

# La réforme de la gouverne en santé et services sociaux : ou les nombreux enjeux et impacts dissimulés derrière la loi 25

- Isabelle Langlois, RIOCM, 1<sup>er</sup> mars 2004

Dès son dépôt le 11 novembre dernier, le projet de loi 25 a soulevé plus de questions que de réponses. En fait, le ministre de la Santé et des services sociaux nous demande d'attendre jusqu'en 2005-2006, lorsque tout le processus sur le terrain sera complété et que les amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux seront rédigés, débattus et adoptés, pour savoir ce que contenait réellement la loi 25. C'est pourquoi le projet de loi 25 a été qualifié de « chèque en blanc ». En fait, la Fiiq le compare à la réforme Castongay du début des années 70. La loi 25, c'est l'application de la réingénierie en santé (Le PLQ s'est fait élire sur la base « on est le gouvernement de la santé », il ne nous avait pas dit qu'il reverrait le rôle de l'État en santé par exemple!).

Le projet de loi 25, malgré qu'il sous-tende une réforme majeure du système québécois de santé et de services sociaux, a fait l'objet d'une consultation parlementaire restreinte – moins d'une vingtaine d'organismes ou personnes y ont été entendus dont 18 étaient contre et 2 étaient mitigés. Le projet de loi 25 a néanmoins été adopté le 17 décembre dernier par l'Assemblée nationale.

## Rappel des enjeux et impacts soulevés par la loi 25:

### ➤ **Recul de la démocratie**

Alors que le PLQ s'indignait dans son document *Partenaires pour la santé* déposé moins de deux mois avant son élection que « le gouvernement du Québec a accru en 2001 sa mainmise sur les régies régionales en éliminant toute forme d'élection »<sup>1</sup>, il va plus loin avec la loi 25 puisque toutes les personnes appelées à siéger sur les conseils d'administration des agences et des instances locales seront nommées par le ministre (certains membres des CA d'établissements actuels sont éluEs par la population). En plus, les députés libéraux ont été appelés à soumettre directement des candidatures pour la composition de l'agence de leur territoire... il s'agit donc sans conteste d'un recul démocratique.

Les fusions forcées des établissements publics prévus par la loi vont pour leur part réduire considérablement le nombre de CA d'établissements (on en compte environ 400 actuellement). D'autre part, la loi prévoit le maintien des Forums de la population comme instances de consultation de la population. Or ces forums sont constitués de quelques citoyenNEs présentEs en leur nom personnel et dirigéEs par les PDG des régies qui ont pour leur part été nommés par le gouvernement péquiste ; pour une réelle participation citoyenne, on repassera!

À Montréal, le forum de la population a recommandé la tenue d'assemblées publiques dans chaque région du DRMG (5), et des audiences publiques. Ces dernières auront lieu les 29-30 et 31 mars. Les organismes communautaires n'ont par contre pas été retenus parmi les groupes et personnes qui seront sollicités par la nouvelle agence montréalaise. En voici la liste : établissements, regroupements d'établissements, regroupements d'organismes communautaires, associations professionnelles et syndicales, élus locaux et caucus des députéEs, ville de Montréal et autres partenaires.

Vu l'importance de cette réforme qui impose la mise sur pied de nouvelles structures, les délais sont tout à fait insuffisants pour permettre la consultation des acteurs du réseau qui sont pourtant indispensables à ce projet et pour consulter la population sur les profonds changements qui seront « bulldozés » dans leur système de santé et de services sociaux.

### ➤ **Informatisation**

---

<sup>1</sup> Parti Libéral du Québec, *Partenaires pour la santé : Donner des soins et des services sociaux en tout tant partout au Québec*, 27 février 2003, p. 125

L'informatisation du réseau vise la libre circulation des informations dans le réseau via la carte à puces. Les risques associés à un tel projet (droit à la vie privée, fuite de renseignements, contrôle des citoyens, facilitation de la privatisation des services, imposition d'un impôt-services, etc.) sont importants. Or ce projet sera, tel que confirmé par les documents ministériels<sup>2</sup> et par les documents régionaux montréalais, mis de l'avant lors de la création des réseaux locaux et ce, sans débat social. **Pour la population**, ça signifie un dossier patient informatisé qui ampute le droit au respect de la vie privée. **Pour les organismes communautaires**, ça va très probablement signifier la tenue de dossiers informatisés accessibles aux intervenantEs du réseau amputant l'autonomie des organismes et transgressant les rapports de confiance que nous avons historiquement entretenus avec la population.

➤ **Inscription obligatoire des personnes auprès des médecins et sectorisation**

Réduit la notion du choix du médecin à un choix définitif puisque cette inscription se traduit sur le terrain en une entente d'exclusivité avec le médecin qui n'a pas de durée dans le temps (donc considérée comme illimitée...) Donc pas droit à un deuxième avis médical...

➤ **Ligne d'imputabilité du haut vers le bas**

Alors que la prétention du ministre Couillard quant à l'objectif de la réforme en santé et services sociaux encadrée par la loi 25 est que « L'abolition des régies régionales et la création des agences [de développement des réseaux] constituent des étapes transitoires vers un réseau de santé et de services sociaux où le palier local, celui qui est le plus près des citoyens, disposera de pouvoirs accrus lui permettant d'adapter ses services aux besoins de sa population (...) »<sup>3</sup>; il existe une ligne claire d'imputabilité (ou de subordination) entre le niveau national (MSSS) qui décide, le niveau régional (agence) qui signe le contrat et le niveau local (l'instance locale) qui exécute.

Voici un schéma de la restructuration en cours :



<sup>2</sup> L'intégration des services de santé et des services sociaux; projet organisationnel et clinique et balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et services sociaux, MSSS, 3 février 2004, p.15

<sup>3</sup> MSSS, Communiqué du cabinet du ministre, 30 janvier 2004

<sup>4</sup> L'intégration des services de santé et des services sociaux; projet organisationnel et clinique et balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et services sociaux, MSSS, 3 février 2004, p.12-13

« Le maintien d'un palier régional est nécessaire pour veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de même que pour garder une vision régionale de l'organisation des services, centrée sur des objectifs de résultats, pour allouer et gérer les ressources financières, pour planifier les ressources humaines, pour organiser les services médicaux, pour assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région ainsi que pour favoriser les relations entre les régions. L'agence régionale voit à l'organisation et à l'exercice des fonctions de santé publique (promotion, prévention, surveillance et protection) et assure la gestion du plan d'action régional de santé publique. Elle exercera également certaines responsabilités particulières, comme la coordination des services préhospitaliers d'urgence. Un partenariat avec les RUIS sera aussi créé pour assurer un accès équitable aux services surspécialisés. »<sup>5</sup>

### **INSTITUTIONS À VOCATION REGIONALE**

centres hospitaliers spécialisés, centres de réadaptation et centres jeunesse

### **INSTANCE LOCALE**

centre hospitalier, centre hospitalier de soins de longue durée et CLSC

Les directeurs des établissements qui coordonnent les activités (soins et services) des réseaux locaux pour l'atteinte des priorités et des objectifs sur un territoire donné.

« Le palier local sera ainsi renforcé en étant responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des services sur un territoire défini. La gestion de l'instance locale sera assurée par un seul conseil d'administration et devrait, notamment, être formé de gestionnaires, de cliniciens et de représentants de la population et des usagers. Cette composition doit inclure l'un des membres du conseil d'administration de chacun des établissements. De plus, l'instance locale animera les collaborations intersectorielles avec les municipalités, les commissions scolaires, le milieu de l'habitation et d'autres organismes préoccupés par la santé et le bien-être de la population. »<sup>6</sup>

### **RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)**

Instance locale et l'ensemble des partenaires

associés par le biais d'entente ou d'autres modalités: médecins (GMF, cliniques médicales), pharmacies communautaires, ressources privées, ressources intermédiaires, entreprises d'économie sociale et **organismes communautaires**.

D'ailleurs, les documents montréalais concernant l'application régionale des balises nationales font la preuve que le projet est presque exclusivement balisé par le niveau régional (les balises nationales sont précises et laissent très peu de place à l'aménagement régional). En fait, la seule marge de manœuvre réelle des instances locales sera de négocier les conditions de travail de sa main-d'œuvre interne (avec une possibilité de plus grand recours à la sous-traitance); et de choisir ses « partenaires » sous-traitants selon les soumissionnaires les plus offrant.

#### ➤ **Redécoupage territorial**

Les agences de développement des réseaux reverront l'organisation des services de santé et des services sociaux selon un nouveau découpage territorial sous-régional (à Montréal, les 4 scénarios seront officiellement proposés vendredi et en région on parle des territoires de MRC) tout en déléguant le maximum de leurs pouvoirs aux nouveaux réseaux locaux qu'elles ont le mandat de créer. La reconfiguration des territoires des instances « locales » en santé et services sociaux devra s'harmoniser, dans la mesure du possible, avec le découpage d'autres territoires administratifs. Il est important de souligner que le terme « local » utilisé dans la loi 25 ne réfère pas à la conception actuelle du locale mais plutôt à un niveau sous-régional qui englobe plus d'un territoire de CLSC et / ou territoire d'arrondissement. À Montréal, on parle de 11 à 12 territoires « locaux », alors qu'il y a 29 territoires de CLSC et 27 territoires d'arrondissement.

<sup>5</sup> Idem, p. 13

<sup>6</sup> Idem, p.12

### ➤ **Gestion du social en dehors de la santé ?**

Or la concordance des territoires santé-services sociaux à ceux des municipalités soulève l'enjeu d'un transfert d'importantes responsabilités vers ces dernières. Plusieurs rumeurs courent effectivement à l'effet que les Conférences régionales des élu-e-s (CRÉ) hériteraient des responsabilités régionales qui n'auraient pas été déléguées aux instances locales suite à la fin du mandat des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans 2 ans. C'est le cas de l'arbitrage entre les différentes instances locales (ou plutôt *sous-régionales*) en cas de litige sera fait par les CRÉ.

Notons que les plans locaux en santé publique se font de pair avec les plans de développement social via les forums de développement social locaux de chaque arrondissement, animés par les CLSC (responsables de la mise en œuvre des plans locaux en santé publique), et financés par la Ville, la DSP et Centraide à partir du contrat de ville.

Plusieurs éléments du contexte actuel mettent effectivement la table pour une gestion du social distinctement de la santé. Par exemple, le nouveau mandat « d'animation sociale » dans le milieu confié aux Carrefours jeunesse emploi (CJE) donne le pion aux CLSC. Nous anticipons une gestion du social par le ministère de l'emploi, de la solidarité sociale et de la famille (MESSF) avec l'emploi comme trame de fond. L'annonce du transfert des organismes famille vers le MESSF un an plus tôt que prévu renforce cette appréhension. Le spectre du plan de lutte à la pauvreté fait redouter l'association des groupes familles à l'application du Programme national santé publique (PNSP) en lien avec l'aide sociale (« bonus » de 20\$ par mois aux femmes acceptant de participer à des mesures).

Dans deux différentes rencontres, il a été question du transfert de certains groupes actuellement accrédités par le ministère de la Santé et des Services sociaux sous la responsabilité des CRÉ parce qu'à Québec, on jugerait que leur action relève plus de la lutte à la pauvreté ou du développement social. Il s'agirait des maisons de jeunes, des cuisines collectives, et des groupes qui interviennent sur la question du logement, par exemple. Le MSSS chercherait ainsi à faire le ménage pour ne conserver d'ici 2 ans que les groupes pour lesquels il juge une intervention « pertinente » en santé / services sociaux. Il s'agit toutefois d'une rumeur, et les regroupements sectoriels concernés tentent actuellement d'avoir l'heure juste.

### ➤ **Hospitalo-centrisme**

Les fusions des CA d'établissement signifieront la disparition graduelle des missions spécifiques des établissements de 1<sup>ère</sup> ligne au profit de *l'hospitalocentrisme* ainsi que l'abandon de la préoccupation de lier le social au médical. La mission sociale globale des CLSC est donc en péril puisqu'ils deviendront des points de services de l'instance locale ; en d'autres termes... la « porte de sortie » des hôpitaux. Les fusions vont donc renforcer le retour d'une vision médicale et curative de la maladie au lieu d'une vision globale de la santé qui reconnaît l'importance des déterminants de la santé comme les conditions de vie. Cette prédominance bio-médicale va aussi se traduire par une pression à la **spécialisation de l'action des groupes communautaires...**

(« La loi propose une structure unique qui fait fi des connaissances acquises en matière de déterminants de la santé. Elle concentre les services de deuxième et troisième ligne dans un modèle public technocratique ; elle dilue et affaiblit les services de première ligne dans un modèle mixte ouvert au marché et à l'entrepreneuriat privé. Les stratégies de base de réingénierie sont reconnues ici : (...) la transformation progressive des établissements en une myriade de filiales ou de sous-traitants de plus en plus spécialisé. »<sup>7</sup>)

### ➤ **Remise en question du droit à la santé et du principe d'universalité**

La loi prévoit que les réseaux locaux de services (RLS) seront responsables d'assurer à la population de leur territoire l'accès à « une large gamme de services de santé et services sociaux de première ligne ». Ce choix de mots signifie implicitement la remise en question de la couverture publique de certains services sociaux et

---

<sup>7</sup> Pour l'avenir des services publics... Projets de loi 34, 35, 7, 8, 25, 30 et 31; des projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, mémoire de la FIQ, décembre 2003, p. 11

de santé et donc l'affaiblissement du principe d'universalité. Le document ministériel sur les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux<sup>8</sup> confirme que des travaux ont actuellement cours au MSSS pour réduire le panier de services assurable, changement important qui n'est pas balisé par la loi mais qui concerne pourtant l'ensemble des citoyenEs du Québec.

Les clientèles auxquelles devront répondre les RLS (outre les services généraux de 1<sup>ère</sup> ligne et la santé publique) – ou les nouveaux programmes-services - sont : personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances (jeux pathologique, alcoolisme et toxicomanie), santé mentale et santé physique (lutte contre le cancer). D'autres services répondront aux « problématiques sociales montréalaises » que sont l'itinérance, la prostitution, la violence, le logement social et les zones prioritaires d'intervention concertée (quartiers sensibles). Au niveau national, on passe de 30 programmes clientèles à 8 programmes-services... il s'agit d'une réduction pour le moins inquiétante ! Les citoyenNEs qui ne sont pas étiquetés à ces problèmes, les « clientèles non-vulnérables » se retrouveront-elles sans réponse lorsqu'ils feront appel aux RLS? Cette révision du panier de services assurables va se traduire par des déss assurances de services pour les citoyenNEs du Québec.

C'est pour la réalisation de ces programmes dans chacun des réseaux locaux que les organismes communautaires seront invités à sous-traiter... confinant leur action à des paramètres rigides dictés par Québec et appliqués par les instances « sous-régionales ».

#### ➤ **Révision du mode de financement**

Le MSSS souhaite implanter un nouveau modèle de budgétisation où l'argent suivra le patient selon son profil de « client » et sa problématique : une allocation des budgets par approche populationnelle / programme. C'est la fin des budgets traditionnels, remplacés par des budgets précis par programme avec objectifs et résultats attendus ciblés. Cette révision a d'ailleurs été officiellement annoncée dans le Bulletin d'information du réseau de la santé et des services sociaux : *Vers un réseau de santé et de services sociaux intégré*<sup>9</sup> de même que dans le document ministériel sur les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux<sup>10</sup>.

#### ➤ **Marchandisation**

Vocabulaire qui consacre services de santé et services sociaux comme des marchandises ; par exemple pour délimiter les territoires des instances et réseaux « sous-régionaux », on tiendra compte « des habitudes de consommation des services de santé et de services sociaux de la population ».

« C'est aussi dans le contexte de mondialisation des échanges que le projet de fusion forcées des établissements trouve toute sa place. À la mesure de leur nouvelle taille, le service des achats des nouveaux établissements fusionnés sera davantage soumis aux accords de commerce et aux règles applicables aux marchés publics. De même en sera-t-il lorsque les réseaux de services intégrés décideront de privatiser un service ou un ensemble d'activités. »<sup>11</sup> Fusion de établissement vise à obtenir un « chiffre d'affaire » assez élevé pour que les nouvelles instances locales soient assujetties aux règles commerciales des accords de libre-échange.

---

<sup>8</sup> L'intégration des services de santé et des services sociaux ; projet organisationnel et clinique et balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et services sociaux, MSSS, 3 février 2004, 19 p.

<sup>9</sup> Perspective Réseau, Bulletin d'information du réseau de la santé et des services sociaux, *Vers un réseau de santé et de services sociaux intégré, centré sur son unique raison d'être : les citoyens du Québec*, Volume 1, numéro 2, décembre 2003, p.2

<sup>10</sup> L'intégration des services de santé et des services sociaux ; projet organisationnel et clinique et balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et services sociaux, MSSS, 3 février 2004, p. 14-15

<sup>11</sup> Pour l'avenir des services publics... Projets de loi 34, 35, 7, 8, 25, 30 et 31; des projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, mémoire de la FIQ, décembre 2003, p. 16

« Or (...) certaines dispositions des accords de libre-échange prévoient qu'il est possible de poursuivre, pour expropriation et pour perte de profit potentiel, un gouvernement qui voudrait redonner un caractère public à des fonctions ou activités qui auraient fait l'objet d'une privatisation. Le retour en arrière serait dès lors si coûteux qu'il devient impensable. »<sup>12</sup>

### ➤ **Privatisation**

La loi 25 «vient légitimer, de façon sournoise, par la création des réseaux intégrés, la place du secteur privé dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Du jamais vu en 40 ans d'expérience du régime public de santé au Québec. »<sup>13</sup>

Avec les articles 26, 27 et 28 de la loi 25, le gouvernement permet l'entrée de la privatisation par la petite porte, sans grande attention et surtout sans débat public. On prévoit que les instances locales assurent l'accès à des services mais pas nécessairement qu'elles les rendent. Les « sous-traitants » apparaissent aux articles 27 et 28 qui déterminent le « contenu » des réseaux locaux. Ainsi, les balises nationales précisent que certains services seront rendus **par l'instance locale** alors que d'autres seront rendus **sur le territoire local**. De plus, l'arrimage des instances locales et des cliniques médicales privées se fait par l'adaptation du réseau public aux besoins des acteurs privés et non l'inverse. C'est donc le public au service du privé contrairement à la prétention de Couillard et plus largement du gouvernement Charest que le privé sera au service du public.

« En tout état de fait, cette loi est pernicieuse en ce que l'objectif qu'elle vise est davantage l'ouverture du réseau, à la privatisation et à la sous-traitance (...). Pourtant, cet objectif n'est pas mis en débat; la loi fait comme s'il allait de soi de reconnaître les entreprises privées comme parties prenantes du réseau de la santé et des services sociaux. Pourtant, il s'agit là d'une avancée cruciale. Non seulement les cabinets privés, mais les cliniques médicales, les cliniques de physiothérapie, les cliniques diagnostiques, les pharmacies, les cliniques de soins de pieds, les entreprises privées de ménage à domicile, les agences privées d'infirmières deviendraient des partenaires à part entière du réseau de services intégrés. De là à ce que soient déléguées à ces partenaires des fonctions, des activités, des missions jusqu'à maintenant produites, distribuées, gérées par le système public, il n'y a qu'un pas que la loi facilitera. Dans un contexte de pression à la désassurance et de projets de mise sur pied d'un système privé parallèle (...), le projet de loi 25 constitue un levier essentiel. »<sup>14</sup>

Une privatisation accrue des services, ça veut dire augmentation des coûts de production (puisque les entreprises doivent se dégager une marge de profit), l'augmentation des risques de tarification pour des services qui sont actuellement gratuits, et la marchandisation de la santé (qui devient un bien consommable plutôt qu'un droit). Plusieurs éléments de la réforme de la gouverne mettent effectivement la table pour l'instauration d'un impôt-service. **Pour les citoyenNEs**, ça signifie être considérés comme des consommateurs-payeurs et être forcés de se priver des soins et services s'ils ont des moyens financiers limités; **pour les groupes communautaires**, ça pourrait signifier l'utilisation de tarifications pourtant restreignantes pour une partie de la population avec qui nous travaillons.

### ➤ **Communautarisation ou l'ACA est-elle une mission essentielle de l'état?**

La loi 25 a inscrit, sans leur consentement et malgré l'opposition de leurs représentantEs, les organismes d'ACA dans les réseaux locaux de services intégrés. Ce n'est ni plus ni moins l'articulation concrète de la subordination des organismes communautaires au réseau de la santé et des services sociaux duquel ils recevront dorénavant les commandes. Vision PLQ, groupes communautaires = réduits à des prestataires de

---

<sup>12</sup> Pour l'avenir des services publics... Projets de loi 34, 35, 7, 8, 25, 30 et 31; des projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, mémoire de la FIQ, décembre 2003, p. 6

<sup>13</sup> Pour l'avenir des services publics... Projets de loi 34, 35, 7, 8, 25, 30 et 31; des projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, mémoire de la FIQ, décembre 2003, p. 5

<sup>14</sup> Pour l'avenir des services publics... Projets de loi 34, 35, 7, 8, 25, 30 et 31; des projets de loi inutiles, incomplets, dangereux, mémoire de la FIQ, décembre 2003, p. 15-16

services (à moindre coût) qui (en santé services sociaux) aident le réseau SSS à accomplir sa mission (réf. Couillard en commission parlementaire cet été).

(Dans le bulletin d'information de janvier de la DSP, on peut lire: « il y aura lieu d'examiner comment passer d'un modèle de type « entente de gestion », qui engage présentement les établissement du réseau de la santé et des services sociaux, à un modèle de type « entente de partenariat » avec le milieu communautaire. ») Pour sa part, l'agence montréalaise parle carrément d'ententes locales de complémentarité. Le modèle retenu pour les ententes dans les réseaux locaux serait celui d'Emploi Québec, qui a servi à écrire le chapitre sur les ententes de services dans la Politique de l'action communautaire (une relecture dans le contexte actuel de la PRSAC serait des plus pertinente...). Comme pour les groupes qui ont des ententes avec Emploi-Québec, l'entente pourrait aller jusqu'à déterminer la clientèle à recevoir, la façon d'intervenir, le nombre de personnes à rencontrer, etc. C'est le « privé au service du public » ou le communautaire au service du réseau santé et services sociaux (SSS), puisque les groupes devront répondre aux objectifs du réseau « sous-régional » et non aux priorités identifiés par leurs membres. D'autre part, l'évaluation des groupes sera resserrée autour de résultats précis. L'évaluation par résultats permettrait de définir si un groupe a atteint ses objectifs et s'il verra son entente, donc son financement, reconduite ou remise en question.

#### ➤ Localisation des groupes communautaires

Les groupes communautaires n'échappent pas à la forte tendance à la déconcentration de l'action gouvernementale vers le palier sous-régional et de désengagement de l'État qui émerge des différents travaux du gouvernement Charest ; ou la **localisation**.

La garantie du maintien du PSOC pour 2 ans (les exercices financiers 1<sup>er</sup> avril 2004 au 1<sup>er</sup> avril 2005 et du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 1<sup>er</sup> avril 2006) est confirmée par les hauts fonctionnaires au MSSS et par l'agence régionale. Dans le document ministériel sur les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux, on peut lire : « *L'agence continuera d'assurer la gestion du PSOC dont le cadre de financement évoluera en continuité avec le modèle actuel de soutien à la mission globale des organismes communautaires* »<sup>15</sup>.

L'échéancier de deux ans concorde avec :

- La fin du mandat des agences de réseaux de développement des réseaux locaux. Rappelons que l'avenir des agences, au-delà de leur mandat de deux ans, n'est pas balisé par la loi 25.
- à Montréal, la fin de la planification stratégique de la Régie (à laquelle réfère l'agence lorsqu'elle confirme le maintien du financement des organismes communautaires au niveau régional)
- La ré-évaluation de la PRSAC

De plus, le PLQ, qui reconnaît sans problème les organismes communautaires comme des « partenaires incontournables », prévoit l'élaboration d'une politique cadre déterminant les paramètres des collaborations public-privé qui pourront aller de la gestion d'infrastructures à la dispensation directe de services aux citoyens dans la première année de son mandat.<sup>16</sup>

Après cette garantie de deux ans, il est fort probable que les groupes soient transférés dans les réseaux locaux avec les ententes de services. Le ministère souhaite effectivement que les organismes communautaires soient financés pour la livraison de services au sein des réseaux locaux de services sociaux et de santé. Les groupes devraient ainsi répondre, via les RLS, aux priorités de l'État. Le lien entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes d'action communautaire autonome œuvrant en santé et services sociaux se ferait donc sur une base « sous-régionale » via les réseaux locaux de services intégrés (RLSI), ce qui va nécessairement redéfinir les contours de nos concertations.

---

<sup>15</sup> L'intégration des services de santé et des services sociaux ; projet organisationnel et clinique et balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et services sociaux, MSSS, 3 février 2004, p.13

<sup>16</sup> Parti Libéral du Québec, *Un gouvernement au service des québécois; plan d'action du prochain gouvernement libéral*, adopté les 27, 28 et 29 septembre 2002, p. 24

La localisation du PSOC mettrait fin à l'approche globale des groupes qui, sous-contractant avec les instances locales, seraient dorénavant réduits à de simples dispensateurs de services. Les services achetés par ces instances seront forcément à saveur « curative » beaucoup plus que préventive. Par exemple, les groupes jeunesse se verront dans l'obligation de rendre des services épidémiologiques pour les jeunes en difficulté en lien avec les instances locales (au sein d'un réseau local) ou de se subordonner aux CJE pour orienter leur action à la sauce « employabilité ».

À notre avis, il s'agit d'un sursis que nous devons utiliser pour réfléchir à ce qu'on veut après ce sursis et pour faire pression pour l'obtenir. Deux ans c'est vite passé ! Le 1<sup>er</sup> avril 2006, les changements auront été apportés à la loi 120 (la 2<sup>e</sup> phase de la réforme) et les groupes feront face à de nouvelles modalités de financement. Au niveau national, un comité communautaire composé de hauts fonctionnaires au MSSS, d'une représentante des agences régionales, de la CTROC et de la TRPOCB a été mis sur pied avec le mandat d'échanger sur les modalités d'entente entre l'instance locale et les organismes communautaires.

Le « ménage » tant désiré par le PLQ pour faire cesser la duplication des services, réduire les frais d'administration et s'assurer que le financement public versé aille directement pour plus de services se fera en lien avec la mise en œuvre des réseaux locaux de services intégrés. La signature d'ententes sera l'occasion de procéder à une certaine rationalisation du nombre de groupes (ce sera la version communautaire de la rationalisation du nombre d'établissement - projet de loi 25 - ou de celle du nombre d'unités d'accréditations syndicales dans les établissements - projet de loi 30). La rationalisation du nombre de groupes locaux devrait avoir comme effet à moyen terme de provoquer celle du nombre de regroupements qui représentent les groupes locaux. Qu'arrivera-t-il aux groupes qui ne cadrent pas avec les RSL et qui désirent poursuivre la réalisation de leur mission globale?

En fait, on peut carrément se questionner sur la survie à long terme des organismes communautaires autonomes hors du réseau SSS. Le ministre Couillard a dit envisager le financement dans la mesure où les groupes répondent aux priorités de l'État. Hors des priorités, point de salut. Et contrairement à l'opération de 1992, où le transfert des groupes du national dans les régies régionales avait été fait sur la base du respect des acquis, le transfert du financement des groupes dans les réseaux locaux (ou sous-régionaux) se fera sans garantie quant au maintien des acquis pour les groupes. C'est donc la nature même de l'action communautaire autonome qui est en danger. Nous sommes à un moment charnière pour les organismes communautaires autonomes et pour la population avec qui nous travaillons; c'est pourquoi nous devons travailler ensemble dans les prochains mois afin de défendre la survie des espaces démocratiques que sont les groupes pour les citoyenNEs.

Plus que jamais, il importe de se solidariser et de s'informer les uns les autres dans un esprit de confiance. Dans un tel contexte, nous avons beaucoup plus à perdre en nous isolant qu'en unissant nos forces !