

Projet de loi n° 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Pour une réforme sur les vraies affaires!

Mémoire de la Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux du Centre-du-Québec et de la Mauricie (TROC-CQM)

12 novembre 2014

Présentation de la TROC du Centre-du-Québec et de la Mauricie

Notre mission se décline en cinq points :

- Favoriser le développement d'une analyse sociale, politique et économique commune ;
- Accroître la visibilité et la reconnaissance des organismes communautaires et bénévoles en santé et services sociaux des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie ;
- Favoriser la participation des organismes communautaires et bénévoles en santé et services sociaux au maintien, au rétablissement et au développement de la santé et du bien-être de la population ;
- Promouvoir l'action communautaire dans le domaine de la santé et des services sociaux, c'est-à-dire son caractère alternatif et ses objectifs de solidarité et de changement social et appuyer les initiatives en ce sens ;
- Exercer les représentations et les pressions politiques en lien avec notre mission.

En 2014, 182 organisations communautaires forment notre membership. Nous donnons de la formation à l'ensemble des groupes communautaires de notre secteur. Nous tenons des activités d'information et de concertation. Nous organisons régulièrement des actions d'éducation populaire.

Éléments pris en compte pour la rédaction de ce mémoire

Dans notre démarche pour apprécier le projet de loi proposé le 25 septembre 2014 par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, nous avons retenu deux éléments pour nous guider. Ces éléments sont l'évolution des besoins de santé et de bien-être au Québec et l'évolution des relations avec le mouvement communautaire.

Les besoins en santé et de bien-être au Québec

La demande des Québécois pour améliorer les services est bien connue, documentée et les solutions sont tout aussi connues :

- plus de services de maintien à domicile par un investissement majeur (ce qui avait été promis par le PLQ et a été abandonné une fois ce parti au pouvoir) ;
- une implication plus grande des médecins aux urgences des centres hospitaliers et dans les CHSLD ;
- un accès aux médecins de famille pour les centaines de milliers de Québécois et de Québécoises qui en sont privés ;
- une amélioration majeure des services sociaux publics et communautaires (autisme, itinérance, santé mentale, protection de la jeunesse, prévention, aide et entraide aux personnes vivant une situation importante de défavorisation).

Il est difficile de voir comment le projet de loi 10 va permettre un meilleur accès aux services publics et mieux reconnaître et soutenir l'action communautaire auprès d'une partie de la population qui vit d'importantes difficultés sociales, de santé et économiques.

L'amélioration de l'accès aux services passe par une offre de services accrue et non par un brassage des structures.

Le Québec vit d'importants changements sur le plan démographique et sociologique.

Le Québec doit faire face à un contexte démographique largement influencé par un vieillissement accéléré de sa population ayant pour conséquence des répercussions très grandes sur les coûts du système de santé et de services sociaux. Les maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires) sont également en croissance importante.

La croissance des soins en santé physique s'explique par la demande, notamment le lien avec le vieillissement de la population, mais aussi par l'absence de mesures pour adapter le réseau public aux changements démographiques, sociaux et économiques de la société québécoise.

À titre d'exemple, le Québec est une des provinces canadiennes offrant le moins de services de maintien à domicile. Pourtant, la demande de ces services est directement en lien avec le vieillissement de la population, d'une part, et d'autre part, tributaire du virage ambulatoire effectué par le ministère de la santé et services sociaux du Québec au milieu des années 90. En 2014, le MSSS estimait que le réseau public ne répondait qu'à 18 % des besoins en maintien à domicile de la population québécoise. Le Québec tarde toujours à prendre le virage vers des services de MAD même si tout le monde s'entend pour considérer ces services comme la meilleure des stratégies pour diminuer le recours à l'institutionnalisation (CHSLD) et à une consommation accrue des services médicaux et hospitaliers.

L'évolution des relations entre le mouvement communautaire et le réseau public de la santé

Malgré de nombreuses discussions entre le ministère et le mouvement communautaire québécois depuis la régionalisation du réseau de la santé et des services sociaux en 1992, il n'y a toujours pas de vision ministérielle claire sur la place des 3 000 groupes communautaires du Québec dans le système de santé et de services sociaux. En octobre 2013, le gouvernement du Québec annonçait différentes mesures de soutien au mouvement communautaire québécois. Malheureusement, toutes ces mesures ont été annulées par le gouvernement du Québec en juin 2014. La majorité des organismes communautaires ont des liens étroits avec les établissements de santé et sociaux du réseau public. Plusieurs établissements de santé réfèrent des citoyens, des citoyennes à des organismes communautaires. La réponse des CSSS à des besoins psycho-sociaux de la population prend souvent la forme d'un transfert planifié ou non vers des organismes communautaires pour un nombre varié de besoins et de problématiques (dépendances, santé mentale, sous-alimentation, isolement social, violence conjugale, harcèlement sexuel, itinérance, etc.).

Quarante-trois ans après la mise sur pied du programme de soutien aux organismes communautaires au sein du ministère des affaires sociales, le temps est venu d'amorcer un

dialogue sur la pertinence du mouvement communautaire pour convenir de son rôle à mieux répondre aux besoins de la population. Un tel dialogue et de réelles négociations entre le ministère et le mouvement communautaire seront bénéfiques à une partie de la population rebaptisée souvent à titre de personnes vulnérables. De plus, le réseau public bénéficiera ainsi d'un allié ancré dans les communautés et dont les pratiques et les activités permettront une meilleure atteinte de l'article 1 de la loi sur les services de santé et de services sociaux¹.

Section des recommandations pour l'abrogation du projet de loi 10

Recommandation 1 : Nous demandons au ministre d'abroger le projet de loi 10. L'ensemble du projet actuellement soumis ne permettra pas d'atteindre les objectifs identifiés dans le préambule du projet de loi.

« De façon très, très, très convergente, les données scientifiques indiquent que les avenues législatives qui sont mises de l'avant dans le projet de loi ne produiront pas les résultats qui sont visés par le projet de loi. » Damien Contandriopoulos, chercheur en santé publique à l'Université de Montréal, département en sciences infirmières. 22 octobre 2014, Assemblée nationale.

L'inquiétude et la désorganisation que provoque le projet de loi auprès des quelque 300 000 employés du réseau public et le chambardement anticipé au sein de toutes les organisations sociosanitaires pour plusieurs années justifient une reprise des travaux ministériels.

Les Centres intégrés, majoritairement, deviendront des structures éloignées des besoins spécifiques des régions. Le pouvoir absolu dévolu au ministre n'est pas justifié et permettrait une politisation des besoins de santé et de bien-être de la population. Cette politisation pourrait contraindre le réseau public à prioriser une partie de la population au détriment d'une autre partie de la population en vampirisant les services sociaux au profit d'une vision strictement hospitalocentriste.

Recommandation 2 : Nous invitons le ministre à déposer un nouveau projet de loi qui comprendrait l'ensemble des éléments de la réforme prévue par le gouvernement du Québec.

Le temps nous fait payer, en temps, celui que nous ne prenons pas pour faire comprendre et, par la suite, pour mobiliser la population et les acteurs concernés, le réseau public, les médecins, le mouvement communautaire, pour toute réforme d'envergure.

¹ 1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et 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... chapitre S-4.2. Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le ministre a tout intérêt à faire connaître les différentes et principales améliorations, voire révolutionnaires, qu'il entend proposer et appliquer pour améliorer le « parcours du patient » et, en plus, permettre à chaque Québécois et Québécoise de pouvoir compter sur une réponse et un soutien de l'État pour ses besoins de santé et de bien-être.

Recommandation 3 : Nous demandons au ministre, dans une nouvelle proposition législative, d'améliorer la répartition des effectifs médicaux au sein du réseau public, de réglementer le prix des médicaments, de doter le Québec d'une politique nationale de prévention et de mettre en place un système dédié au maintien à domicile pour relever le défi national du vieillissement de notre population.

« Que conclure? Que si le projet de loi incluait également une redéfinition de la pratique médicale, une véritable approche collaborative de gouvernance clinique, une orientation claire en faveur de la prévention et de la première ligne, des systèmes d'information qui supportent directement la participation des citoyens à leur santé et la gestion intelligente des dossiers médicaux électroniques, alors on pourrait prétendre s'inspirer véritablement de ces modèles performants ».
Robert Perreault, Médecin et professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université McGill

Dit autrement, il nous apparaît crucial de mettre de l'avant des politiques et des lois qui s'attaquent aux principaux problèmes du système de santé et de services sociaux. Les problèmes majeurs et récurrents sont l'accessibilité, d'une part, et la mésadaptation du système aux changements et aux nouveaux besoins de la population. Selon nous, une répartition des médecins sur tout le territoire québécois en fonction de l'importance et des besoins de la population de chaque région va diminuer les listes d'attente pour les traitements et les chirurgies, rendre raisonnable le temps d'attente à l'urgence, désengorger les urgences quand chaque citoyen, citoyenne aura un médecin de famille attiré. Le recours aux services lourds de santé physique diminuera avec une population instruite et soutenue dans sa volonté de prévention. Un système de services dédié au maintien à domicile des personnes vivant avec un handicap pour une perte d'autonomie va réduire le recours à l'institutionnalisation. Enfin, un véritable contrôle du coût des médicaments permettrait des économies importantes qui pourraient servir d'investissement pour la prévention notamment.

Recommandation 4 : Nous demandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de mandater la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique de convenir d'une entente avec les représentants du mouvement communautaire pour établir la contribution de l'action communautaire à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Cette entente comprendrait les objectifs du mouvement communautaire au regard des populations dites vulnérables en terme d'amélioration de la santé et du bien-être, de prévention des problématiques et d'implication de la population dans l'action communautaire. Cette entente respecterait « le besoin de distance avec la programmation gouvernementale » exprimée par le

mouvement communautaire sous le terme de l'autonomie. Cette entente permettrait, à la satisfaction tant de la population que de l'État québécois et du mouvement communautaire, de diminuer le recours à certains services de dernier recours pour un ensemble de besoins sociaux. Cette entente permettrait au mouvement communautaire de consacrer toute son expertise, dans le respect de l'article 335 de la Loi SSSS : à combattre la pauvreté, à solidariser la population et à préparer la disparition du mouvement communautaire pour cause d'absence de... cause.

Section des recommandations pour amender le projet de loi 10

Les prochaines recommandations sont soumises dans la perspective que le ministre ira de l'avant avec le projet de loi 10 et que le gouvernement du Québec adoptera cette loi avec ses objectifs principaux de concentration du pouvoir aux mains du ministre d'État et de la fusion des 182 établissements actuels pour n'en former que 28. Nous sommes conscients, malheureusement, que ces recommandations équivalent à émousser quelques aiguilles d'une pelote particulièrement bien garnie en aiguilles.

Recommandation 5. Nous demandons au ministre de transférer la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du niveau régional vers le niveau central, soit le ministère.

« C'est aux organismes communautaires ainsi qu'aux services d'organisation communautaire que nous devons principalement la création des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les services de garde à la petite enfance, les centres d'action bénévole, les maisons des jeunes, les coopératives d'habitation, les services alternatifs en santé mentale, les centres d'intervention de crise et de suicide, nombre d'entreprises d'économie sociale et de groupes d'entraide, et bien d'autres. L'approche des organismes communautaires a même inspiré et généré des changements de pratiques au sein du réseau. Pourtant, le projet de loi 10, sous sa forme actuelle, risque de reléguer les organismes communautaires au rang de sous-traitants des CISSS qui deviendront leurs bailleurs de fonds tout en étant leurs principaux partenaires dans le continuum de services. Les CISSS seront en position d'influencer les orientations des organismes communautaires puisqu'ils assureront leur financement ». Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Mémoire sur le projet de loi 10.

Ce transfert comprendrait l'enveloppe budgétaire consacré au soutien à la mission des 3 000 groupes communautaires. La gestion des enveloppes budgétaires pour les activités spécifiques, les projets ponctuels et les ententes de services demeurerait au niveau régional.

Contrairement à ce qu'en pensent la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et les ministres d'État et déléguée à la Santé et aux Services sociaux, le transfert du PSOC des Agences aux éventuels CISSS va modifier la gestion du PSOC et les relations entre le gestionnaire et les organismes communautaires. Le point central de ces éventuels changements repose sur le fait que pour la première fois en 41 ans d'existence,

le PSOC sera géré par une organisation qui donne des services à la population. Ce rôle primordial de prestataire de services à la population va, tout naturellement, amené les CISSS à exercer de la pression sur les organismes communautaires pour que ces derniers supportent davantage le réseau de la santé et des services sociaux dans ses réponses aux besoins de la population. Cette pression pourra être exercée localement et régionalement. Des employéEs du CISSS qui gèrent les programmes localement au PDG des CISSS. La Coalition des TROC anticipe des problèmes pour l'autonomie des groupes communautaires mais semble considérer les futurs conseils d'administration des CISSS comme d'éventuels interlocuteurs et alliés. Rien n'est moins sûr.

La réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux, qui pourrait être aussi importante que celle de 1992 avec la régionalisation, va, selon plusieurs observateurs et organisations, perturber le réseau de façon telle que les services à la population seront de moins bonne qualité. Il faut ajouter que le financement du réseau public de santé et de services sociaux connaît et va connaître une baisse de ses coûts de système. L'implantation des mégacliniques est annoncée pour bientôt par le ministre. Le financement de ces mégacliniques va se faire à même de nouvelles compressions budgétaires en santé.

Les fédérations de médecins et les associations d'établissements du réseau public prévoient que le ministre va recourir aux budgets des établissements publics qui ne sont pas des centres hospitaliers pour financer ces derniers et les futures mégacliniques.

Avec un tel contexte, il est plus que probable que le CISSS va chercher des alliés « bon marché » pour améliorer ses services à la population. Ainsi, les groupes communautaires susceptibles d'aider le réseau public seront sollicités. Ce type de sollicitation a toujours existé. La différence majeure avec l'avènement du CISSS, c'est que toute sollicitation, pression et chantage proviendront d'un employé de l'établissement qui finance la mission du groupe communautaire concerné. On peut anticiper que les sollicitations se feront, comme à l'habitude, sur le terrain et que les groupes communautaires visés pourront craindre pour leur financement à la mission et ce, que la crainte soit fondée ou non.

Il sera impossible d'empêcher cette sollicitation. En Mauricie et au Centre-du-Québec, 85 % des organismes communautaires ont des relations importantes de collaboration avec un ou des établissements publics. Un nombre restreint de groupes ont des ententes de services, pour une valeur de 800 000 \$ en 2007. En 2014, 54 groupes communautaires reçoivent 4 millions \$ de l'Agence pour des activités spécifiques. Une bonne partie de ces activités spécifiques mettent en lien étroit des groupes communautaires et des établissements publics. Une centaine de représentantEs communautaires siègent annuellement sur des comités avec des établissements publics. Il y a et il y aura des occasions multiples pour des employéEs du réseau public pour exercer des pressions sur les organismes communautaires.

Le 21 octobre dernier, la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique a informé la CTROC et la TRPOCB qu'il n'y aurait pas d'augmentation du PSOC pour les deux prochaines années et ce, sans prendre aucun engagement pour les années suivantes.

Comment les groupes communautaires vont-ils pouvoir résister aux pressions du réseau public dans un tel contexte ?

Nous avons hésité à formuler cette recommandation. Le conseil d'administration tient à saluer l'instance régionale en Mauricie-Centre-du-Québec, Régie régionale de 1992 à 2003 et Agence de 2004 au 31 mars 2015 (selon le projet de loi 10), pour la compétence dans sa gestion du programme, pour sa collaboration constante avec le mouvement communautaire durant ces 22 années et pour son ouverture à innover dans une collaboration avec un mouvement présentant de nombreuses différences avec les partenaires institutionnels. Nous profitons de l'occasion pour saluer l'ensemble des personnes qui ont assumé la direction générale, la direction chargée d'appliquer le PSOC et le conseiller et les conseillères attirées au programme de la Régie et de l'Agence. Ce fut un honneur et un plaisir de faire de l'éducation populaire avec toutes ces personnes, d'apprendre sur la complexité et les enjeux du réseau public et de promouvoir l'action communautaire sous toutes ses formes dont celles des manifestations éducatives, joyeuses et respectueuses.

Le transfert du PSOC au ministère sera en fait un retour puisque ce dernier a géré le PSOC de 1973 à 1994. Nous considérons essentiel que le financement à la mission relève d'une organisation qui n'a pas de mandat prioritaire de prestation de services. Nous espérons ainsi obtenir un effet « coupe-feu » comme pour les 41 premières années d'existence du programme. Le conseil d'administration de la TROC Centre-du-Québec/Mauricie a réfléchi et soupesé d'autres options « coupe-feu » : transfert au Secrétariat à l'action communautaire et aux initiatives sociales (SACAIS), à une nouvelle société d'État dédiée à l'action communautaire (proposition principale contenue dans le rapport Larose <http://www.trocao.org/pdf/docs/13.pdf>), à une société d'État déjà existante, gestion du PSOC par les Tables régionales d'organismes communautaires. Le retour du PSOC au sein du ministère port d'attache pourrait avoir un effet de levier favorable à notre recommandation 4.

Enfin, nous tenons à souligner que notre recommandation pourrait amener des changements importants, voire remettre en question l'existence d'organisation comme la nôtre. Nous croyons qu'il faut dépasser les réflexes corporatistes pour perpétuer la plus grande valeur de l'action communautaire, soit l'engagement des communautés et du personnel communautaire. Pour ce faire, il est primordial, selon nous, de tout mettre en œuvre pour maintenir une saine distance avec la gestion et la programmation du gouvernement.

Recommandation 6. Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 afin d'y intégrer spécifiquement l'importance de tenir compte des déterminants sociaux et de leurs impacts dans la mise en œuvre des programmes, le financement et l'organisation des soins et services.

« Le travail en périnatalité, en santé mentale, en intervention psychosociale, en soutien à domicile, en prévention du tabagisme, etc., porte des fruits en aval, diminuant à court et à moyen termes le recours à des interventions lourdes (hospitalisations, chirurgies, pharmacothérapie, etc.). Dans une logique comptable, ces activités pourtant importantes et rentables risquent d'être tassées au profit des urgentes et coûteuses interventions hospitalières. » Charles Roy Président de l'Association des psychologues du Québec.

La performance du système de santé et de services sociaux, y compris le contrôle des coûts à long terme, dépend de sa capacité à prioriser la prévention et la lutte contre les inégalités sociales par des actions collectives sur les déterminants sociaux de la santé. Le Directeur national de la santé publique (rapport de 2007) confirme que les problèmes de santé sont évitables, dans une large mesure, et découlent des conditions de vie, de l'environnement social et physique, ainsi que des comportements et des habitudes de vie. Il existe en effet un lien direct entre le degré d'inégalités qui prévaut dans une société, la position socio-économique des individus et des groupes d'individus qui la composent et leur état de santé physique et mentale.

Cette recommandation et le texte sont directement inspirés du mémoire de messieurs Denis Bourque et René Lachapelle. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO. Mémoire sur le projet de loi 10.

Recommandation 7 : Nous demandons la modification de l'article 55 afin de permettre aux CISSS de transférer des crédits des programmes-services vers le programme de soutien aux organismes communautaires.

« Article 55. Les règles budgétaires établies par un établissement régional ou suprarégional en application du premier alinéa de l'article 283 de cette loi ne peuvent permettre la permutation de sommes dédiées à un programme-service, sauf sur autorisation du ministre. »

Si cet article demeure inchangé, les CISSS ne pourront améliorer le financement à la mission des organismes communautaires en puisant dans les crédits dédiés aux programmes services. Toutefois, les organismes communautaires pourraient être financés par les programmes services par des ententes de services avec le CISSS. L'application de l'article 55 va condamner les 3 000 organismes communautaires à un gel de leur subvention à la mission et ce, pour une durée indéterminée. Les indexations limitées des subventions à la mission ne permettront pas le maintien des infrastructures, des activités et des services communautaires. Le ministre pourrait autoriser un transfert vers les organismes communautaires. Ici, il est important de rappeler qu'une seule ministre, en 41 ans d'existence du programme, a obtenu un engagement d'investissement pour l'ensemble des 3 000 organismes communautaires en santé et services sociaux. L'investissement

de 120 millions \$ en financement à la mission a été annoncée le 30 octobre 2013 par le gouvernement du Québec. Après les élections du 7 avril 2014 et l'avènement d'un nouveau gouvernement, cette annonce a été annulée le 4 juin 2014. Si le passé est garant de l'avenir, l'article 55 annonce la fin du financement à la mission, du moins sous l'actuel gouvernement.

Toutefois, nous sommes confiants qu'une mobilisation sans précédent du mouvement communautaire québécois pourrait amener le gouvernement à reposer le geste du 30 octobre 2013.

Recommandation 8 : Nous demandons au ministre de modifier l'article 8 pour assurer la présence de citoyens, de citoyennes et de représentants du mouvement communautaire au conseil d'administration du CISSS.

Nous recommandons que six des 13 membres du conseil d'administration prévu à l'article 8 soient élus par la population et choisis par les groupes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux. Les autres membres proviendraient du réseau de la santé et des services sociaux. Trois membres seraient élus par un collège électoral représentant la population et trois membres seraient élus par le collège électoral des organismes communautaires reconnus par le CISSS. Cette proposition va diminuer la politisation que va provoquer le pouvoir de nomination du ministre de tous les membres du conseil tel que le prévoit l'actuel article 8. La présence de représentants de la société civile et du mouvement communautaire fera contrepoids à l'hospitalocentrisme qui prévaut depuis 1970 dans notre système de santé et de services sociaux. Notre santé collective a bien besoin de ce contrepoids.

Recommandation 9 : Nous recommandons au ministre d'inscrire dans la loi le principe de parité afin qu'un membre du duo PDG-PDGA provienne du domaine social. Dans chaque CISSS, une de ces deux personnes devrait être un travailleur social ou un expert issu des services sociaux afin que les deux missions (santé et services sociaux) soient également représentées.

Recommandation 10 : Nous recommandons au ministre de mandater le comité ministériel sur les organismes communautaires afin qu'il effectue un suivi des impacts de la restructuration qui découlera du projet de loi 10 sur les services et les activités des organismes communautaires auprès de la population et sur le soutien financier du MSSS et des CISSS à l'action communautaire.

Conclusion

Il est dans l'intérêt du gouvernement et des services publics que le projet de loi 10 soit abrogé et que le ministre soumette à la population et à l'Assemblée nationale une nouvelle proposition législative comprenant tous les objectifs et les moyens envisagés pour effectuer une réforme nécessaire. Selon nous, cette réforme souhaitable a peu à voir avec un brassage des structures. La commission Rochon (1988) avait indiqué que le système de santé et de services sociaux était victime de puissants groupes d'intérêts internes au réseau public. Il est grand temps de s'affranchir de ces groupes d'intérêts et de prendre le virage de la prévention, des soins à domicile, du réseau qui va vers la population, et non l'inverse. Pour paraphraser le Parti libéral du Québec lors de la dernière campagne électorale, il s'agit là « des vraies affaires » dont le gouvernement devrait s'occuper.

Il est aussi dans l'intérêt du gouvernement et des services publics que la capacité d'action collective et de prise en main par les communautés soit optimisée. L'importance des défis collectifs au Québec comme le vieillissement, la pauvreté, la revitalisation des territoires, de même que la demande de prise en charge de ces enjeux par les citoyens et les communautés, doit inciter le ministre de la Santé et des Services sociaux à convenir de discussions avec le mouvement communautaire. Ces discussions devraient se conclure par une entente entre le mouvement communautaire et le ministère sur un ensemble d'objectifs visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population qui fréquente les organisations communautaires.

Rédaction : Renaud Beaudry, 12 novembre 2014.

Liste des recommandations

PL10 abrogé

Recommandation 1 : Nous demandons au ministre d'abroger le projet de loi 10. L'ensemble du projet actuellement soumis ne permettra pas d'atteindre les objectifs identifiés dans le préambule du projet de loi.

Recommandation 2 : Nous invitons le ministre à déposer un nouveau projet de loi qui comprendrait l'ensemble des éléments de la réforme prévue par le gouvernement du Québec.

Recommandation 3 : Nous demandons au ministre, dans une nouvelle proposition législative, d'améliorer la répartition des effectifs médicaux au sein du réseau public, de réglementer le prix des médicaments, de doter le Québec d'une politique nationale de prévention et de mettre en place un système dédié au maintien à domicile pour relever le défi national du vieillissement de notre population.

Recommandation 4 : Nous demandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de mandater la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique de convenir d'une entente avec les représentants du mouvement communautaire pour établir la contribution de l'action communautaire à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

PL10 amendé

Recommandation 5. Nous demandons au ministre de transférer la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du niveau régional vers le niveau central, soit le ministère.

Recommandation 6. Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 afin d'y intégrer spécifiquement l'importance de tenir compte des déterminants sociaux et de leurs impacts dans la mise en œuvre des programmes, le financement et l'organisation des soins et services.

Recommandation 7 : Nous demandons la modification de l'article 55 afin de permettre aux CISSS de transférer des crédits des programmes services vers le programme de soutien aux organismes communautaires.

Recommandation 8 : Nous demandons au ministre de modifier l'article 8 pour assurer la présence de citoyens, de citoyennes et de représentants du mouvement communautaire.

Recommandation 9 : Nous recommandons au ministre d'inscrire dans la loi le principe de parité afin qu'un membre du duo PDG-PDGA provienne du domaine social. Dans chaque CISSS, une de ces deux personnes devrait être un travailleur social ou un expert issu des services sociaux afin que les deux missions (santé et services sociaux) soient également représentées.

Recommandation 10 : Nous recommandons au ministre de mandater le comité ministériel sur les organismes communautaires afin qu'il effectue un suivi des impacts de la restructuration qui découlera du projet de loi 10 sur les services et les activités des organismes communautaires auprès de la population et sur le soutien financier du MSSS et des CISSS à l'action communautaire.