilité de réaliser pleinement ses potentialités. Cet organisme des Nations Unies a déjà proposé à l'ensemble des pays membres de la communauté internationale des objectifs et des stratégies visant *"la santé pour tous en l'an 2000."*

De façon plus précise, on se propose

de réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes, de réduire la morbidité et les incapacités, d'agir sur les facteurs déterminants pour la santé, de favoriser la réadaptation des personnes et de diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes (Art 2)

Le Document d'orientations indique jusque dans les détails des **objectifs quantifiables** que le système de santé et de services sociaux doit atteindre d'ici l'an 2000.

Pour **"ajouter des années à la vie"**, il faudra:

- réduire de 20% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires
- réduire de 20% la mortalité due au cancer du sein et arrêter la progression de la mortalité par cancer du poumon;
- réduire de 35% la mortalité due aux traumatismes routiers;
- réduire de 25% le nombre de suicides, surtout chez les jeunes;
- réduire la mortalité infantile à 6 pour 1000 naissances vivantes
- stabiliser la progression de la mortalité due au SIDA.

Pour "**ajouter de la santé à la vie**" il faudra:

- réduire de 10% la prévalence des maux de dos;
- stabiliser la propagation des MTS (maladies transmises sexuellement)
- augmenter à 80% la proportion de non-fumeurs;
- réduire à 15% la consommation d'alcool;
- améliorer le statut nutritionnel de la population en:
 - . diminuant de 50% la consommation de sucre
 - . réduisant la consommation de matière grasses à 30% de l'apport énergétique total,
 - . augmentant la consommation des glucides complexes à plus de 50% l'apport énergétique total,
 - . augmentant la consommation de fibre alimentaire.
- augmenter à 60% la proportion de la population qui pratique l'activité physique;
- contribuer à la réduction des risques environnementaux qui affectent la santé.

Quant aux problématiques pour lesquelles on ne peut facilement fixer d'objectifs quantifiables comme tels, le gouvernement précise quand même les buts qu'il entend proposer aux divers acteurs du système:

Pour "**ajouter du bien-être à la vie**", il faudra:

- favoriser l'autonomie des personnes âgées;
- favoriser l'autonomie des personnes présentant une déficience physique, psychique ou intellectuelle;
- permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adéquate à ses besoins et favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population;
- réduire l'incidence et les conséquences des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants;
- réduire l'incidence et les conséquences de la violence familiale;
- réduire l'incidence et les conséquences des abus à l'endroit des personnes âgées;
- réduire l'incidence et la prévalence de l'itinérance.

Conscient que l'amélioration de la santé et du bien-être d'une population ne repose pas uniquement sur la dispensation de services, le Gouvernement amorce ici un virage certain: il propose à l'ensemble des acteurs sociaux (dont bien sûr aux services de santé et aux services sociaux mais pas uniquement eux), de **"substituer aux objectifs de services des objectifs orientés vers la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux."** (Document d'orientations, p 17)

Ces objectifs seront réalisés à l'intérieur de programmes-cadres, une notion que nous expliquerons et analyserons plus loin car elle aura des impacts certains sur le mouvement communautaire.

Nous reviendrons également, dans l'analyse, sur la conception étatique de "la personne au centre du système". Nous en ferons une critique car cette conception comporte des implications très importantes pour les organisations communautaires.

C) L'AVANT-PROJET DE LOI SUGGÈRE DES STRATÉGIES BASÉES SUR LA PRÉVENTION, SUR LE RENFORCEMENT DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES, DES RÉSEAUX NATURELS ET DES COMMUNAUTÉS, ET SUR LA COOPÉRATION ENTRE LES DIVERS SECTEURS DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE.

Tout d'abord, l'avant-projet de loi entend mettre en place différents moyens pour permettre au système de réaliser ses objectifs. L'article 3 les explicite ainsi:

Pour la réalisation de cette mission, le régime institué par la présente loi a pour objet de:

- 1) **favoriser la participation** de la population et des groupes qui s'y forment à l'instauration, à l'administration et au développement des services;
- 2) **assurer un partage adéquat des responsabilités** entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;
- 3) **favoriser la participation de tous les intervenant-e-s des différents secteurs d'activité** de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;
- 4) **assurer la présence des ressources humaines qualifiées** et favoriser leur participation au choix des orientations et à la gestion des établissements;
- 5) **favoriser une répartition** des ressources humaines, matérielles et financières entre les services, les établissements et les régions qui soit la plus juste et la plus rationnelle possible;
- 6) **promouvoir la recherche et l'enseignement** de façon à mieux répondre aux besoins de la population;
- 7) **assurer la prestation des services** de santé et des services sociaux de la façon la plus **efficace** et la plus **efficente** possible.

Mais c'est à la lumière du Document d'orientations qu'il nous faut comprendre les stratégies mises de l'avant par le gouvernement. Il importe de bien lire ce qui suit pour saisir où le gouvernement situe le communautaire et ce qu'il attend de lui.

La prévention

Le Document d'orientations définit ainsi cette première stratégie d'action:

"La prévention vise la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux par une intervention sur les facteurs de risque ou de vulnérabilité qui engendrent ces problèmes. Elle met l'accent sur les personnes les plus exposées. Elle comprend autant les mesures d'éradication des maladies contagieuses, le contrôle d'agents chimiques dans l'environnement, la fluoruration des eaux de consommation que le support au rôle parental. (Document d'orientations p 18)

Ainsi, le gouvernement voudrait réduire de 20% les maladies cardiovasculaires d'ici l'an 2000. Il identifie donc les facteurs de risque comme la consommation de tabac et le faible niveau d'activité physique et invite la population à changer de telles habitudes.

Même démarche pour le suicide où le gouvernement voudrait en réduire le nombre de 25% particulièrement chez les jeunes. Là aussi on identifie les facteurs de risque: problèmes psychologiques, problèmes de santé physique, échecs scolaires, problèmes sentimentaux, climat familial perturbé, perte d'un parent, difficultés d'intégration sociale. On cherchera à agir via la formation et la sensibilisation des intervenant-e-s de première ligne (Document d'orientations p 22).

Quant aux risques environnementaux, le gouvernement entend agir par: "l'élimination des déchets industriels et la restauration des lieux d'élimination des déchets dangereux; le contrôle de l'usage des pesticides; la qualité des eaux; la qualité de l'air ambiant influencée par les précipitations acides et toxiques et par les caractéristiques physiques des bâtiments" (Document d'orientations p 27)

Un autre aspect important de ce type de prévention c'est l'insistance à ne travailler qu'avec les groupes à risque, les clientèles -cibles: sidotiques, fumeurs, jeunes pour les maladies transmises sexuellement, femmes de milieux défavorisés pour les naissances de bébés de petit poids, etc

Le gouvernement identifie quatre grands déterminants susceptibles d'influencer le bien-être des personnes et qui limitent leur intégration sociale: la pauvreté, la déficience physique, intellectuelle et psychique, le vieillissement, l'absence ou l'insuffisance des réseaux naturels d'entraide. (Document d'orientations p 28). Il décrit brièvement les conséquences de ces situations et conclut: "Bref, la notion de bien-être conduit nécessairement à privilégier une approche axée sur des groupes cibles, plus vulnérables en raison de diverses conditions. Les groupes suivants feront l'objet d'une attention particulière au cours de prochaines années: les personnes limitées dans leurs activités à cause d'une déficience, d'une incapacité; les personnes victimes de violence; les itinérants." (Document d'orientations p 29)

Nous reviendrons, dans l'analyse, sur la conception étatique de la prévention pour en faire une critique importante

Le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés

C'est la deuxième stratégie d'action proposée par le gouvernement. Et elle découle naturellement de la première: si on veut permettre que la personne soit capable de passer à travers tous les problèmes, il faut automatiquement renforcer son autonomie et renforcer tout ce qui peut contribuer à fortifier encore davantage cette autonomie individuelle. Le gouvernement définit donc cette orientation de la façon suivante:

"La personne vit et agit dans un réseau composé de parents, d'amis et de voisins. De nombreux besoins sont comblés par ce réseau sans que le recours aux services soit nécessaire. Le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels, **particulièrement la famille**, et des communautés signifie que le système de services doit mettre l'accent sur la personne et privilégier les interventions qui respectent le plus possible le dynamisme du milieu naturel. Il suppose également **la collaboration permanente avec les organismes communautaires** et une véritable participation des communautés à la définition des objectifs et des stratégies qui permettent de réunir les conditions favorables à la santé et au bien-être. Cet accent sur les personnes, les réseaux naturels et les communautés commande une ouverture du système sur le milieu" (Document d'orientations p 18)

A noter l'importance accordée aux proches, surtout la famille, pour éviter le recours aux services. A noter également la place accordée aux organismes communautaires dans cette stratégie i.e. relais de la famille dans le milieu.

La coopération multisectorielle

Voici ce que le gouvernement entend par cette stratégie d'action:

La santé et le bien-être ne sont pas seulement la responsabilité du système de services; **la plupart des secteurs de la vie collective sont concernés**. La coopération multisectorielle doit d'abord s'exercer au niveau gouvernemental afin que l'on tienne véritablement compte de la santé et du bien-être dans les politiques publiques et les décisions collectives. (...)

La coopération multisectorielle doit aussi s'exercer aux niveaux régional et local, autant dans l'organisation des services que dans l'intervention. **Le réseau public est donc appelé à collaborer avec ses partenaires des secteurs public, privé et communautaire.** (Document d'orientations p 18 et 19)

Le gouvernement invite donc le communautaire à s'inscrire dans une vaste stratégie où plusieurs des acteurs de la société québécoise (i.e. ceux et celles qui travaillent en éducation, justice, loisirs, développement économique, etc) seraient appelés à bâtir des **stratégies communes visant la santé et le bien-être de toute la population.**

D) L'AVANT-PROJET DE LOI ACCORDE UNE RECONNAISSANCE OFFICIELLE AUX ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ET LEUR PROPOSE UN MODELE PRECIS DE PARTENARIAT AVEC LE RESEAU PUBLIC

Disons tout de suite que le Document d'orientations et l'avant-projet de loi accordent au mouvement communautaire ce que celui-ci réclame depuis très longtemps: **une reconnaissance officielle**. L'Etat admet qu'il n'est plus en mesure d'assumer seul toutes les tâches nécessaires au bien-être de la population et, du même souffle, reconnaît le mérite et l'apport indispensable du mouvement communautaire.

"Aujourd'hui on ne croit plus que les services publics puissent offrir toutes les réponses. Certes, personne ne remet en cause les progrès qu'ils ont générés ni la responsabilité de l'Etat à titre de garant des droits sociaux. Mais on cherche de nouvelles façons de faire, mieux adaptées. Ce changement d'optique et l'émergence de nouveaux besoins ont favorisé un nouvel essor de l'action volontaire. **Les organismes communautaires participent aujourd'hui à la prestation directe de services et à l'affirmation des communautés.** Ils proposent en fait un renouvellement et une diversification des approches et des moyens d'action. Du même trait, ils réhabilitent des modes d'interaction sociale et des valeurs peu compatibles avec les exigences et les contraintes dont le réseau public doit souvent tenir compte dans ses interventions. L'entraide et l'assistance côtoient chez eux la promotion et la défense des droits, activités qui, toutes visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes et des collectivités.

Enfin, l'action volontaire donne un souffle neuf au fonctionnement démocratique de la société québécoise puisqu'elle suppose une redéfinition des rapports entre les communautés et l'Etat. **L'ampleur, la qualité et l'originalité de sa contribution témoignent en effet de l'impossibilité d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des orientations publiques.**" (Document d'orientations p 81)

Cette reconnaissance, le gouvernement québécois, pour la première fois, l'a inscrite dans un article de loi (Article 229). Est donc reconnu "organisme communautaire":

- un organisme sans but lucratif
- incorporé en vertu de la troisième loi sur les compagnies;
- qui oeuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux,
- et dont le conseil d'administration est composé majoritairement d'usager-ère-s de l'organisme ou de membres de la communauté.

Cette reconnaissance des organismes communautaires dans un projet de loi, le gouvernement l'établit également, par comparaison avec les "ressources intermédiaires". L'article 201 donne une définition claire et précise de "l'intermédiaire":

"Un établissement peut, en vue de maintenir et d'intégrer des personnes à la communauté, leur dispenser des services dans une ressource intermédiaire.

Est une ressource intermédiaire, toute ressource développée, contrôlée et financée par l'établissement visé au premier alinéa." (Article 201)

Cette définition a le mérite, selon le gouvernement, d'écarter certaines confusions qui existaient dans le passé où des ressources intermédiaires se déguisaient en ressources alternatives pour aller rafler le budget, déjà mince, alloué au secteur communautaire.

La reconnaissance officielle des organismes communautaires s'accompagne d'une invitation formelle, d'une quasi directive pourrions-nous dire, à participer à la réalisation des objectifs de santé et de bien-être sous le mode du **PARTENARIAT**. L'article 3 stipule en effet, que le régime instauré par la présente loi a pour objet

"d'assurer un partage adéquat des responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux."

Il faut relire attentivement le Document d'orientations pour saisir ce que le Ministère entend par ce "nouveau partenariat" qui implique un "nouveau partage des responsabilités".

"Le partage des responsabilités entre les différents partenaires doit à la fois être plus clair et plus respectueux de la nature de leur contribution respective. Il s'établira à travers la poursuite d'objectifs communs et l'action concertée. Ce nouveau partage des responsabilités doit modifier de façon substantielle les rapports humains, professionnels et institutionnels dans le réseau public. **Il débouchera, en outre, sur la collaboration entre les divers secteurs, public, privé ou communautaire**, et devrait favoriser une ouverture du réseau de services sur le milieu."
(Document d'orientations p 12)

Certes, le gouvernement reconnaît qu'il y a des problèmes relationnels entre les conjoints potentiels ...

"La reconnaissance des organismes communautaires risque de rester lettre morte si elle ne se traduit pas par l'établissement de rapports plus ouverts et la recherche d'un meilleur équilibre entre ces organismes et le réseau public. Or, les relations actuelles ne reflètent pas suffisamment ce souci. **De part et d'autre une certaine incompréhension freine la collaboration.** Celle qui se développe malgré tout repose généralement sur certaines affinités entre des membres d'organismes communautaires et des professionnels du réseau public. **Quant aux rapports formels, ils consacrent souvent l'inégalité des partenaires**. Les organismes communautaires reprochent souvent au réseau public d'être trop envahissant lorsqu'il cherche par exemple, à travers différentes mesures de soutien, à orienter leur action en fonction de ses besoins. Ils déplorent également la tendance des établissements à leur adresser certaines clientèles, en raison d'un manque de ressources ou, tout simplement, d'un manque d'intérêt."
(Document p 84)

Le gouvernement se montre donc sensible, au niveau du discours du moins, aux critiques formulées par le communautaire concernant l'hégémonisme du réseau public. Cette prise de conscience amènerait le gouvernement à proposer des mesures soit-disant pour s'assurer d'un partenariat respectueux de la vocation propre du communautaire. Ces mesures ne sont explicitées nulle part dans le Document d'orientations sauf qu'elles devront être élaborées au niveau régional. Ce sont en effet les Régies régionales qui verront à (Document d'orientations p 84)

- mettre en place des mesures pour que les organismes communautaires puissent **participer**
 - de plein droit,
 - tout comme les établissements,
 - aux structures de concertation de l'instance régionale
 - et aux mécanismes décisionnels de l'instance régionale

- s'assurer que les organismes communautaires aient **voix au chapitre pour déterminer:**
 - les orientations du système
 - les choix d'allocation budgétaire
 - l'organisation et la distribution des services.

Le gouvernement semble vouloir manifester une grande souplesse :

"Ces mesures seront adaptées aux besoins des régions. **Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique de partenariat et un découpage trop rigide des responsabilités entre les organismes communautaires et le réseau public**, mais plutôt de choisir des solutions adaptées aux problèmes et aux objectifs poursuivis, qui tiennent compte de la volonté et de la compétence de chacun.

A cet égard, il n'est pas souhaitable que la contribution attendue des organismes communautaires soit simplement calquée sur celle des établissements du réseau public. Le système de services doit au contraire s'ouvrir aux différences et reconnaître les valeurs, les approches et les pratiques distinctes " (Document d'orientations p 84 et 65)

On peut dire que là s'arrête l'élasticité de la bonne volonté gouvernementale envers le communautaire. Nous verrons plus loin les limites, les contraintes, les incitations à rendre le communautaire semblable au réseau ... **en échange d'un financement adéquat sur une base triennale.** Il est juste d'affirmer que le mouvement communautaire réclame depuis très longtemps un financement adéquat et stable. Mais pas à n'importe quel prix ...!

E) L'AVANT-PROJET DE LOI ADOPTE LA NOTION DE PROGRAMME -CADRE COMME MODE DE GESTION ET DE FINANCEMENT DU SYSTEME

Le ministre établit annuellement, après consultation des régies régionales, et soumet à l'approbation du Conseil du trésor des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses de fonctionnement, d'investissement et de service de la dette qui est admissible aux subventions à allouer aux régies régionales **sous forme d'enveloppes globales par programme.** (Article 317)

Le mot programme ou programme-cadre revient à plusieurs endroits dans le Document d'orientations et dans l'avant-projet de loi. Voici quelques éléments d'explication (Document d'orientations p 123)

- le programme est défini comme un **instrument de gestion souple, adaptable** selon les contextes et les ressources;
- il est défini également comme un **ensemble de services** qui sont destinés à une **clientèle particulière** (les groupes-cibles)

● quand on pense "programme", on pense en même temps:

- aux problèmes de santé et aux problèmes sociaux sur lesquels on veut agir...bref, à toute une problématique;
- aux clientèles auxquelles on veut s'adresser;
- aux résultats visés sur une période donnée afin de diminuer l'intensité et la fréquence du ou des problèmes (ex: il faut se souvenir ici des objectifs quantifiables qu'on veut atteindre d'ici l'an 2000 ...ex: augmenter à 80% la proportion de non fumeurs)
- aux interventions et aux services nécessaires pour "régler le problème";
- aux ressources humaines, matérielles et financières que ça prend pour faire face à la musique;
- aux liens à établir avec d'autres programmes;
- aux incitatifs de support à la réalisation de ce programme;
- aux indicateurs de performance à partir desquels on pourra évaluer l'utilisation des ressources et l'atteinte des objectifs qu'on s'était proposés

Par comparaison, il faut comprendre que le budget du Ministère était depuis toujours distribué en fonction "des catégories d'établissements" plutôt qu'en fonction d'objectifs à atteindre". Désormais ça va changer. Bien sûr les établissements auront leur budget de fonctionnement mais ces établissements seront des lieux de services ayant à remplir des tâches précises dans la problématique visée.

Il nous faut bien comprendre cette notion de programme-cadre (du moins ce que nous pouvons en saisir avec les éléments dont nous disposons) pour comprendre du même coup la place que le gouvernement accorde au communautaire. Nous en ferons plus loin une analyse critique.

F) L'AVANT-PROJET DE LOI INTRODUIT DES CHANGEMENTS DE STRUCTURES SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE LES ACTEURS DU SYSTEME

Il est important de bien saisir où niche le pouvoir dans les "nouvelles" structures de l'avant-projet de loi. Nous allons tenter d'expliquer chacune de ces structures de même que ses fonctions propres.

1. LE MINISTERE

Le MINISTERE de la santé et des services sociaux demeure le grand maître d'oeuvre. Il est chargé de déterminer les grandes orientations du système, d'assurer le partage des ressources financières entre les régions et d'évaluer l'efficacité de tout l'appareil.

Voyons de plus près quelles fonctions demeurent concentrées au niveau du Ministère de la santé et du bien-être social:

Le ministre élabore, en collaboration avec les autres ministres intéressés, une politique globale de santé et veille à son application. A cet effet:

- 1) il établit des programmes de santé et de services sociaux et voit à leur mise en oeuvre ou à leur application par les régions régionales;
- 2) il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux;
- 3) il répartit les ressources entre les régions;
- 4) il veille à la protection de la santé publique;
- 5) il coordonne la recherche en matière de services de santé et de services sociaux. (Art 289)

C'est donc le Ministère avec ses fonctionnaires qui vont:

- **déterminer les grandes orientations et les politiques de santé et de bien-être des Québécois-ses. Comment vont-ils procéder ?**
 - en poursuivant les grandes consultations publiques et en se basant sur des enquêtes comme l'enquête Santé-Québec qui sera répétée à tous les dix ans,
 - en bâtissant des programmes-cadres à partir desquels tout le travail de la base devra s'articuler;
 - en mettant en oeuvre des mécanismes d'évaluation qui permettront d'évaluer l'efficacité des programmes et la performance des régions.

- **assurer le partage équitable des ressources entre les diverses régions et exercer un contrôle budgétaire. Comment vont-ils procéder ?**
 - en attribuant un budget sur une base triennale
 - et sous forme d'enveloppe globale par programme (Article 317)

- **conserver le contrôle total de certaines activités comme:**
 - les relations avec les corporations professionnelles,
 - la coordination de la recherche et son financement,
 - la création et l'agrément d'établissements,
 - le contrôle du développement de la technologie biomédicale,
 - la négociation des conventions collectives et des ententes avec les syndicats,
 - la direction de tout ce qui a trait à la santé publique (épidémie, etc), et dans cette veine, on nous annonce qu'il y aura une révision de la Loi sur la Protection de la santé publique.

2- LE COLLEGE ELECTORAL

L'avant-projet de loi crée une nouvelle instance dans le système qui s'appelle le COLLEGE ELECTORAL REGIONAL (Art 276 et 277).

a) Les fonctions du collège électoral

Ce collège a trois fonctions:

- . élire à tous les trois ans les membres du Conseil d'administration de la Régie régionale;
- . approuver la liste des priorités régionales que lui soumet la Régie régionale;
- . approuver le rapport annuel de la Régie régionale.

Il ne s'agit donc pas d'une véritable assemblée générale des citoyens-ennes de la région avec pleins pouvoirs à la population qui y participe. Il s'agit plutôt d'un club sélect où les gens sont choisis de la façon suivante:

b) Qui compose le Collège électoral régional ?

.50% _____ seront des gens qui font déjà partie des CA d'établissements. Ils se choisissent entre eux

.25% _____ viendront d'élu-e-s de la région (maires, députés, préfets commissaires d'école, etc), de représentant-e-s des secteurs associés à la santé (justice, éducation, environnement, loisirs, habitation, etc.) et de groupes socio-économiques reconnus comme étant les plus représentatifs par la Régie régionale.

.25% _____ viendront des représentant-e-s du milieu communautaire i.e.d'organismes communautaires reconnus comme tels par la Régie.

Attention ... une personne ne peut être membre du collège électoral si "elle est fonctionnaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux ou reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, d'une régie régionale, d'un établissement ou de tout autre organisme dispensant des services reliés au domaine de la santé ou des services sociaux." (Art 281) ... bref, les personnes rémunérées des organismes communautaires ne peuvent siéger au collège électoral.

Combien de personnes composeront les Collèges électoraux régionaux ? Ca pourra varier de 54 personnes à 188 dépendant, dans chaque région, du nombre de territoires de CLSC (voir tableau p 29) et de territoires de conseil de services sociaux. (CSS)

Combien y aura-t-il de Collèges électoraux régionaux dans tout le Québec ? Il y en aura 12 et possiblement 14 dans la mesure où la région du Nord du Québec verra à mettre sur pied deux régies régionales suite aux consultations avec les communautés crie et inuit.

COMPOSITION DES COLLÈGES ÉLECTORAUX

RÉGIONS	LES ÉTABLISSEMENTS (50%)											GROUPES COMM. (25%)	ÉLUS. DE MULTISECTORIEL & LE S.-ÉCON. (25%)	TOTAL
	Conseils d'administration par territoire de CLSC			Conseils d'administration par territoire de CSS			C.H.U.S. ET INSTITUTS		SECTEUR PRIVÉ CONV.		SOUS-TOTAL			
	Nombre	Représ.	TOTAL	Nombre	Représ.	TOTAL	Nombre	Représ.	Nombre	Représ.				
Gaspésie, Îles de la Madeleine (01A) et Bas St-Laurent (01B)	15	3	45	2	3	6	—	—	1	1	52	26	26	104
Saguenay-Lac St-Jean (02)	8	3	24	1	3	3	—	—	2	1	28	14	14	56
Québec (03) Québec-sud (03A)	20	2	40	1	3	3	6	6	18	3	52	26	26	104
Meuricie-Bois-Francis (04)	12	3	36	1	3	3	—	—	3	1	40	20	20	80
Cantons de l'Est (05)	8	3	24	1	3	3	1	1	6	2	30	15	15	60
Montréal-métro (06A)	30	2	60	3	3	9	18	18	39	7	94	47	47	188
Laurentides-Lan. (06B)	13	3	39	1	3	3	—	—	12	2	44	22	22	88
Montréal (06C)	19	2	38	1	3	3	—	—	15	3	44	22	22	88
Laval (06D)	4	6	24	1	3	3	—	—	4	1	28	14	14	56
Outaouais (07)	9	3	27	1	3	3	—	—	7	2	32	16	16	64
Abitibi-Témiscam. (08)	9	3	27	1	3	3	—	—	4	1	31	15	16	62
Côte-Nord (09)	6	3	24	1	3	3	—	—	—	—	27	13	14	54

SOURCE: POUR AMELIORER LA SANTE ET LE BIEN-ETRE AU QUEBEC: ORIENTATIONS
Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux
Avril 1989

3- LES REGIES REGIONALES

C'est le "ptit dernier" des nouvelles structures. Elles remplacent les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

a) Comment sera composé le Conseil d'administration de chaque Régie régionale ? Il sera composé de 15 personnes (voir graphique p 33) élues par le Collège électoral régional et suivant les indications strictes de l'article 260 de l'avant-projet de loi.

7 personnes _____provenant des CA des établissements dont:

"au moins une provenant d'un CA des établissements d'un territoire de CLSC, une provenant d'un CA des établissements d'un territoire de CSS et, le cas échéant, une provenant d'un CA d'un établissement privé conventionné et une provenant du CA soit d'un hopital classé universitaire ou soit d'un établissement classé universitaire."

3 personnes _____provenant respectivement du milieu municipal, scolaire et des groupes intéressés au domaine de la santé et des services sociaux..

2 personnes _____provenant des groupes socio-économiques

2 personnes _____provenant des organismes communautaires

1 personne____ qui est le directeur-trice générale, nommé par le Gouvernement sur recommandation du Ministre et qui a droit de vote.

b) Que feront les Régies régionales ?

Les Régies régionales sont appelées à "régionaliser" les grandes orientations établies au niveau du pouvoir central. Elles verront aussi à assumer des fonctions de coordination et de concertation. De façon plus précise (Document d'orientations p 109):

● elles vont **établir toute la programmation** des services de santé et des services sociaux de leur région *"en conformité avec les orientations, les priorités et les programmes gouvernementaux"* (Art 240). Comment ?

- en faisant des études de besoins et en déterminant les priorités régionales;
- en tenant à jour, avec les DSC, le portrait de santé de la population;
- en élaborant des programmes où plusieurs établissements seront appelés à participer ensemble à leur réalisation;
- en bâtissant des stratégies où plusieurs secteurs de la région seront appelés à collaborer ensemble (les groupes socio-économiques et l'éducation par exemple) pour répondre aux besoins prioritaires.

● elles vont distribuer les **budgets** aux établissements et les **subventions** aux organismes communautaires ... *"sur la base des programmes décentralisés et dans le respect du cadre établi par le Ministère"* (Document d'orientations p 109)

● elles vont agir comme agent principal de la coordination et de la concertation au niveau de la région. Document d'orientations p 110 et article 244) **Elles seront les véritables maîtres d'oeuvre du partenariat.** Comment ?

- en faisant travailler ensemble tous les autres secteurs socio-économiques, les municipalités, les directions régionales des différents ministères, etc. vers des objectifs communs de santé et de bien-être;

- en favorisant l'établissement de liens plus étroits entre le public, le communautaire et le privé en vue d'utiliser de façon plus efficace les ressources de la région;

- en participant à la négociation des clauses non salariales des conventions collectives qui ont un impact sur la région comme la mobilité du personnel à l'intérieur d'une même région, la formation, le recyclage;

- en veillant au développement "ordonné" des ressources intermédiaires en fonction des capacités d'accueil des communautés. (Document p 110)

- **Elles ont une fonction d'évaluation/contrôle très importante.** Elles vont évaluer la performance des établissements et des groupes communautaires subventionnés, l'efficacité des programmes décentralisés, le degré de satisfaction des usagers à l'endroit tant des établissements que des organismes communautaires. Elles vont collaborer avec le Ministère pour bâtir des "programmes d'appréciation de la qualité des services offerts " (Document p 110)

- **Elles feront la promotion de la participation des citoyen-ene-s.** Comment ?

- elles sont tenues par la loi (Art 266) de faire au moins une séance publique d'INFORMATION par année où elles informent la population de la région sur les priorités, les orientations, les relations avec les établissements, les états financiers. Aucun pouvoir décisionnel n'est attribué à ces assemblées publiques;

- elles s'assurent que les Conseils d'administration des établissements sont comblés selon les règles;

- elles nomment leurs représentant-e-s sur les Conseils d'administration des établissements.

- **Elles traitent les plaintes** des bénéficiaires d'établissements et d'organismes communautaires

STRUCTURES DU POUVOIR

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX



COLLEGE ELECTORAL DANS 13 REGIONS DU QUEBEC
 COMPOSE DE

50% de personnes provenant
 des Conseils d'administration
 des établissements

25% de personnes
 provenant
 .d'élu-e-s
 .de secteurs
 associés à la
 santé
 .de groupes
 socio-économiques

25% de
 personnes
 du milieu
 communautaire



REGIE REGIONALE
 dont le Conseil d'administration est composé de 15 personnes

7

3

2

1

2

Etablissements

Milieux municipal
scolaire et autres
groupes intéressésGroupes
socio-
écono.Directeur
nommé
par Gouv.Milieu commu-
nautaire

4) Les conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux sont profondément modifiés.

Ainsi, les conseils d'administration propres à chaque établissement de **santé** (hôpital, centre d'hébergement, CLSC, etc) sont abolis et remplacés par:

UN SEUL CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR L'ENSEMBLE
DES ETABLISSEMENTS QUI ONT LEUR SIEGE SOCIAL DANS
LE TERRITOIRE D'UN CLSC (Art 43)

De même les conseils d'administration propres à chaque établissement de **services sociaux** (centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, centre de jeunes mères en difficulté, centre de services sociaux) sont abolis et remplacés par:

UN SEUL CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR L'ENSEMBLE
DES ETABLISSEMENTS QUI ONT LEUR SIEGE SOCIAL DANS
LE TERRITOIRE D'UN CENTRE DE SERVICES SOCIAUX (Art 44)

Par ailleurs, les établissements à caractère universitaire (soit institut ou centre hospitalier universitaire) échappent à ces modifications (Article 51). Ces établissements conservent leur propre conseil d'administration.

Les motifs invoqués par le gouvernement pour procéder à de telles modifications répondent aux exigences suivantes: ● faire en sorte que les citoyen-ne-s occupent la totalité des sièges aux CA des établissements pour corriger la situation antérieure où ils-elles étaient minoritaires et incapables d'être de véritables porte-parole de la communauté. ● assurer une meilleure intégration et concertation entre établissements pour là aussi corriger la situation antérieure où il y avait tiraillements, discussions stériles et incapacité de collaborer ensemble à des objectifs communs. ● assurer un meilleur contrôle des coûts du système. (Document d'orientations p 100-103)

Nous reviendrons dans l'analyse sur cette "participation des citoyen-enne-s" pour démontrer que ces modifications de structures ne vont pas nécessairement dans le sens d'une amélioration des situations qu'on veut corriger.

LE POUVOIR AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

AVANT

Le CLSC avait son propre
Conseil d'administration

L'hôpital avait son propre
Conseil d'administration

Le Centre d'accueil avait
son propre Conseil
d'Administration

MAINTENANT

**UN SEUL CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR TOUS LES
ETABLISSEMENTS
AYANT LEUR SIEGE SOCIAL DANS UN TERRITOIRE DE CLSC
et composé de 13 personnes**

4

2

2

2

3

<ul style="list-style-type: none"> • élues lors d'une assemblée publique • à chaque 3 ans • où les usager-è-s de tous les établissements sont conviés • dont une doit venir des corporations enregistrées avant 1972 (mais pas plus de trois) 	<ul style="list-style-type: none"> • nommées par la Régie régionale 	<ul style="list-style-type: none"> • nommées par le Ministère 	<ul style="list-style-type: none"> • choisies par les 8 premières • dont UNE sur recommandation et provenant des Comités de bénéficiaires • et UNE des municipalités régionales de comtés 	<ul style="list-style-type: none"> • choisies par les 10 précédentes • dont UNE doit avoir 65 ans et plus
---	--	--	--	---

LE POUVOIR AU NIVEAU DES ETABLISSEMENTS DE SERVICES SOCIAUX

AVANT

Le centre de services sociaux
avait son propre Conseil
d'administration

Le centre de réadaptation
pour jeunes en difficultés
avait son propre Conseil
d'administration

Le centre pour mères en difficultés avait son
propre Conseil d'administration

MAINTENANT

**UN SEUL CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR TOUS LES
ETABLISSEMENTS AYANT LEUR SIEGE SOCIAL DANS UN TERRITOIRE
DE CENTRE DE SERVICES SOCIAUX
et composé de 11 personnes**

4

. élues lors d'une
assemblée
publique
. à chaque 3 ans
et dont
. 2 sont des
parents de
bénéficiaires

2

nommées
par la
Régie
régionale

1

nommée
par le
Ministère

4

choisies par les
7 précédentes
dont **une** prove-
nant du milieu
de la **justice**
et **une** du milieu
scolaire

5) On élimine dix Départements de santé communautaire (DSC)

Dans la même foulée, on ramène de 32 à 22 le nombre de Départements de santé communautaire (DSC) en redéfinissant leur territoire et en les intégrant à 22 centres hospitaliers déjà existants. Selon le gouvernement "le trop grand nombre de DSC a souvent freiné la coordination et empêché la nécessaire concentration des compétences" (Document d'orientations p 99)

6) On introduit une nouvelle expérience de privatisation: les Organisme de soins intégrés de santé (OSIS)

On introduit à titre expérimental une nouvelle structure: les **Organismes de soins intégrés de santé (OSIS)**. Il s'agit d'une nouvelle façon d'organiser les soins. Le gouvernement propose donc de tenter l'expérience (par appel d'offres aux organismes sans but lucratif) de ces OSIS ainsi décrites:

"Organisme à charte, sans but lucratif, l'OSIS sera formée d'un établissement ou d'un regroupement d'établissements, de cabinets privés, de polycliniques qui, sur la base d'un financement par prépaiement, donnera, directement ou par entente, **la totalité des soins de santé et des services sociaux** connexes assurés par le régime public. Elle offrira ces soins et services à toute personne qui réside sur son territoire et qui adhère de manière volontaire à l'organisation pour un temps donné." (Document p 51)

Ces OSIS permettent de vérifier certaines hypothèses de privatisation mais sans remettre en cause les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité. L'avant-projet de loi contient d'ailleurs des dispositions précises quant à la privatisation de certaines ressources, en particulier pour les personnes âgées. Ainsi l'article 306 permet au Ministre:

"d'attribuer à des résidences privées d'hébergement pour personnes âgées ou à des établissements privés non conventionnés qui exploitent un centre d'hébergement et de soins de longue durée, des allocations financières pouvant varier suivant la nature des services offerts."

QUI SOMMES-NOUS ?

L'IDENTITE, LA FORCE , L'ORIGINALITE DU COMMUNAUTAIRE

Avant même de nous plonger dans l'analyse de cet avant-projet de loi et de ses impacts sur le mouvement communautaire, il serait important de nous rappeler à nous mêmes qui nous sommes et sur quoi repose notre identité fondamentale. Un tel rappel nous aiderait à mieux comprendre ce qu'il est possible d'accepter, ce qu'il est nécessaire de refuser et ce qu'il est important de modifier dans la législation proposée.

Il serait faux de prétendre que nous sommes "un", i.e. coulés dans le même moule. Nous sommes au contraire variés, multiformes, différents les uns des autres, bref nous sommes "pluriels". Mais nous partageons certaines intuitions de fonds, certaines expériences historiques.

a) Nous partageons entre nous une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société.

Le mouvement communautaire est né de la conviction profonde que le contexte économique, politique, social et culturel, dans lequel les gens vivent, constitue un des déterminants majeurs de leur état de santé. Nous nous éloignons en cela de tous ceux et celles pour qui l'individu est le seul et unique responsable de son mieux ou mal être.

Le mouvement communautaire a développé le réflexe très sain de chercher du côté de la pauvreté et des inégalités, du côté des pouvoirs économiques et institutionnels, du côté des rôles sociaux traditionnels, les causes premières des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

C'est pourquoi il nous est facile de comprendre l'illogisme et la contradiction profonde qu'il y a entre vouloir d'une part réduire de 20% les maladies cardio-vasculaires au Québec tout en mettant en application la réforme de l'aide sociale (loi 37) et la réforme de l'assurance-chômage (ces deux réformes ont en commun de réduire l'accessibilité aux prestations et d'augmenter les contrôles), tout en maintenant élevé le niveau de non-emploi chez les jeunes, etc ... toutes choses qui contribuent à créer systématiquement le stress, la dépression ...et les crises cardiaques !

Un groupe comme l'Association québécoise pour la défense des retraité-e-s et pré-retraité-e-s (AQDR) s'explique fort éloquemment sur cette question:

"Vieillir chez soi (...) c'est travailler en amont dans la prévention, pas seulement dans les soins et services qu'on fait quand, justement, on renvoie à la maison des gens qui sont en perte d'autonomie et qu'on veut mobiliser des femmes pour les garder (...). C'est s'occuper du plus grand gaspillage social qui fait qu'à 30 ans les jeunes ne travaillent pas encore et qu'à 55 ans ils ne travaillent déjà plus (...). C'est de s'occuper du fait que, bien sûr, quand on s'ennuie, quand on se sent inutile socialement, quand il n'y a plus de motivation, c'est là qu'on tombe malade, c'est là que la perte d'autonomie se fait.

"On n'arrête pas d'entendre qu'il faut se responsabiliser, se prendre en main, changer de mentalité. On veut bien, mais ça devrait d'abord vouloir dire changer de conditions de vie!"

(Les filières de l'action sociale p 159)

b) Nous partageons entre nous une approche qui considère la personne comme un tout.

Les organisations communautaires, alternatives, bénévoles ont développé une approche qui tient compte de toute la personne et non pas de son seul problème, fut-il médical ou social. Elles se sont ainsi toujours opposées à la médicalisation forcée et à la bureaucratisation à outrance de la santé. Elles se sont toujours insurgées contre le fait que les processus de vie soient dénaturés lorsque passés au rouleau compresseur du médical, de l'institution et de la profession. Elles ont toujours refusé que le corps et l'esprit soient découpés en tranches étanches appartenant chacune, séparément, à une branche de la médecine ou à un département de service

social. Elles ont développé des manières d'être et de faire où la personne est placée dans des conditions pour réaliser ses potentialités plutôt que de sombrer dans la dépendance et la passivité:

"Notre mouvement est né de l'expérience, soit celle traumatisante de la surmédicalisation, soit celle de l'alternative. L'expérience comme moteur de changement, comme retrouvailles de nos potentialités, réappropriation de notre liberté de choix, basée sur la reconnaissance du savoir des femmes sur leur corps, sur leur savoir, sur leur capacité aussi de faire des liens avec le reste de nos vies de femmes: mettre ensemble tous les éléments, toutes les facettes. C'est ça la véritable continuité et non celle des services sociaux institutionnels"

Mouvement pour l'humanisation Naissance-Renaissance
(Les filières de l'action sociale p 140)

Cette conception de la personne comme un tout a également amené les organisations communautaires à refuser la logique du "continuum de services" pour privilégier le "continuum de vie", à refuser de se laisser enfermer dans des programmes au détriment de l'action sociale. L'expérience du Regroupement des maisons d'hébergement et de transition pour femmes violentées nous fera comprendre jusqu'où peut conduire la politique des services privilégiée par le gouvernement, et la réduction d'une "problématique" à des programmes qui évacuent la prévention en tant qu'action de transformation au sein d'une société.

"Ce qu'on demandait, c'était une politique de reconnaissance, une politique de financement. Ils ont élaboré une politique- femmes violentées en termes d'hébergement, en termes d'espace-lit et non en termes d'espace-appartenance, d'espace-cheminement des femmes. Ils ont sorti une politique d'intervention où le seul mandat qu'on a, c'est l'hébergement. C'est comme ça qu'on est devenues complémentaire! C'est comme ça qu'on est devenues des gardiennes de femmes! (...) Ils ont acheté les lits, pas la problématique. Les maisons sont en train de mourir. On ne finance que l'hébergement, pas les interventions auprès des enfants, la sensibilisation, la prévention, le suivi. On nous morcelle notre intervention, on la parcellarise, on la programmatise. **On devient un service dans la chaîne des services d'un projet technocratique (...)**

(Les filières d'action sociale, p 147)

c) Nous partageons entre nous une capacité de répondre de façon différente à de nouveaux besoins.

Nous avons développé une multitude d'initiatives pour répondre adéquatement à des besoins nouveaux ce qui nous a amené-e-s à faire les choses autrement. Bien sûr tout cela s'est fait en réaction aux insuffisances du réseau mais cela s'est fait aussi beaucoup en cherchant des voies plus respectueuses de l'autonomie et de la dignité des personnes.

Ainsi, le mouvement féministe (dont les Centres de femmes, les Maisons d'hébergement et de transition pour femmes violentées, les Centres d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles, etc. sont issus) a permis de s'attaquer de front à des phénomènes comme la violence faite aux femmes, l'isolement, la pauvreté avec ses multiples visages, la dépression à répétition, etc., par des moyens autres que la médication, l'hospitalisation, la thérapie individualisante, la dépendance face au "père" (sous la forme de toutes ces structures bureaucratiques ou professionnelles) . On a cherché du côté des nouvelles solidarités à bâtir entre femmes, du côté de l'entraide, de la participation, de l'action.

Le Mémoire de l'R des Centres de Femmes du Québec présenté à la commission Rochon est très explicite sur cette dimension de leur travail:

"Les Centres ont contribué, depuis plusieurs années, et contribuent encore à sortir les femmes de la passivité et de la dépendance en les aidant à devenir leur propre agent de changement dans la maîtrise de leurs conditions de vie. Ils sont autogérés par des femmes et pour des femmes et font un énorme travail d'éducation, de sensibilisation, d'information, d'action et aussi de recherche qui vise l'autonomie des femmes sur tous les plans, autant affective et sociale qu'économique." (p 6)

Ainsi le mouvement alternatif en santé mentale a permis de faire prendre conscience des rapports de force, de domination, de dépendance dans lesquels le pouvoir psychiatrique maintient les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il a surtout mis de l'avant des moyens nouveaux pour rendre aux psychiatisés leur dignité, brisant la discrimination et le rejet dont ils sont victimes, tablant sur les ressources individuelles et collectives de ces personnes, ce qui constitue un apport inestimable à la société. Leur Mémoire à la commission Rochon est tout aussi explicite:

"Nous avons voulu faire le point, de manière fondée, sur le manque de rigueur scientifique de l'intervention médico-psychiatrique en santé mentale (...) Nous, des ressources alternatives en santé mentale n'avons pas attendu un décret gouvernemental, ni que les coffres de l'Etat se vident pour proposer des solutions différentes, s'appuyant sur les capacités de prise en charge du milieu. Depuis une décade, en lien étroit avec l'ensemble du mouvement communautaire, nous avons créé des lieux d'accueil qui sont des solutions concrètes au mal de

d) Nous partageons entre nous une conception plus égalitaire des rapports entre intervenant-e-s et usagers-usagères/bénéficiaires.

Nous pensons que la véritable "attitude thérapeutique" (quels que soient le problème et la personne impliquée) repose sur la solidarité et non pas sur la logique de la domination du savoir, du pouvoir, de l'institution. Depuis près de vingt ans, dans le quotidien, nous faisons la preuve que la "compétence diplômée" n'est pas suffisante à elle seule pour provoquer le changement. Et nous nous insurgons contre cet hyperprofessionnalisme, le seul valorisé par le système, mais qui se révèle incapable de répondre adéquatement aux besoins des gens.

"La professionnalisation spécialisée, c'est pas toujours bon pour le social. Avec la super-spécialisation, on devient des superprofessionnels avec des langages que le monde ne comprend même pas, avec des "kits" pour faire passer le problème dans 12-16 semaines de thérapie autoritaire (...) Je me dis, c'est bien beau de leur parler de la communication quand les coquereilles se promènent sur la table, puis qu'ils ont peu à manger. Ils nous crient leur révolte. Puis je me dis que je ne peux pas aller leur dire de bien communiquer, puis d'être gentils avec leurs enfants...Ils ont le goût parfois de les tuer. (...) On est tellement décalé par rapport à ce que ce monde-là vit quand on les fait venir dans nos bureaux avec toutes nos belles théories."

(Une travailleuse sociale professionnelle du secteur enfance-famille)

(Les filières de l'action sociale p. 130)

e) Nous partageons entre nous le même enracinement dans la communauté.

L'identité du mouvement communautaire repose en effet sur la qualité de ses rapports à la communauté. Nous sommes issus du milieu. Nous y sommes profondément imbriqués. Nous contribuons à créer des lieux d'appartenance, à bâtir des réseaux de solidarité.

"Les Centres de femmes sont tous des initiatives locales de femmes. Ils se sont mis sur pied, sans liens entre eux, pour répondre localement aux nouveaux besoins des femmes et se sont installés dans la communauté comme un nouveau lieu d'appartenance des femmes."

(Mémoire p 6)

Et la réflexion des ressources alternatives en santé mentale va exactement dans le même sens:

"Ca veut dire quoi et ça sert à quoi une "alternative" isolée, qui se développe en vase clos, si ce n'est exprimer encore une fois le rejet, le ghetto, si ce n'est reproduire l'asile dans la communauté. Nos alternatives n'ont de sens que si elles s'insèrent dans des stratégies d'intervention de quartier, que si elles contribuent à renforcer ces communautés, à faire vivre la responsabilité individuelle et collective des gens d'un quartier face aux psychiatisé-e-s et vice versa."

Nous ne sommes évidemment pas opposé-e-s à l'entraide, mais nous l'imbriquons dans des gestes collectifs qui nous amènent à concevoir et à bâtir la communauté "comme système actif de solidarité, de contrôle et de pouvoir des individus et des groupes qui la constituent" (Les filières d'action sociale p 188). Pas étonnant que pour nous, le milieu et la communauté ne se limitent pas à la famille, même élargie ...!

f) Nous partageons une vision autre du "service"

Certes nous offrons des services et même toutes sortes de services et nous en sommes fières-fiers. Mais le service n'a jamais été, n'est pas et ne sera jamais une fin en soi. Nous en connaissons trop bien les pièges: risque de dépendance, puits sans fond, rongeur d'énergies, créateur de burn out, illusion de l'activisme, renforcement de la conception qu'il est plus important d'aider quelqu'un que de lutter avec pour changer les conditions de vie, etc. Nous savons d'expérience que le service seul, même humain, même chaleureux, même novateur, à partir du moment où il est installé et devient une fin en soi ne comporte plus les mêmes capacités de transformation.

Le service pour nous, 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.

"Il y a un terrain que les organismes communautaires occupent, un champ d'action où ils ont développé une expertise et c'est celui-là qu'on veut voir reconnu: celui de la prise en charge par les citoyens de leurs conditions d'existence; celui du choix et de la capacité du citoyen de modifier son environnement."

Une intervenante d'un Centre communautaire jeunesse
(Les filières de l'action sociale p 173)

g) Nous partageons des pratiques différentes d'exercice du pouvoir.

Nous privilégions en effet des formes diversifiées de démocratie directe, plus stimulante pour les membres de nos groupes. Depuis toujours, le contrôle par les usagers-ères, la participation active des employé-e-s aux prises de décision, la responsabilisation collective des membres ont marqué profondément la vie de nos organismes.

h) Nous partageons entre nous le désir de faire advenir une société plus égalitaire

A travers sa variété, le mouvement communautaire est habité de désirs, de projets de société nouvelle débarrassée de la pauvreté, du sexisme, des logiques technocratiques, des abus de pouvoir.

"Le mouvement féministe porte en lui un projet de société: l'égalité des femmes, l'humanisation des rapports sociaux, la fin des guerres et une plus grande qualité de vie. Dans cette perspective, l'action volontaire des femmes, qu'on l'appelle bénévolat ou militantisme, est une prise en charge collective."

Regroupement des centres de femmes
(Les filières de l'action sociale p 177)

3) L'AVANT-PROJET DE LOI ET SES IMPLICATIONS POUR LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE

A la lumière de ce que nous sommes et de notre expérience historique, il importe maintenant de saisir la portée de cet avant-projet de loi pour l'ensemble des groupes communautaires. Plusieurs questions viennent immédiatement à l'esprit:

- Avons-nous la certitude que cet avant-projet de loi respecte la vocation propre du communautaire, qu'il reconnaît la richesse de son expérience, l'originalité et la qualité de son apport ?

- Cet avant-projet de loi amorce-t-il une réelle décentralisation démocratique ou propose-t-il plutôt une simple déconcentration administrative ?

- Cet avant-projet de loi crée-t-il des conditions plus favorables au travail des organisations communautaires ? Va-t-il leur permettre de réaliser encore davantage leurs potentialités, au sein d'un partenariat égalitaire avec le réseau public, ou s'agit-il là d'un vaste projet "d'harnachement" du communautaire en échange d'un financement "adéquat" ?

Nous tenterons d'attirer l'attention du mouvement communautaire et de susciter sa vigilance à partir de trois grands axes de réflexion:

- a) la conception de la prévention et de "la personne au centre du système"
- b) le type de décentralisation et l'implication pour l'exercice de la démocratie
- c) le partenariat "encadré" auquel est convié le mouvement communautaire.

a) La conception de la prévention et de "la personne au centre du système"

Nous avons noté plus haut que le gouvernement québécois a réellement amorcé un virage "santé et bien-être" en proposant à l'ensemble des acteurs sociaux de "substituer aux objectifs de services des objectifs orientés vers la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux" (Document d'orientations p 17). Il s'agit là d'un gain appréciable en ce qu'il permet à tous les acteurs sociaux, dont le communautaire bien sûr, de parler un certain langage commun: on peut discuter des problèmes de santé et des problèmes sociaux vécus par la population québécoise et ne pas parler uniquement services et structures.

Dans la même foulée, le gouvernement propose de "centrer le système sur la personne". **"L'équilibre recherché exige que l'ensemble des énergies au sein du système convergent vers la personne à soigner, à soutenir et à assister.** Il est également nécessaire de lui rendre accessible les moyens de faire valoir ses droits et d'exercer ses responsabilités (...)" (Document d'orientations p 13).

Cette concentration sur la personne explique l'insistance à vouloir favoriser l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés. Certes, cette orientation peut être perçue de façon positive: elle défait les vieux réflexes de ne s'appuyer que sur l'Etat pour en attendre les divers bienfaits, elle invite les gens à se prendre en charge et à redevenir des sujets actifs de leur mieux-être, elle met à contribution les proches et les divers groupes oeuvrant au sein d'une communauté. Cette "nouvelle" façon de concevoir la santé semble maintenant faire consensus chez les dirigeant-e-s de nos sociétés néo-libérales et bien sûr chez les technocrates qui articulent les planifications:

"Il n'est plus question de continuer à associer la recherche du bien-être et de la santé optimale au strict développement d'un système de services accompagné d'un appel à une modification de certains comportements pathogènes. L'Etat ne peut plus être le premier responsable de la santé et du bien-être individuel. Il faut permettre aux individus de retrouver le potentiel de changement de leur situation sociale et sanitaire. "Il faut augmenter la capacité d'autonomie des gens de se tirer d'affaire." (Jake Epp, ex-ministre fédéral de la santé). C'est en ce sens aussi que la commission Rochon, à la suite du rapport Barclay ainsi que des documents récents de l'Organisation mondiale de la santé et du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, dans son programme "Promotion de la santé" entend placer la personne-citoyenne au centre du système en voie de reconceptualisation. La personne n'est plus définie en termes de consommatrice ou d'usagère des services (rapport passif) mais comme citoyenne, "acteur principal du système"
(Les filières d'action sociale p 189-190)

Voilà pour le discours! Mais force nous est de constater que cette façon de voir comporte des lacunes importantes que le mouvement communautaire se doit de critiquer.

• La personne toute seule face au système

Est-ce que ce fameux système centré sur la personne ne conduit pas en fait à ce que la personne se retrouve toute seule face au système ? C'est la constatation à laquelle on arrive après avoir scruté la façon dont le gouvernement entend régler les problèmes de santé et les problèmes sociaux des québécois-ses.

Ainsi, sur les 20 objectifs prioritaires choisis par le gouvernement pour ajouter des années, de la santé et du bien-être à la vie, une bonne majorité concernent des problèmes médicaux générés par des

comportements malsains. La tentation sera grande d'exercer les interventions et de mobiliser les ressources sur les personnes et les **groupes-cibles** affligés de ces problèmes. Dans sa tentative de "responsabiliser" les personnes face à leur santé, le gouvernement indique, avec une précision toute statistique, que vraiment, il y a abus dans la cité : on fume trop, on boit trop, on mange mal, on a plusieurs partenaires sexuels, on ne fait pas assez d'exercice physique, on se penche mal au travail, on ne surveille pas ses seins assez régulièrement, etc. Mais sur les puissants lobbys de l'alimentation et de la cigarette, sur les conditions de travail dangereuses et malsaines, le discours gouvernemental est plus silencieux.

Sans nier que certaines habitudes de vie malsaines détériorent la santé des individus, le mouvement communautaire a toujours refusé de s'enfermer dans cette logique "malsaine" parce que réductrice. Les groupes communautaires ont depuis longtemps compris les pièges de cette approche:

- risque d'individualiser les problèmes,
- risque de bâtir des interventions à courte vue qui poussent à faire travailler les individus, avec acharnement et avec des techniques toutes plus sophistiquées les unes que les autres, sur le seul changement de leurs comportements,
- risque d'amener l'ensemble de la population, et ce, malgré les campagnes d'information, à blâmer les victimes (ex: les sidatiques, les parents abuseurs, les pauvres, etc.) et, plus grave, à s'en désolidariser.

● La personne isolée du contexte dans lequel elle vit

Les objectifs et les stratégies préventives proposés par le gouvernement ont tendance à évacuer presque complètement le contexte social, économique, politique, culturel dans lequel les personnes vivent et qui pèse d'un poids déterminant sur leur état de santé et de bien-être. Bien sûr, le discours utilisé dans le Document d'orientations mentionne ce contexte, mais quand on passe à la recherche de moyens d'action et d'intervention, on change de cap.

"Le document Pour améliorer la santé et le bien-être rend parfaitement compte des liens entre la pauvreté, le sexe, l'âge et diverses problématiques. Le gouvernement admet, par exemple, que la pauvreté constitue l'un des principaux obstacles à l'intégration sociale. Et il reconnaît, dans la même foulée, que cette engeance frappe surtout les familles monoparentales et les personnes âgées, donc surtout des femmes ... Plus encore, la politique globale, s'appuyant sur les résultats de la fameuse enquête Santé-Québec, déplore des inégalités persistantes entre l'état de santé et de bien-être général des Québécois "selon leur appartenance à une catégorie socio-économique, leur sexe et le territoire habité." Seulement, loin de voir en ces facteurs des causes profondes auxquelles une approche préventive commanderait de s'attaquer, le gouvernement les "ravale" aussitôt au rang des "caractéristiques" des clientèles visées. Le dérapage est subtil et le résultat, foudroyant: **il n'en faut pas plus pour s'acharner sur les pauvres au lieu de s'attaquer à la pauvreté!** (Godard, Lorraine. "Pour améliorer la santé et le bien-être " ...des femmes et des groupes de femmes ? Une analyse des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux. Relais-femmes. Août 1989, p 14)

Pour illustrer encore davantage cette conception gouvernementale de la prévention, conception étrangère au mouvement communautaire, prenons un exemple. L'objectif no 17 propose de réduire l'incidence et les conséquences des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants . Comment ?

"A moyen terme, la véritable solution réside dans la prévention précoce. Une action préventive efficace favorise l'établissement d'une bonne relation entre les parents et l'enfant mais aussi assure un support aux parents: intervention thérapeutique, information sur les groupes d'entraide et les ressources publiques. Les groupes d'entraide doivent être également soutenus. Ils permettent de prévenir les comportements violents ou encore de briser l'isolement des parents abuseurs. Il faut enfin informer le grand public, le sensibiliser au problème de l'enfance maltraitée et élaborer des programmes éducatifs qui visent à faire prendre conscience à l'enfant de son intégrité et de sa dignité."
(Document d'orientations p 31)

Ce sont là bien sûr des gestes préventifs utiles mais complètement isolés du contexte général dans lequel se situe cette problématique. Le mouvement communautaire aurait sûrement tendance à concevoir la prévention différemment: conscientisation au phénomène de la pauvreté, dont on sait parfaitement qu'elle constitue une des causes fondamentales de ce problème de société (et non pas de quelques individus pervers); actions de mobilisation pour obtenir des services de garde, des congés parentaux; création de ressources adaptées, etc.

Enfin, il est important de bien saisir que la conception de la prévention mise de l'avant par le gouvernement peut conduire à un accroissement du contrôle social, les intervenant-e-s étant alors appelé-e-s à jouer les "policiers".

Plusieurs intervenant-e-s avaient alerté l'attention des membres de la Commission Rochon sur ce "vice caché" d'une certaine prévention:

"Avec le programme OLO (orange, lait, oeuf), on devient à mon avis, des instruments de contrôle importants. Ces programmes, ça veut dire que même des personnes qui ne veulent pas de services vont devoir en recevoir. Notre rationnel, c'est la statistique, notre objectif, c'est que dans deux ans, il y ait moins d'enfants de petit poids (...). On va trouver que ce sont les très jeunes mères, peu scolarisées et vivant dans certains quartiers, qui sont les "personnes à risque". Il y aura donc beaucoup plus de signalements. La non-atteinte de l'objectif pourra être interprétée comme une non-collaboration des personnes. On s'axe encore sur les comportements et non sur les conditions du milieu qui génèrent ce type de problèmes."

Une travailleuse sociale professionnelle à l'accueil psycho-social.

(Les filières d'action sociale, p 101)

● La communauté mobilisée autour de la personne à soigner

La stratégie qui vise à mobiliser la communauté nous paraît également porteuse d'ambiguïtés. On peut avoir l'impression que le gouvernement amorce un virage vers la reconnaissance de la communauté. On se surprend même à retrouver dans le discours gouvernemental la formulation de vieilles revendications propres au mouvement communautaire.

Or, à y regarder de plus près, on constate que cette stratégie semble davantage axée sur la réduction de l'accès aux services lourds. Et c'est dans ce contexte que l'apport de la communauté est sollicité et valorisé. La personne malade, mais responsable de sa santé, est invitée à amorcer une trajectoire linéaire, parfaitement harmonieuse, où elle doit d'abord se tourner vers sa famille immédiate pour obtenir l'aide nécessaire, puis viennent les proches (amies, parenté, voisins ...plutôt voisines), puis les ressources bénévoles de la communauté, ensuite, mais seulement au besoin, les ressources légères du réseau et enfin, mais seulement in extrémis les services lourds du secteur public. C'est ce qu'on

a appelé le "continuum de services" où le communautaire ne constitue qu'un des maillons de la chaîne parmi d'autres. On ne sonnera jamais assez l'alarme face à cette conception du rôle des organismes communautaires au sein de la communauté. Leur vocation propre est pervertie. Perversi également le sens de la communauté qui devient communauté proche - surtout familiale- et groupe d'entraide mobilisés autour de la personne "malade" et non communauté en tant qu'entité mobilisée et mobilisante pour transformer les conditions d'existence des collectivités.

● La communauté réduite à la famille...et à la femme

A y regarder de plus près encore, on constate que, plus souvent qu'autrement, la notion de communauté est réduite à la notion de famille. Le communautaire entretient une méfiance instinctive envers tout ce qui concerne les interventions axées sur la seule famille. **Les groupes de femmes en particulier sont formels: ce sont les femmes qui paieront le prix de ces politiques.** Il y a en effet dans ce discours et ces pratiques valorisant les réseaux naturels, **en particulier la famille**, le piège d'une féminisation abusive de l'entraide et de la prise en charge des individus malades.

"L'Etat semble, aujourd'hui, vouloir restaurer la pratique bénévole et la famille comme devant assumer les principales responsabilités face à l'entretien des personnes âgées. C'est une autre des formes que prend la privatisation (...). C'est le travail invisible et gratuit des femmes à la maison ou le bénévolat comme travail gratuit fait principalement par les femmes qui sont proposés."

Association québécoise pour la défense des droits des retraité-e-s et des pré-retraité-e-s (AQDR) (Les filières d'action sociale p 160)

Il y a donc lieu encore une fois de sonner l'alerte. Le gouvernement interpelle directement les femmes, par communauté et famille interposées. "Et pour mieux faire pénétrer le message, le gouvernement s'est doté d'une politique familiale dont l'une des priorités est "l'augmentation significative du soutien financier aux organismes familiaux qui agissent pour le renforcement de l'entraide familiale et des responsabilités parentales. Certes, cet appel à la famille s'accompagne maintenant de promesses de compensation. (...) mesures de répit à l'intention des parents d'enfants handicapés -qui les revendiquent depuis belle lurette- et propose d'en explorer d'autres "pour mieux venir en aide à ceux qui hébergent les personnes âgées membres de leur famille." Mais toutes ces mesures, parcimonieuses, ont des odeurs frelatées d'une tentative de séduction lorsqu'on connaît le prix de cet idéal familial. Car ce sont bien sûr les femmes -et seulement les femmes- qu'on interpelle ainsi, gratuitement, et qu'on pressure de toutes parts pour troquer leur propre autonomie contre celle, spéceuse, de la famille. Personne n'imagine en effet que le fils aîné quittera le CEGEP, le père sa job et la mère aussi pour changer les couches de mon oncle..." (Godard, Lorraine. Texte déjà cité. p 23)

b) Le type de décentralisation et la démocratie

Le Document d'orientations parle de **DECENTRALISATION** vers le palier régional. Ce chambardement pourrait laisser croire qu'il y a eu véritablement déplacement sinon de tout le pouvoir du moins de certains pouvoirs vers cette nouvelle structure que seront les REGIES REGIONALES. Mais une lecture attentive des fonctions et attributions des structures proposées nous permet d'affirmer qu'il s'agit plutôt d'une **DECONCENTRATION ADMINISTRATIVE**.

Ainsi le Ministère de la santé et des services sociaux, nous l'avons vu, conserve le pouvoir de définir les grandes orientations du système, d'établir les programmes-cadres et de partager les ressources entre les régions. Ce pouvoir lui revient sans doute, le gouvernement étant redevable à la population de la gestion du système. **Mais il est permis de questionner l'extrême centralisation imposée au niveau des programmes-cadres.** Ces programmes sont sensés être les "artères" du réseau: c'est à partir de cet instrument de gestion que les grandes orientations vont pénétrer toutes les fibres du système et que seront allouées les ressources financières. Aucun mécanisme de consultation n'est prévu à ce niveau.

IL EST IMPORTANT DE BIEN COMPRENDRE QUE LE MINISTERE GARDE LE POUVOIR DE DETERMINER LES GRANDES POLITIQUES ET LES BUDGETS ALLOUES AUX REGIONS.

IL EST IMPORTANT DE SAVOIR QUE C'EST AU NIVEAU DU MINISTERE QUE VONT S'ELABORER LES PROGRAMMES QUI VONT ENCADRER TOUT LE TRAVAIL A LA BASE ET QUI VONT CONSTITUER LE CRITERE ABSOLU DU FINANCEMENT

IL EST IMPORTANT DE SAVOIR QU'AUCUN LIEU DE DIALOGUE/NEGOCIATION N'EST PREVU ENTRE LE MINISTERE ET LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE POUR L'ELABORATION DE CES PROGRAMMES

IL EST IMPORTANT DE BIEN SE METTRE EN TETE QU'UNE FOIS LES ORIENTATIONS ET LES PROGRAMMES ADOPTES, IL DEVIENDRA QUASI IMPOSSIBLE D'Y CHANGER QUOI QUE CE SOIT.

Au niveau des régies régionales

Nous l'avons vu également, ce sont "les ptits derniers" des nouvelles structures. Elles remplacent les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, les fameux CRSSS. Elles possèdent une "autonomie fonctionnelle" i.e. qu'en principe elles devraient être capables de se débrouiller seules... comme des grandes! Mais leur marge de manoeuvre est relativement mince. Leur autonomie de gestion est encadrée par le fait que le Ministère détermine les orientations et les budgets. En fait, elles sont chargées d'appliquer dans la région ce qui a été décidé en haut. On peut voir tout de suite que le communautaire sera contraint de faire un double travail de pression politique: au niveau central et au niveau régional.

IL EST TRES IMPORTANT DE COMPRENDRE QUE LA REGIE REGIONALE VA S'IMPOSER PROGRESSIVEMENT OU RAPIDEMENT (selon les rapports de forces dans les régions) COMME L'ENDROIT PRINCIPAL OU LES CHOSES VONT SE PASSER AU NIVEAU REGIONAL.

IL EST IMPORTANT DE SAISIR QUE LE MINISTERE AURA TENDANCE A RENVOYER TOUS LES ORGANISMES, (PUBLICS, PRIVES, COMMUNAUTAIRES) A LA REGIE REGIONALE POUR REGLER LEURS CHICANES DE PROGRAMMES, DE BUDGETS, DE POUVOIRS, ETC...

IL EST IMPORTANT DE VOIR QUE LA VIE QUOTIDIENNE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES QUI ACCEPTERONT DE "JOUER LE JEU" SERA MARQUEE PAR CE NOUVEAU POUVOIR REGIONAL

Ici, il n'est pas sans intérêt de rappeler les énormes difficultés vécus par un nombre important d'organismes communautaires dans leurs rapports avec les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Tous les témoignages rapportés dans la recherche *Les filières de l'action sociale* sont éloquentes et alarmants. On y parle d'hégémonie, de récupération, de complémentarité piégée, de mépris, d'usurpation, etc, etc, etc.

On est en droit de se demander si la filiation directe entre les CRSSS et les Régies régionales va inciter à reproduire de tels rapports... On sait que, dès l'annonce de la nouvelle structure, les CRSSS se sont immédiatement mobilisés comme pour occuper ce palier de pouvoir.

Et le processus démocratique ?

L'examen des différentes structures de pouvoir permet d'avancer que les gains démocratiques, du moins en termes de représentation formelle, sont peu nombreux dans cet avant-projet de loi, malgré le discours et les intentions gouvernementales de "démocratiser" les conseils d'administration des établissements en "donnant tout le pouvoir aux seuls usager-ère-s":

1) Les citoyen-enne-s sont de plus en plus éloigné-e-s des lieux de décisions qui les concernent de façon plus immédiate. Ainsi par exemple, le CLSC n'aura plus de conseil d'administration propre. Il sera noyé dans un "melting pot" d'établissements (hôpitaux, centres d'accueil) placés désormais sous l'autorité d'un seul conseil d'administration -parapluie .

Les citoyen-enne-s seront appelé-e-s, une fois à chaque trois ans, à venir élire leurs représentant-e-s chargé-e-s de gérer ce vaste complexe hospitalocentrique...

Bien plus, sur les treize personnes composant ce conseil d'administration, **quatre seulement sont élues en assemblée générale**. Deux sont **nommées** par le Ministère , deux autres sont **nommées** par la Régie régionale et les autres sont **choisies par les précédentes !!!**

Il était déjà difficile de susciter la mobilisation de la population pour venir à une assemblée générale de CLSC, on imagine l'absentéisme chronique qui accompagnera la mise en place des nouveaux conseils d'administration .

On comprend à quel point ce type de démocratie représentative larvée s'éloigne des pratiques démocratiques d'exercice du pouvoir mises de l'avant par le mouvement communautaire. On comprend également à quel point il est difficile de parler le même langage quand il est question de "pouvoir".

2) la régie régionale voit son conseil d'administration élu par un collège électoral où la cooptation (i.e. nomination d'un membre nouveau dans une assemblée par les membres qui en font déjà partie) constitue le mode de désignation des membres. Les établissements continuent d'occuper une place hégémonique dans ces structures .Aucun pouvoir décisionnel n'est consenti à la population en général.

IL EST IMPORTANT DE VOIR QUE CE SONT LES REPRESENTANT-E-S DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES DIVERS TYPES D'ETABLISSEMENTS DU RESEAU QUI DETIENNENT LA MAJORITE DES POSTES (les autres postes étant répartis entre plusieurs types de représentant-e-s)

IL EST IMPORTANT DE VOIR VENIR LES RAPPORTS DE FORCES AU NIVEAU DE LA REGIE REGIONALE (gros établissements versus petits, secteurs socio-économiques et établissements versus milieu communautaire, etc)

IL EST IMPORTANT DE CONSTATER QUE LES TRAVAILLEURS-EUSES DU RESEAU PUBLIC ET DU COMMUNAUTAIRE SONT COMPLETEMENT ABSENT-E-S DE TOUTES STRUCTURES DE POUVOIR DECISIONNEL. Ils et elles sont "relégué-e-s" à divers comités consultatifs auprès de la direction des établissements.

3) le communautaire occupe une portion restreinte de pouvoir au niveau régional, passant du quart des représentants-e-s dans le collège électoral à 13% à peine dans le CA de la régie régionale

MALGRE LA RECONNAISSANCE OFFICIELLE DU COMMUNAUTAIRE DANS LE TEXTE DE L'AVANT-PROJET DE LOI, IL EST IMPORTANT DE COMPRENDRE QUE LA PROPORTION DU COMMUNAUTAIRE RETRECIT AU FUR ET A MESURE QU'ON SE RAPPROCHE DES CENTRES DE DECISION

C) Un partenariat "encadré"

Le "partenariat", c'est le mot magique, le mot passe-partout, le mot clé du discours gouvernemental. Le gouvernement a reconnu que le réseau public ne peut plus prétendre répondre à tous les besoins, que l'Etat se doit également de contrôler les coûts du système et qu'il devient donc impérieux de s'ouvrir au milieu i.e. à d'autres acteurs qui ont développé des expertises en matière de santé et de bien-être. C'est dans ce contexte que l'appel au partenariat public-privé-communautaire est lancé.

Or, après avoir fait preuve d'ouverture au respect de l'autonomie des groupes communautaires.....dans le discours....., le gouvernement s'empresse de définir le cadre général dans lequel ce partenariat devra s'exercer. Il semble en effet que la reconnaissance officielle du communautaire se soit jumelée, dans l'esprit du gouvernement, à des mécanismes très précis d'ancrage au réseau public.

● **Le communautaire devra s'inscrire dans les "nouvelles" structures de pouvoir selon les modalités établies par le gouvernement**

Les rapports du communautaire avec le pouvoir central ? Inexistants.

L'avant-projet de loi, ne prévoit aucun mécanisme de contact direct avec le Ministère. En fait, les organismes communautaires sont écartés de l'accès au pouvoir central sauf pour deux types de groupes:

ceux qui s'occupent de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des usagers-ères pour l'ensemble du Québec
et les organismes répondant à des besoins nouveaux, procédant d'approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes non prévus à un programme de Régie régionale. (Articles 232 et 233)

Or, c'est au niveau central que sont déterminées les grandes orientations et les programmes-cadres . Le fait qu'aucune disposition législative, aucun mécanisme structurel n'existe pour permettre au mouvement communautaire de se faire entendre sur ces "choix de société" nous apparaît à la fois inéquitable et regrettable.

Inéquitable, car en comparaison, le Ministère négocie directement avec les représentant-e-s "légitimes" des syndicats et des corporations professionnelles, dont on sait que le rapport de forces établi à ce niveau exerce un impact sur les ressources et l'organisation du système.

Regrettable car le Ministère prive la société de l'expertise particulière du mouvement communautaire dans la définition des grandes orientations du système.

Quand on sait que les ressources communautaires, alternatives, bénévoles possèdent une expérience historique indéniable et constituent une force très représentative de larges secteurs de la société québécoise, (elles regroupent quelque 250,000 personnes contre 275,000 pour le réseau public), on peut penser que "l'absence d'accès direct au pouvoir central" devrait faire l'objet d'une révision.

Le mouvement communautaire serait en droit d'exiger l'établissement d'un ou de plusieurs points de contact avec le pouvoir central.

Les rapports du communautaire avec le "pouvoir" régional ?
Omniprésents !

Ecarté de l'accès au pouvoir central, le communautaire est en fait appelé avec insistance à s'impliquer activement au niveau régional. Nous avons déjà indiqué que la Régie régionale deviendra le futur maître d'oeuvre du partenariat; c'est elle qui en tracera les contours. L'examen des diverses fonctions de la Régie régionale (p 31-32) démontre en effet qu'il existera entre cette instance et les groupes communautaires une sorte "d'intimité obligée". La vie quotidienne des groupes sera marquée par le type de relations entretenues avec la Régie régionale.

Il importe donc d'attirer l'attention du mouvement communautaire sur certaines implications pratiques advenant une acceptation lucide de ce "partenariat dirigé". Ainsi, si les groupes communautaires veulent mettre le pied dans le système, il leur faut occuper le quart des sièges au Collège électoral d'où nécessité de **se concerter entre groupes communautaires** d'une région pour choisir les délégué-e-s, **lesquels ne peuvent être des permanent-e-s rémunérés. L'absence des travailleurs-euses du réseau et du communautaire en ce qui concerne les structures de décision à tous les niveaux doit nous préoccuper fortement.**

Il importe également de savoir que **le communautaire a accès au conseil d'administration de la Régie régionale**. Mais ses représentant-e-s, issu-e-s du Collège électoral, ne disposent que de 13% des sièges. Ils et elles feront face au bloc des établissements qui en occupent quasi la moitié, les autres sièges appartenant à des représentant-e-s des groupes socio-économiques et des secteurs municipal, scolaire et autre.

Il serait certes illusoire de penser que la seule participation du communautaire à cette instance décisionnelle pourra "faire pencher la balance en faveur du communautaire" dans la gestion de nombreux dossiers. Ces structures formelles de participation, pour valables qu'elles soient, ne cachent cependant pas l'existence de rapports de forces souvent, pour ne pas dire toujours, inégalitaires entre le communautaire et les établissements, entre le communautaire et certains secteurs socio-économiques, entre le communautaire et les technocrates. L'élaboration d'alliances tactiques avec certains acteurs (les syndicats par exemple) et surtout la mobilisation de la base dans des actions de pression demeurent plus que jamais à l'ordre du jour.

● **Le communautaire se voit imposer une "mission" de complémentarité selon des normes édictées par la Régie régionale**

C'est en effet la Régie régionale qui établit les "normes" de la concertation. Selon l'article 244, cette instance verra à ce que:

"les établissements et les organismes communautaires **collaborent** et **se concertent** en vue d'assurer une utilisation rationnelle et une répartition équitable des ressources

- qui tiennent compte de la **complémentarité** des établissements et des organismes,
- qui éliminent entre eux les **dédouplements**
- et qui permettent la mise en place de **services communs**

Le mouvement communautaire a dit et redit à plusieurs reprises qu'il ne désirait aucunement devenir un "complément" du réseau public. Le gouvernement ignore ici non seulement les revendications du communautaire mais ne tire aucune leçon de l'expérience passée. Car enfin, ce n'est pas d'aujourd'hui, ni à partir de ce texte de loi, que les groupes communautaires "expérimentent" la complémentarité, la concertation avec les établissements du réseau. Les mémoires des groupes communautaires à la commission Rochon sont éloquentes sur cette épineuse question et permettent d'entretenir des doutes tenaces face à la "complémentarité harmonieuse" à laquelle convie la Régie régionale:

"Les groupes ont l'impression d'être le déversoir du trop-plein de ce que les établissements ne peuvent ou ne veulent pas assumer. "Utilisez-nous, mais pas comme une poubelle..." disait une intervenante d'une ressource d'aide en situation de crise. Les groupes sentent des pressions indues les incitant à modifier leur orientation, leur mission, leurs activités. Ils sont quelques fois l'objet d'ingérence dans leurs modes de fonctionnement. Ils ont l'impression qu'on les utilise, qu'on usurpe leur savoir, qu'on mène des conquêtes déloyales sur leur territoire, qu'on ne reconnaît ni leur expertise ni leur utilité sociale."

(Les filières d'action sociale, p 144-145)

Cette complémentarité, pour qu'elle respecte la vocation propre du communautaire, supposerait un rapport de forces plus égalitaire entre le réseau public et les organisations communautaires. Or, il n'en est rien. Les "nouvelles" structures consacrent encore une fois l'hégémonie des établissements, et, partant, du médical, de l'institutionnel, du professionnel. C'est donc au sein d'un rapport de force inégalitaire que la Régie régionale verra à arbitrer la concertation, à définir ce qui est dédoublement de services et ce qui ne l'est pas, à imposer, puisque le partenariat est obligatoire ... pour le communautaire, s'il veut être financé, des modalités précises de travail en commun au niveau des services.

C'est également dans le cadre de cet article de loi édictant les termes de la complémentarité qu'il faudra questionner l'implantation des "ressources intermédiaires". Le gouvernement a donné une définition somme toute assez précise de ce qu'il entend par "ressource intermédiaire" i.e. une ressource développée, financée et contrôlée par un établissement. Ce qui est moins clair, c'est la position que prendront les Régies régionales pour "assurer le développement ordonné des ressources intermédiaires compte-tenu de la capacité d'accueil de la population concernée" (Article 249).

Il est permis de croire que, les Régies étant majoritairement composées de représentant-e-s d'établissements, la tendance sera forte à privilégier le développement de l'intermédiaire au détriment du communautaire/alternatif.

"Depuis près de cinq ans, plusieurs établissements publics (CSS: CLSC< CA< DSC< SEMO) mettent sur pied des organismes sans but lucratif pour intervenir de façon "communautaire" dans le milieu qualifié de "naturel". (...) Les praticiens des établissements du secteur public se réclament du communautaire comme d'une même marque de commerce. Les CA créent leurs propres alternatives communautaires par une ventilation douteuse de leur budget. La psycho-éducation se cherche un paradigme communautaire. Les projets de prévention du crime se réclament du communautaire. Les CRSSS veulent s'approprier l'expertise communautaire en la gérant sur une base régionale. Les écoles se transforment en "milieu communautaire". Bref, le gouvernement sera bientôt communautaire, parce qu'issu du milieu."

Un intervenant jeunesse au colloque de l'Association pour la santé publique du Québec.

(Les filières d'action sociale p 155)

Il y a là nous semble-t-il un autre champ de négociation directe avec le pouvoir central.

• Le communautaire devra s'intégrer dans un système dont, désormais, tout le fonctionnement et le financement se fera à partir de programmes-cadres visant des clientèles-cibles.

Il est significatif que le texte de l'avant-projet de loi ait écarté de la définition du communautaire, une disposition qui apparaissait dans le Document d'orientations et qui reconnaissait comme organismes communautaires,

'des groupes engagés dans leur milieu qui définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.' (Document d'orientations p 82)

Le gouvernement a préféré "encadrer" la contribution du communautaire dans un mode de gestion très rigide où lui sont imposées à la fois des problématiques et des clientèles priorisées en haut lieu. Cette logique technocratique et bureaucratique est contraire à la dynamique du mouvement communautaire. Non pas que les groupes s'opposent à travailler à partir de problématiques précises, mais la manière de le faire diffère fondamentalement de celle proposée par le gouvernement.

Le mouvement communautaire ne se laisse définir ni par le service, encore moins par le programme. Les groupes communautaires ont toujours refusé de morceler ainsi leur pratique. Il n'est pas inutile de rappeler encore une fois les difficultés vécues par le mouvement communautaire avec "la culture technocratique" dont la gestion par programme-cadre n'est qu'un des aspects.

Les ressources alternatives en santé mentale ont déjà commencé à expérimenter ce fonctionnement par programme-cadre (la santé mentale en étant un). Elles se voient obligées de définir leurs services en fonction de la programmation déjà établie en santé mentale, ce qui ne correspond pas du tout à la pratique des groupes. De plus, la participation aux activités de définition et de planification, au sein de comités tripartites (où se retrouvent le communautaire en santé mentale, l'institutionnel et les représentant-e-s de la communauté (universités, municipalités, groupes socio-économiques, etc). suppose l'investissement d'énergies énormes sans commune mesure avec les ressources dont disposent les groupes. Elles se retrouvent, sous-équipées, sur le terrain des technocrates et dans un rapport de force pas toujours favorable.

Attention ...un échéancier très précis est déjà fixé . La santé mentale, la santé communautaire (sans doute tout ce qui se fait dans les DSC) et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie sont trois programmes qui verront leurs budgets respectifs complètement régionalisés dès l'année financière 1991-1992.

Ce qui signifie que tous les acteurs impliqués dans ce domaine devront faire affaire avec la Régie régionale: hôpitaux, CLSC, groupes communautaires, associations bénévoles, etc...

L'échéance pour régionaliser tous les programmes est fixé en l'an 1996-97.

Si le gouvernement devait tenir pour absolu et incontournable ce mode autoritaire de gestion et de financement par programme-cadre, il n'est pas trop fort d'affirmer que la survie du communautaire serait menacée très sérieusement.

De plus, si les groupes travaillant dans des problématiques déjà ciblées par le gouvernement peuvent s'attendre à de sérieuses difficultés "on imagine sans peine les difficultés auxquelles seront confrontés les organismes dont les services sont hors programme (nouvelle problématique), hors norme par rapport à un programme (nouvelle approche), voire même nouveaux par rapport aux services déjà offerts dans le cadre d'un programme (nouveaux services). " (Godard, Lorraine. Document déjà cité. p 74)

• **Le communautaire devra se soumettre à des critères précis de financement**

Le gouvernement propose aux organisations communautaires un financement sur une base triennale et dont le montant sera déterminé par la Régie régionale. Les groupes devront par ailleurs se soumettre à des critères précis de financement. Ces critères sont d'abord définis dans le cadre de l'avant-projet de loi:

"(...) une régie régionale peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants:

- 1) si ses activités sont reliées même indirectement au domaine de la santé et des services sociaux et visent notamment la prestation de services d'aide et de support aux personnes de la région;
- 2) s'il exerce, au niveau régional, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des usagers de ses services ou des bénéficiaires de services de santé ou de services sociaux de la région.

Un tel organisme doit en outre, s'il héberge des personnes, se conformer aux conditions établies par règlement quant au nombre maximum de personnes qu'il peut héberger et à la durée moyenne de leur séjour." (Art. 230)

Le Document d'orientations précise à son tour et encore davantage les conditions d'accès au financement. Ces dispositions n'apparaissent pas dans l'avant-projet de loi mais il est permis de penser qu'elles feront partie de la réglementation que la Régie régionale sera chargée d'appliquer.

- si les organismes communautaires veulent intervenir simultanément dans divers secteurs d'activités autres que celui strict de la santé et des services sociaux, ils en ont l'entière liberté ... mais alors ils devront adresser leur demande de subvention à toutes les instances concernées.

- les organismes communautaires **devront prouver qu'ils bénéficient du soutien de leur communauté**, sous la forme d'une participation financière **et** d'une contribution de toute autre nature. Le Ministère promet par ailleurs d'être souple à ce niveau!" Les organismes doivent démontrer leur allégeance à leur communauté ou encore leur enracinement. Il ne revient toutefois pas au Ministère de fixer les règles ou de déterminer l'ampleur du soutien attendu, qui peut varier selon les besoins, la capacité du milieu ou des organismes eux-mêmes." (Document p 83)

-les organismes communautaires, comme le réseau public, **devront faire preuve de leur volonté de collaborer avec leurs partenaires de façon permanente** ... (Document p 83)

Il n'y a absolument rien de précisé sur la façon d'apprécier cette "volonté de collaboration". L'évaluation en est laissée de façon arbitraire à la Régie régionale. On est en droit de se poser quelques questions: ainsi, est-ce qu'une conférence de presse dénonçant l'attitude de la Régie dans tel dossier sera considéré comme un preuve de "mauvaise volonté" ? Est-ce qu'un refus de "collaborer" avec un hôpital psychiatrique sera considéré "geste délinquant" ?

Bien plus, la "preuve de bonne volonté face au partenariat" fait partie des critères de financement. Etrange qu'il n'en soit pas de même pour les établissements du réseau, ou encore pour le secteur privé !!! On applique ici la règle du "deux poids, deux mesures".

● **Le communautaire devra se soumettre à des mécanismes d'évaluation définis par la Régie régionale**

Ce sont en effet les Régies régionales qui vont évaluer la performance des établissements et des organismes communautaires subventionnés, l'efficacité des programmes décentralisés, le degré de satisfaction des usagers à l'endroit tant des établissements que des organismes communautaires.

Les Régies vont même collaborer avec le Ministère pour bâtir des programmes d'appréciation de la qualité des services offerts" (Document d'orientations p 110). Il est permis de se demander si ces mécanismes d'évaluation n'adopteront pas la logique médicale, celle-ci demeurant largement dominante au sein du réseau ? Auquel cas, le communautaire serait tout aussi largement desservi.

Il serait bon de rappeler que les organismes communautaires ont développé leurs propres mécanismes d'évaluation. Il suffirait que le gouvernement accepte de les reconnaître et de les respecter.

● **Les organismes communautaires devront financer en totalité leurs propres regroupements provinciaux, car il n'y aura aucune reconnaissance légale ni aucun financement pour les Regroupements provinciaux et/ou régionaux d'organismes communautaires !!!!!!!**

L'article 231 est formel :

"Un regroupement d'organismes communautaires n'est pas admissible à une subvention. Toutefois, les membres qui contribuent à son financement demeurent admissibles"

Le Document d'orientations en explique la logique ...perverses!

"De nouvelles modalités de financement sont instaurées pour les regroupements provinciaux. Ces modalités entraîneront une augmentation du budget des organismes qui choisiront d'adhérer ou non à un regroupement. L'adhésion libre renforcera considérablement la légitimité et la représentativité des regroupements provinciaux"

(Document d'orientations p 84)

Cette disposition drastique de l'avant-projet de loi a quelque chose de cynique. Elle insinue que les regroupements provinciaux actuels ne jouissent pas d'une légitimité suffisante. Elle se tait sur une évidence historique: ce sont les groupes de base eux mêmes qui ont mis sur pied leurs propres regroupements provinciaux et ce, contre vents et marées. Ce sont les groupes de base qui, collectivement, se sont imposés sur la scène provinciale. Ce sont les groupes de base qui, avec de maigres moyens, continuent de financer partiellement leurs regroupements provinciaux.

Cette disposition constitue une menace directe à la survie, non seulement des regroupements provinciaux, mais du mouvement communautaire comme tel. Aucun mouvement, en effet, ne peut prétendre se développer s'il n'existe pas de lieux où partager les expériences et définir collectivement les orientations. Les regroupements provinciaux sont nourris par la base et la nourrissent en retour. Ils sont lieux de cohésion, de rassemblement, d'expérimentation, d'enracinement collectif. Ils sont aussi des formes de représentation démocratique et politique. Les expériences variées et autonomes des groupes de base émergent sur la place publique par la voix des regroupements, comités, coalitions.

Il est pervers d'obliger les groupes individuels, déjà sous payés, sous équipés et pressurisés par la demande à "mettre de côté" leur cotisation annuelle pour financer leur regroupement. On n'ose penser à ce qui arriverait au Ministère de la santé et des services sociaux si son financement relevait des différents départements qui le composent ...!

Cette disposition affaiblira considérablement le mouvement communautaire face au pouvoir central et face au pouvoir régional. Chaque groupe sera laissé à lui-même et ne pourra compter sur la solidarité structurée de son organisation. Sans compter que le gouvernement vient de se débarrasser d'un "partenaire" plutôt encombrant, le seul au fond qui pouvait encore négocier face à face avec le pouvoir central.

Il y a là matière à protestation vigoureuse! Il faut refuser ce modèle de démocratie imposé d'en haut, avec stimulant matériel, comme si la légitimité des organismes communautaires était douteuse, laissant le pouvoir médical intouché, et plaçant la force de frappe du communautaire sous le stéthoscope de l'Etat paternaliste.

● Le communautaire se voit imposer une modalité particulière de défense des droits

Il faut noter une préoccupation importante du gouvernement quant à l'amélioration du système de promotion, de protection et de défense des droits. Les principales mesures mises de l'avant sont les suivantes: (Document d'orientations p 55):

- renforcement des comités de bénéficiaires par certaines modifications à la composition, au mode de nomination des membres, à la durée de leur mandat et au financement. Ceci afin de diminuer la vulnérabilité des comités et d'augmenter leur indépendance par rapport aux directions d'établissements.
- l'invitation faite aux établissements de se doter d'un code d'éthique concernant les droits et les recours des bénéficiaires, les conduites jugées inacceptables au niveau du personnel et les mesures disciplinaires. Le gouvernement confie la promotion de cette activité au Comité provincial des malades.
- l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen à certaines clientèles particulières: les personnes déficientes intellectuelles, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale et les personnes âgées en perte d'autonomie.
- l'établissement, au niveau régional, d'un service d'aide et d'accompagnement pour les personnes qui désirent porter plainte

C'est au niveau de cette dernière disposition que le communautaire est sollicité. La Régie régionale verra en effet à désigner un organisme communautaire dans la région, suite à des recommandations et consultations auprès des comités de bénéficiaires et des organismes intéressés. Cet organisme communautaire assumera un rôle d'accompagnement auprès de bénéficiaires qui voudraient porter plainte.

Et c'est la Régie régionale qui s'occupera de "traiter" la plainte et de faire les recommandations appropriées.

La défense des droits est donc confié au système lui-même, ce qu'on est en droit de questionner. Comme on est en droit de questionner le fait que les personnes lésées ne puissent elles-mêmes choisir le groupe qui leur apparaît le plus susceptible de les défendre et de les représenter.

BREF ●●●

SOUS PRETEXTE DE FINANCEMENT, ET MALGRE LE DISCOURS APPUYANT L'AUTONOMIE DU MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE, ON PEUT DECELER DANS CET AVANT-PROJET DE LOI, UNE NETTE VOLONTE DE CONTROLER, D'ENCADRER, DE MODELER LE COMMUNAUTAIRE ET DE L'INTEGRER A LA DYNAMIQUE DU RESEAU PUBLIC.

LE MOUVEMENT COMMUNAUTAIRE EST EN DROIT DE SE DEMANDER SI C'EST CE TYPE DE PARTENARIAT QU'IL SOUHAITE, "TRICOTE SERRE" DANS LES MAILLES DU RESEAU, OU SI LE RESPECT DE SON IDENTITE FONDAMENTALE N'EXIGE PAS PLUTOT LA NEGOCIATION DE PLUS GRANDS ESPACES DE LIBERTE. ?

EN CONCLUSION

"Et si le temps était venu de négocier notre participation ?"

Aucun doute possible: l'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux représente un formidable défi pour le mouvement communautaire. Il revient en effet à l'ensemble des groupes, associations, regroupements, ressources alternatives, organisations bénévoles qui appartiennent au vaste domaine du mouvement communautaire de bien saisir les enjeux contenus dans les orientations proposées par le gouvernement. Il leur appartient surtout de bien identifier où se situent les limites de l'acceptable et de l'inacceptable, au-delà desquelles le communautaire cesse d'être lui-même, et cesse d'alimenter, au sein de la société, d'indispensables alternatives et de non moins précieuses positions critiques. Il leur appartient enfin de formuler des revendications précises plus respectueuses de l'identité fondamentale du communautaire.

Si le cadre général de cet avant-projet de loi laisse entrevoir des orientations sur lesquelles il n'y aura pas de remises en question, pensons entre autres aux objectifs de santé et bien-être, à la régionalisation, au partenariat, à l'ouverture du système sur le milieu, la dynamique des forces en présence place le mouvement communautaire dans une position où il peut "faire une offre que le gouvernement ne pourrait pas refuser". En effet, le mouvement communautaire possède une richesse d'expériences et une expertise que le gouvernement ne peut inventer; il possède également une capacité évidente de répondre adéquatement à de nouveaux besoins d'où la force de négociation que le mouvement communautaire peut développer.

Nous ne sommes pas du public, mais nous sommes d'intérêt public ont affirmé avec force tous les groupes communautaires lors des débats suscités par la commission Rochon. C'est sur cette base que le communautaire doit faire reconnaître et respecter son espace propre où s'élaborent ses manières de voir et de faire, ses approches, ses projets, ses modes d'organisation et d'exercice démocratique du pouvoir.

Négocier sa participation avec le réseau et avec d'autres acteurs sociaux, cela signifie:

- d'abord, une participation active, forte, unifiée lors des audiences de la commission parlementaire sur l'éventuel projet de loi afin d'y faire valoir nos opinions et nos revendications;
- dans ce contexte, la mobilisation des énergies du communautaire en vue de bâtir une concertation solide entre les divers groupes s'impose de toute urgence...
- de même qu'une présence accrue sur la place publique (media, députés, etc);
- enfin, cette mobilisation suppose la création d'alliances tactiques avec certains groupes qui partagent avec le mouvement communautaire le souci de faire advenir, en même temps qu'un partenariat égalitaire, une société plus égalitaire.

BIBLIOGRAPHIE**1) Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations**

Gouvernement du Québec
Ministère de la santé et des services sociaux
Avril 1989

2) Avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux

Editeur officiel du Québec
Trente-troisième législature
1989

3) L'R des Centres de Femmes du Québec

Mémoire à la Commission Rochon
6 mars 1986

4) Le Regroupement des Ressources alternatives en santé mentale du Québec

"La santé mentale et ses enjeux"
Mémoire à la Commission Rochon
Février 1986

5) GODARD, Lorraine (consultante)

Mémoire de dix organisations de femmes
à la Commission Rochon
Mai 1988

6) GODARD, Lorraine (consultante)

"Pour améliorer la santé et le bien-être"....
des femmes et des groupes de femmes ?

Analyse des orientations gouvernementales en matière de santé
et de services sociaux.

Relais-Femmes

Août 1989

7) LAMOUREUX, Jocelyne et LESEMANN, Frédéric

Les filières d'action sociale: les rapports entre les services
sociaux publics et les pratiques communautaires.

Rapport final du projet de recherche "Les filières de services"
présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé
et les services sociaux.

Groupe d'analyse des politiques sociales

Ecole de service social

Université de Montréal

Mai 1987

8) LAMOUREUX, Jocelyne

La Commission Rochon: le communautaire, encore et toujours
à la marge.

Revue internationale d'action communautaire

20/60 Automne 1988

P. 157-170.