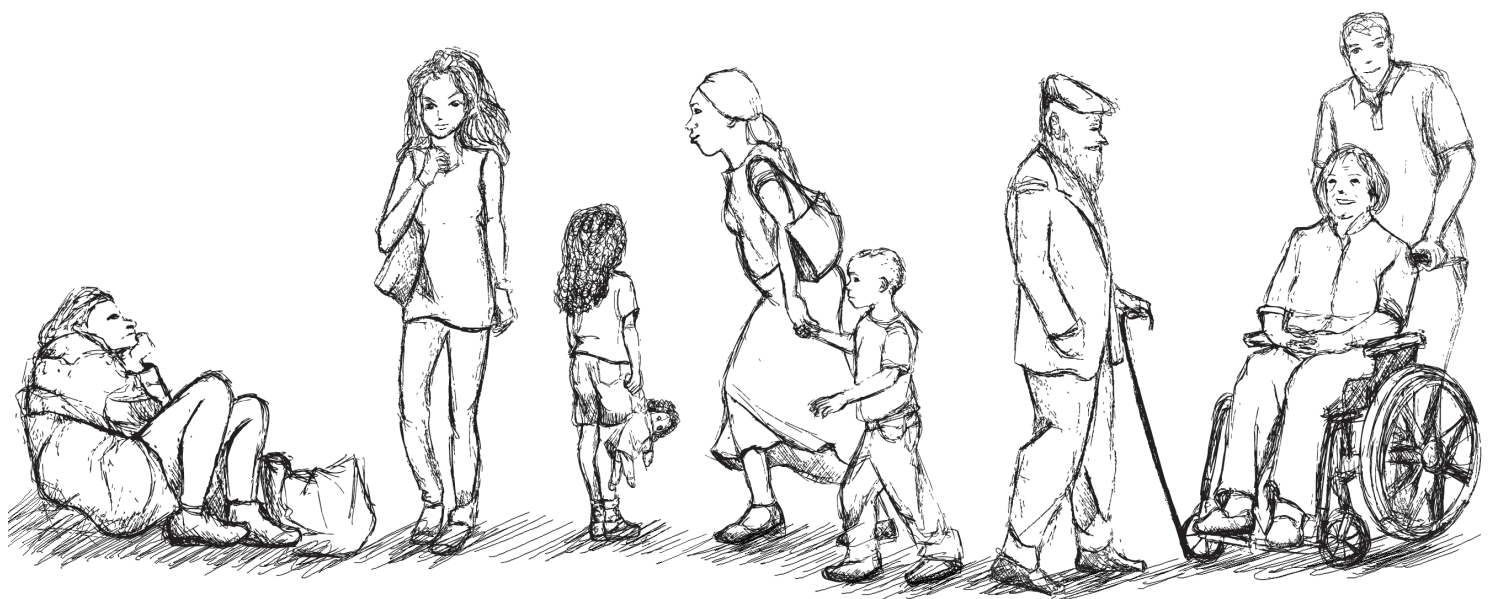


**PORTRAIT MONTRÉLAIS
DES BESOINS
DE LA POPULATION
ET DU MILIEU
COMMUNAUTAIRE :
UNE ÉQUATION À REVOIR!**



PORTRAIT MONTRÉALAIS DES BESOINS DE LA POPULATION ET DU MILIEU COMMUNAUTAIRE : UNE ÉQUATION À REVOIR!



Rédaction

Serge Chevalier, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Daniel Latulippe, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale)

Julie Nicolas, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale)

Design graphique et illustrations

Christelle Ogoudikpe

Édition

Ce document est édité collectivement par :

Coalition pour le maintien dans la communauté (**COMACO**)

Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (**CRADI**)

Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (**ROPMM**)

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (**RIOCM**)

Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (**RACOR en santé mentale**)

Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (**RAFSSS**)

Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (**RAPSIM**)

Impression

Grâceuseté des éditions **la Clé des champs**

Citation suggérée

Serge Chevalier, Daniel Latulippe et Julie Nicolas. « Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : une équation à revoir ! ». Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale) et Collectif, Montréal, 2013.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site Internet du RACOR en santé mentale (514 847-0787) : <http://racorsm.com/besoins-de-la-populationportrait-du-milieu-communautaire>



© RACOR en santé mentale, 2013.

ISBN 978-2-9814307-0-0 (Version imprimée)

ISBN 978-2-9814307-1-7 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Remerciements

Cette étude n'aurait pas pu être réalisée sans la collaboration du personnel des organisations suivantes que nous remercions chaleureusement :

Coalition pour le maintien dans la communauté (**COMACO**)
Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (**CRADI**)
Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (**ROPMM**)
Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (**RIOCM**)
Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (**RACOR en santé mentale**)
Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (**RAFSSS**)
Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (**RAPSIM**)

Ainsi que :

Regroupement des organismes communautaires famille de Montréal (**ROCFM**)
Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (**ASSS-Montréal**) et particulièrement le personnel de la Direction des Programmes-Services et de la Direction de santé publique.

La réalisation de groupes de discussion a demandé la collaboration de plusieurs personnes que nous remercions pour leur accueil et leur participation active :

Les Centres de santé et de services sociaux (**CSSS**) de Montréal
L'Alliance des Communautés culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (**ACCÉSSS**)
Les organismes communautaires de Montréal ayant contribué aux échanges.

Nous remercions les personnes suivantes à la prise de notes dans des ateliers :

Lyse Cloutier
Nancy Harvey
Monique Moisan
Élisabeth Rivest

Et **Diana Lombardi** pour sa participation aux résumés écrits des rencontres avec les CSSS.

Pour leur soutien technique dans la réalisation du sondage, nous remercions aussi :

Élisabeth Rivest, Direction de santé publique, ASSS-Montréal
Martin Lapierre, Direction de santé publique, ASSS-Montréal

Nous remercions **Julie Nicolas** pour tout le travail accompli et nous exprimons notre gratitude pour le bon nombre d'heures de bénévolat qu'elle a accordées à ce projet.

Et pour la coordination de l'ensemble, **Daniel Latulippe**, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (**RACOR en santé mentale**).

Nous remercions toutes les personnes et organisations qui ont contribué au succès de cette démarche.



TABLE DES MATIÈRES

6	18	30
Mandat	Le milieu communautaire s'adapte aux nouvelles réalités et aux besoins croissants	La part du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)
8		
Montréal		
10	20	32
Argument	Tous ces efforts sont insuffisants, nettement insuffisants	La part du financement des organismes communautaires montréalais est-elle équitable ?
12	22	40
Comment les personnes répondent-elles à leurs besoins ?	Des budgets supplémentaires sont requis	Conclusion
14	24	42
Les organismes rejoignent les populations vulnérables	D'autres aménagements seraient utiles au chapitre du financement des organismes communautaires	Recommandations du milieu communautaire
16	28	48
Les demandes auprès des organismes communautaires augmentent	Mais d'où proviennent les fonds des organismes communautaires montréalais ?	Références
		50
		Annexes

MANDAT

Les organismes communautaires jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ; or leurs contributions et leurs réalités sont souvent méconnues. Le *Comité régional de liaison sur le partenariat Établissements du réseau de la santé et des services sociaux - Organismes communautaires - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* a mis sur pied et mandaté le comité d'orientation « *Besoins de la population montréalaise / Organismes communautaires* » pour élaborer et accomplir des travaux permettant de produire un portrait de la nature et de l'ampleur des activités et des services dispensés par les organismes communautaires montréalais en lien avec les besoins de la population.

Plus précisément, le mandat consistait à documenter les aspects suivants :

- **mieux connaître** l'apport des organismes communautaires (l'ampleur, la variété, la spécificité des champs d'intervention de l'action communautaire) ;
- **favoriser** une meilleure connaissance des particularités sociodémographiques de Montréal ainsi que des besoins particuliers auxquels répondent les organismes communautaires ;
- **faire ressortir** les besoins auxquels ils ne peuvent répondre et l'incidence d'une telle situation sur les personnes rejointes et la capacité des organismes à réaliser leur mission.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a alloué une subvention au Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale) qui a agi comme mandataire pour la réalisation des travaux.

Afin de réaliser cette étude, un sondage a permis de rejoindre 295 organismes communautaires représentatifs du milieu montréalais en santé et services sociaux. De plus, 111 personnes issues du milieu communautaire et des CSSS ont été rencontrées. Les citations présentées dans ce texte provenant des entrevues de groupes servent d'illustration à nos analyses. Les détails sur la collecte de données sont présentés à l'Annexe 2.

Ce texte est une version revue et augmentée du document « Les organismes communautaires : des partenaires essentiels et dans le besoin » publié par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Chevalier, Latulippe et Nicolas, 2013). Dans le présent document, les auteurs analysent les résultats avec des données supplémentaires dont le bilan qualitatif des groupes de discussion et ajoutent des détails contextuels et de nombreuses citations des personnes ayant participé aux rencontres d'échanges.

Coordination des travaux

Le comité d'orientation « *Besoins de la population montréalaise / Organismes communautaires* » du Comité régional de liaison sur le partenariat de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal est composé des personnes suivantes :

Manon Barnabé, Direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)

Serge Chevalier, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)

Claudelle Cyr, Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM)

Lyne Duquette, Direction des programmes-services, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)

Daniel Latulippe, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale)

Diana Lombardi, Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (RAFSSS)

Julie Nicolas, Réseau Alternatif et Communautaire des ORganismes en santé mentale de l'île de Montréal (RACOR en santé mentale)

Sébastien Rivard, Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM)



MONTRÉAL

Montréal, la paradoxale

Montréal scintille. Feux d'artifice, festivals variés en toutes saisons, multitude d'événements, diversité de musées et d'offres culturelles, abondance de restaurants... Montréal brille. Et pourtant, entre deux flamboiements, il est facile de voir qu'au-delà de la fête, il y a le Montréal des gens qui y vivent.

Il suffit de marcher dans la ville, de prendre les transports collectifs, de s'aventurer en vélo ou de circuler en automobile pour découvrir le Montréal de tous les jours. Celui des enfants qui vont à l'école, des gens qui jardinent, des maisons belles et fières de leur histoire, des dizaines de personnes qui affirment leur identité dans leur choix de vêtements, des foules qui vont et viennent pour le travail...

L'île de Montréal est aussi celle des gens qui veulent se déplacer avec un fauteuil roulant, qui tâtent le sol avec une canne, qui parlent en solo à des êtres imaginaires, qui cherchent à manger, qui marchent sans répit, qui attendent sur le seuil d'un refuge pour obtenir une bonne soupe, qui ont le regard égaré dans une histoire difficile comme en témoignent leurs valises et leurs jeunes enfants inquiets...

Certains jours, il semble que Montréal va encore plus mal dans le domaine social. Les médias nous informent d'événements malheureux et de chiffres parfois alarmants. Comparée au reste du Québec, Montréal dénombrerait-elle proportionnellement plus de personnes en situation d'inégalités sociales ? La situation se dégrade-t-elle ou évolue-t-elle pour le mieux ? Avec les données mises bout à bout et analysées, on découvre que la métropole abrite tant bien que mal un nombre élevé de gens en grande difficulté.



Montréal, enquête sur un idéal

Montréal est une grande ville avec ses avantages, ses richesses et ses moyens. Montréal devrait pouvoir répondre aux besoins de ses citoyens et citoyennes les plus vulnérables.

Les organismes du milieu communautaire rejoignent principalement des personnes vivant des inégalités sociales, celles parmi les plus défavorisés économiquement. Notre analyse détaillée montre que l'effort réel du financement ne correspond pas à la situation toute particulière du milieu communautaire de Montréal.

Montréal, la nécessité conviviale

Il est temps de redonner à la portion de la population montréalaise qui est la plus désavantagée du Québec les moyens d'améliorer leur vie. Le développement et la consolidation du réseau des organismes communautaires en constituent un passage obligé afin de tisser les liens sociaux essentiels à la promotion, à la prévention et à l'amélioration de la santé.

« Métropole québécoise, Montréal présente un contexte de vie urbain qui la distingue des autres régions et dont les particularités peuvent influencer la santé de ses résidants sous plusieurs aspects. Le quart de la population québécoise, soit 1,9 million de personnes y habitent et des dizaines de milliers de personnes provenant des régions limitrophes y viennent chaque jour y travailler, y étudier ou se divertir. Vivre à Montréal c'est évoluer dans un environnement dense, tant du point de vue démographique que de celui des activités économiques. »
(Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, p. 19)



À Montréal, comme ailleurs, nombreux sont les besoins en matière de santé et de services sociaux. De multiples services et activités sont disponibles pour y répondre¹ ; ils seront institutionnels, communautaires ou privés. Une large partie d'entre eux sont structurés en réseau visant la complétude et la complémentarité. Théoriquement, la personne pourra opérer des choix pour répondre à ses besoins en fonction de critères aussi variés que la disponibilité, la proximité, les coûts, l'approche d'intervention ou d'autres encore.

Les organismes communautaires desservent plus particulièrement les personnes qui présentent des besoins auxquels le réseau public de santé et de services sociaux ne répond pas ou ne parvient pas à satisfaire et qui ne peuvent ou ne veulent se payer les services du secteur privé. Si le réseau communautaire ne parvient pas à répondre aux besoins non comblés dans la population, nombreuses seront les personnes qui, tôt ou tard, verront leur situation se détériorer ou même devenir critique.

Les personnes qui fréquentent les organismes communautaires vivent une ou plusieurs situations d'inégalité sociale, en raison de leur situation économique, tantôt à cause de leurs incapacités² physiques ou cognitives, de leur statut migratoire, de leur orientation sexuelle ou d'autres motifs encore. Plusieurs subissent les conséquences de vivre simultanément plusieurs inégalités.

Les besoins à combler s'avèrent nombreux et variés. Au cours des dernières années, les demandes d'aide faites aux organismes communautaires ont augmenté, notamment celles provenant des personnes à faible revenu, des personnes immigrantes, des personnes seules, des personnes qui ont des problèmes de logement et des personnes sans emploi, sans que ces catégories ne soient mutuellement exclusives.

Simultanément, nous observons une recrudescence des demandes en provenance des femmes, elles-mêmes souvent caractérisées par l'appartenance à plusieurs de ces catégories.

1. Le réseau de la santé et des services sociaux de la région administrative de Montréal dispose d'un budget annuel de six milliards de dollars. Dans toute sa complexité, on compte sur son territoire 86 établissements dont 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS), 15 hôpitaux de soins généraux et spécialisés, 4 hôpitaux psychiatriques, 12 centres de réadaptation, 2 centres jeunesse, 40 centres d'hébergement non rattachés à un CSSS, plus de 400 cliniques ou cabinets médicaux et un très grand nombre d'organismes communautaires (dont 656 ont été invités à participer à notre sondage).

2. L'incapacité est définie comme étant des limitations d'activités ou des restrictions à la participation qui découlent d'un état, d'une condition ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée. Tiré de *Vivre avec une incapacité au Québec, Un portrait statistique* à partir de l'enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006 de l'Institut de la Statistique du Québec.

Devant cet accroissement des demandes, les organismes communautaires ont réagi et tenté de s'adapter au mieux. Ils ont cherché de nouvelles sources de financement et certains en ont trouvé. Ils sont davantage mis en réseau entre eux et avec leur milieu, et ils ont mieux coordonné leurs efforts. Ils ont accru, quand les budgets l'ont permis, leur personnel, surtout les bénévoles. Dans plusieurs cas, ils se sont même résolus à instaurer ou à davantage utiliser des mesures draconiennes (générer ou augmenter leur déficit) et même à poser des gestes qu'usuellement ils décrient (créer ou allonger des listes d'attente ou recourir à la tarification de leurs activités et services). Les trois quarts des organismes communautaires ont ainsi réussi à augmenter, en quantité et en diversité, leur offre d'activités et de services.

Même si ces efforts ont concouru à une surcharge de travail et, dans plusieurs situations, à un épuisement des personnes qui œuvrent dans le milieu, le résultat n'est pas résolument encourageant en regardant les besoins qui subsistent, principalement en matière de revenu des citoyens, de l'isolement et de la solitude des personnes, de l'emploi, du logement et de l'inclusion sociale.

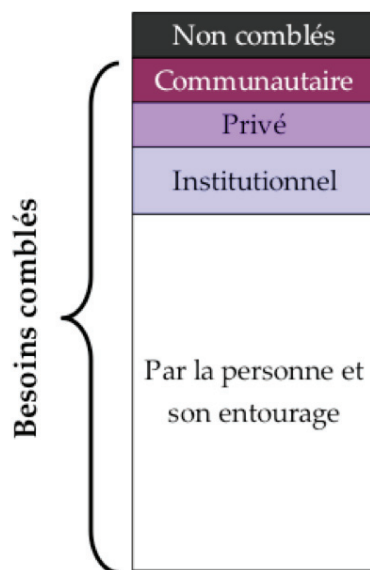
De fait, il faudrait augmenter du tiers les budgets globaux actuellement disponibles.

COMMENT LES PERSONNES RÉPONDENT-ELLES À LEURS BESOINS ?

Lorsque le réseau public ne suffit pas à satisfaire les besoins en matière de santé et de services sociaux, les personnes démunies ou vivant en situation d'inégalités sociales ont un nombre limité de recours.

Le réseau communautaire constitue une ressource essentielle pour de nombreuses personnes. Si ce dernier ne parvient pas à combler suffisamment les besoins exprimés, la situation pourra davantage se dégrader et même devenir critique.

Selon Chevalier (2011), les besoins de santé d'une population peuvent être comblés de différentes manières simultanément. La plupart des besoins d'une population sont comblés par les personnes elles-mêmes (ou leur réseau personnel).



Les proportions varient selon les personnes et la nature des besoins (Chevalier, 2011)

Les services publics ne couvrent pas l'ensemble des besoins susceptibles de se présenter dans une population, non plus qu'ils ne rencontrent l'entièreté des besoins dans les domaines où ils présentent une offre de services.

Dans ces conditions, une personne qui estime que ses propres ressources et celles du réseau public ne répondent pas adéquatement à ses besoins envisagera, si elle en a les capacités financières, de recourir aux services privés. Les personnes qui n'en ont pas les moyens peuvent aussi faire appel aux services communautaires, s'ils sont disponibles géographiquement et accessibles financièrement. De plus, les personnes choisissent aussi les organismes communautaires pour la qualité des services, pour une approche différente, pour les valeurs véhiculées ou pour différentes raisons.

S'il subsiste encore des besoins après avoir épuisé les recours personnels, publics, privés et communautaires, nous sommes alors en présence de besoins non comblés.

Ces besoins non comblés contribuent à dégrader davantage la situation des personnes qui les subissent et, à terme, exacerbent la pression sur les familles et leurs proches, sur le milieu communautaire ainsi que sur les services publics, notamment les services hospitaliers d'urgence.



LES ORGANISMES REJOignent LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Les personnes qui utilisent les activités et les services des organismes communautaires sont, le plus souvent, des femmes, des personnes dont le revenu est inadéquat pour subvenir aux besoins de base ainsi que des personnes seules.

Même si la plupart des organismes communautaires compilent certaines données, il n'existe pas de système régional de compilation d'informations pour décrire l'ensemble des caractéristiques des personnes qu'ils rejoignent. Au meilleur de leur connaissance, les organismes ont estimé les sous-groupes qui constituent une portion importante des personnes rejointes.

Ceux les plus souvent identifiés sont les femmes (85 % des organismes), les personnes dont le revenu est inadéquat, dont les personnes à faible revenu (83 %).

Les résultats des groupes de discussion confirment que les organismes communautaires rejoignent principalement les personnes vulnérables qui vivent et subissent les inégalités sociales et de santé. Ainsi, les personnes rejointes ont pour point commun de souffrir d'une forme d'exclusion sociale. De plus, le cumul des vulnérabilités fait aussi l'unanimité pour toutes les personnes rencontrées.

*« C'est sûr que les gens qui viennent chez nous sont principalement des gens qui sont plutôt à faible revenu, qui ont beaucoup d'isolement et pas d'emploi. » **Organisme communautaire***
OEP 2012³

*« Souvent la clientèle des organismes communautaires, c'est majoritairement des femmes, défavorisées sur le plan matériel, social... Donc ça vient vraiment rejoindre le portrait que l'on avait. Ça confirme que les organismes communautaires sont toujours, pour moi, les organismes de première ligne auprès des populations les plus vulnérables. Donc ça vient comme reconfirmer ça ! De ce point de vue là, c'est intéressant aussi de voir que le milieu communautaire continue à jouer son rôle principal, qui est de soutenir les populations plus vulnérables, des fois des populations qui sont non rejointes par le milieu institutionnel ou d'autres types d'organisation. Oui, je trouve que ça vient appuyer vos efforts éventuels pour le financement des organismes. » **CSSS***
OEP 2012

3. Dans ce texte, l'acronyme « OEP 2012 » signifie que les données sont issues des groupes de discussion du Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : On en parle !

Tableau 1. Proportion des organismes (%) pour lesquels les sous-groupes suivants représentent au moins 25 % personnes rejointes

Sous-groupes de la population	Population rejointe♦	
	Organismes (%)	n*
Femmes	85,1	281
Faible revenu	83,4	241
Sans emploi	83,0	235
Assistance sociale	80,0	225
Personnes seules	77,6	219
Faiblement scolarisées	68,9	225
Hommes	66,4	253
Problèmes de logement	57,9	195
Travail précaire	54,1	207
Vivant en logement social	52,5	204
Personnes immigrantes	48,9	262
Supplément de revenu garanti	47,5	141
Familles monoparentales	47,5	179
Incapacité – santé mentale	46,2	225
Minorités visibles	43,0	263
Jeunes	42,7	211
Personnes âgées	39,4	216
Enfants	38,4	172
Au chômage	30,6	186
Perte d'autonomie liée au vieillissement	25,8	194
Problèmes judiciaires	24,5	139
Incapacité physique	23,8	214
Personnes en situation d'itinérance	19,4	165
Personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	18,2	88
Personnes utilisatrices de drogues injectables ou inhalables (UDII)	17,9	112
Incapacité intellectuelle ou TED	15,6	173
Ne parlant ni français, ni anglais	14,7	225
Personnes analphabètes	12,8	149
Personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres (LGBT)	11,5	130

♦Proportion des organismes (%) dont le groupe de population atteint plus de 25 % des personnes rejointes. Source : PMC 2012⁴.

*Dans tout le document, le n représente la taille d'échantillonnage, soit le nombre de répondants ayant fourni une réponse à la question.

4. Dans ce texte, l'acronyme « PMC 2012 » signifie que les données sont issues du **sondage** du Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : Résultats quantitatifs complets.

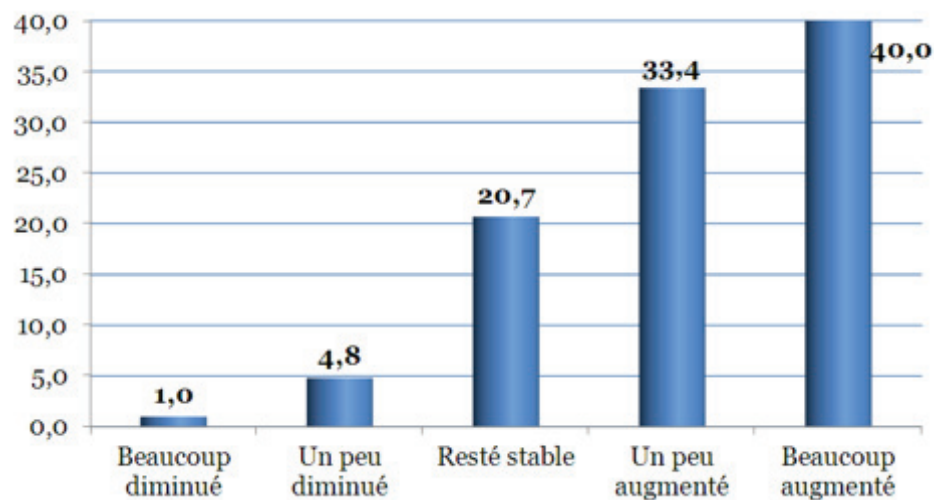
LES DEMANDES AUPRÈS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AUGMENTENT

73 % des organismes communautaires estiment rejoindre davantage de personnes qu'il y a trois ans.

L'amplification de la demande s'avère davantage notable dans le cas des personnes à faible revenu, des personnes immigrantes, des personnes seules, des femmes et des personnes aux prises avec un problème de logement.

Autre fait, ce sont 73 % des organismes communautaires qui estiment rejoindre davantage de personnes qu'il y a trois ans (Figure 1).

Figure 1. Évolution du nombre de personnes rejointes par les organismes communautaires au cours des trois dernières années



n = 290. Source : PMC 2012

Tous les groupes de discussion ont permis de confirmer l'augmentation des demandes. L'état des personnes rejointes semble en effet en détérioration au niveau des besoins de base (revenu, alimentation, etc.). On observe également l'apparition de nouveaux besoins (vieillesse, comorbidité, isolement, santé mentale...). La singularité montréalaise provient aussi des besoins des personnes issues des communautés culturelles.

Tableau 2. Proportion des organismes (%) qui ont observé un accroissement important des demandes selon les groupes de population

Groupes de la population	Augmentation importante de la demande	
	Organismes (%)	n
Faible revenu	58,0	212
Personnes immigrantes	55,8	260
Personnes seules	54,1	218
Femmes	51,9	270
Problèmes de logement	51,1	184
Assistance sociale	49,8	211
Sans emploi	49,5	210
Incapacité - santé mentale	46,7	214
Minorités visibles	45,4	249
Travail précaire	44,0	207
Hommes	42,0	255

Source : PMC 2012.

Plus de la moitié des organismes communautaires, ce qui est très significatif de la réalité montréalaise, ont noté une augmentation importante des demandes provenant de personnes à faible revenu, des personnes immigrantes, des personnes seules, des femmes et des personnes aux prises avec un problème de logement (Tableau 2). De plus, ces demandes supplémentaires proviennent de catégories de personnes qui, déjà, constituaient la plus vaste portion des personnes rejointes.

Dans les rencontres avec les personnes des CSSS, elles ont confirmé avoir les mêmes perceptions d'une augmentation et d'une complexification des besoins sur leur territoire.

« La santé mentale aussi, les gens vraiment, les très, très démunis en santé mentale, c'est les organismes qui font du dépannage alimentaire qui les voient ! Moi, j'étais surprise parce que j'accompagnais des fois des familles dans des organismes le 1^{er} du mois, puis qui je voyais là ? C'était des gens que l'on ne voyait jamais au CLSC, que l'on ne voyait même pas sur la rue ! Ils sortaient une fois par mois pour aller à leur dépannage alimentaire ! Et c'était des gens qui avaient des problèmes d'isolement important, des problèmes de santé ou de santé mentale importants, tu les voyais juste là... J'étais surprise parce que je travaillais dans le CLSC depuis bien des années, puis on était à trois coins de rue, puis on ne les voyait jamais ces personnes-là. Ils ne venaient jamais au CLSC ces gens-là ! » CSSS
OEP 2012

LE MILIEU COMMUNAUTAIRE S'ADAPTE AUX NOUVELLES RÉALITÉS ET AUX BESOINS CROISSANTS

73 % des organismes communautaires sont parvenus à augmenter leur offre d'activités et de services.

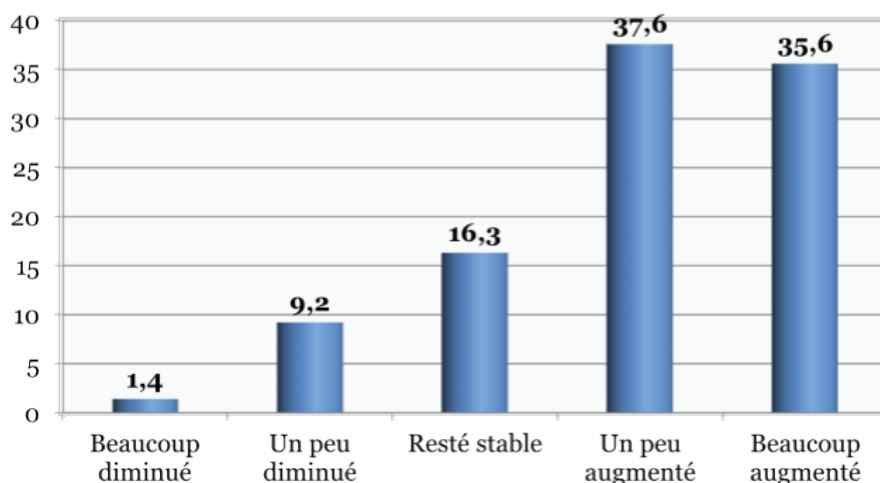
Ils ont cherché de nouvelles sources de financement et le tiers en a trouvé.

Ils ont davantage réseauté entre eux et avec leur milieu, et ils ont mieux coordonné leurs efforts. Ils ont accru, quand les budgets l'ont permis, leur personnel, surtout les bénévoles.

Dans plusieurs cas, ils se sont même résolus à instaurer ou à davantage utiliser des mesures draconiennes (générer ou augmenter leur déficit) et même à poser des gestes qu'usuellement ils décrient (créer ou allonger des listes d'attente ou recourir à la tarification de leurs activités et services).

Dans ces conditions, comment a évolué l'offre d'activités et de services? Eh bien, les trois quarts (73 %) des organismes communautaires ont réussi à augmenter leur offre d'activités et de services (Figure 2).

Figure 2. Évolution des activités et services des organismes communautaires au cours des trois dernières années



n = 295. Source : PMC 2012.

Même les groupes communautaires qui estiment que le nombre de personnes rejointes est demeuré stable ou a décliné au cours des trois dernières années ont augmenté leur offre ; c'est ce que 42 % d'entre eux ont réussi à faire (Tableau 3). Cet état de fait tend à indiquer que, il y a trois ans, les organismes communautaires ne parvenaient pas à répondre à toutes les demandes exprimées par les personnes rejointes.

Tableau 3. Évolution des activités et services des organismes communautaires selon l'évolution des personnes rejointes au cours des trois dernières années

	Services ont diminué	Services sont demeurés stables	Services ont augmenté	
Les personnes rejointes ont diminué (n = 30)	16,7*	23,3*	60,0	100 %
Les personnes rejointes sont restées stables (n = 48)	10,4*	47,9	41,7	100 %
Les personnes rejointes ont augmenté (n = 212)	3,3*	14,2	82,5	100 %

*Forte variabilité d'échantillonnage, à interpréter avec prudence.
Source : PMC 2012.

Pourtant, d'après les résultats des groupes de discussion, plusieurs organismes communautaires qui parviennent à augmenter leurs services ne considèrent pas répondre réellement aux besoins, mais plutôt tenter de pourvoir de façon trop ponctuelle aux besoins de base. D'ailleurs, face à l'ampleur et à la gravité des besoins non comblés, les personnes participantes des CSSS cautionnent tout à fait l'accent qui est mis par le communautaire pour répondre aux besoins essentiels d'urgence de la population.

De façon majoritaire, pour les personnes rencontrées dans les groupes de discussion, face à l'augmentation des demandes et des besoins, l'augmentation des services s'avère impossible faute de ressources !

« Je déshabille un pour habiller l'autre. Pendant que je fais ça, j'ai une liste d'attente qui augmente. » **Organisme communautaire**
OEP 2012

« On a une clientèle fixe, mais je vois la liste d'attente qui se rallonge. »
Organisme communautaire
OEP 2012

Face à la croissance des personnes rejointes, les organismes communautaires ont privilégié les stratégies d'adaptation parmi les moins dispendieuses à savoir : la création ou la consolidation des partenariats (82 % des organismes), l'augmentation des références (76 %) et l'augmentation du nombre de bénévoles (69 %) (Tableau 4). Les deux principales stratégies sont donc d'ordre structurel.

Lorsque les budgets l'ont permis ou en se réorganisant, certains organismes communautaires ont choisi de développer leurs services (67 %) ou de les renforcer (66 %).

Tableau 4. Proportion des organismes (%) qui ont appliqué des adaptations selon les stratégies retenues, parmi les groupes ayant noté une croissance des personnes rejointes

Stratégies d'adaptation	Organismes (%)	n
Créer ou consolider des partenariats	82,1	179
Augmenter les références	76,0	179
Augmenter le nombre de bénévoles	69,1	181
Créer de nouveaux services	67,0	185
Renforcer les services existants	66,0	188
Augmenter le nombre d'employés	59,0	178
Créer ou allonger une liste d'attente	58,8	153
Générer ou augmenter le déficit	48,6	177
Mettre en place ou augmenter les tarifs	31,7	139

Source : PMC 2012.

Les adaptations les moins prisées sont celles qui limitent l'accès des personnes en besoin (tarification et liste d'attente) ; elles sont souvent appliquées à contrecœur et en dernier recours. Dans bien des cas, les organismes se questionnent aussi sur le risque de se substituer aux services publics. Finalement, près de la moitié des organismes ont généré ou augmenté leur déficit – une mesure qui, à terme, peut mettre en péril leur survie même. Ces efforts ont aussi eu un prix, les ressources en place ont été surtaxées, tutoyant parfois l'épuisement.

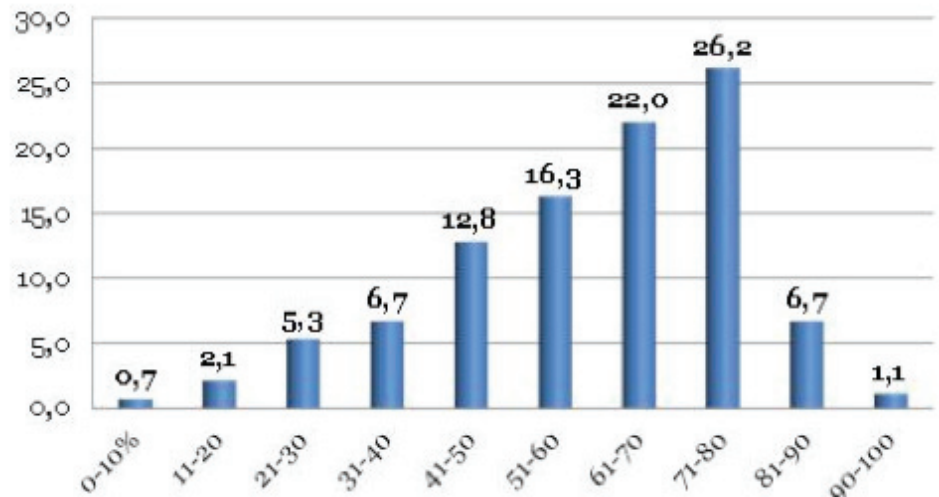
TOUS CES EFFORTS SONT INSUFFISANTS, NETTEMENT INSUFFISANTS

Globalement, les organismes communautaires estiment répondre à moins des deux tiers (62 %) des besoins formulés par les personnes qui font appel à eux.

Les réponses font défaut surtout en matière de revenu, de réduction de l'isolement, d'emploi, de logement et d'inclusion sociale.

En moyenne, les organismes communautaires estiment leur capacité à répondre aux demandes à 62 % (Figure 3). Et plus du quart des organismes (27,6 %) considèrent leur capacité inférieure à 50 %.

Figure 3. Distribution des organismes selon leur capacité (estimée en pourcentage) à répondre aux demandes reçues



n= 282. Source : PMC 2012.

Pour les personnes rencontrées dans les groupes de discussion, l'accumulation des obstacles que le milieu communautaire connaît, finit par limiter les capacités d'action des groupes qui agissent alors dans un mode survie !

« Ce que j'entends beaucoup dans les échanges avec les organismes communautaires, c'est une recrudescence, davantage de demandes au niveau des besoins de base, se vêtir, manger, se loger. C'est vraiment énorme ! Et aussi, c'est beaucoup plus complexe les situations que ça l'était par le passé. Ça fait plusieurs années, mais on voit la tendance qui s'accroît, et je pense aussi le sentiment d'impuissance. » **CSSS**
OEP 2012

Compte-tenu des activités et des services offerts tant par le réseau public que par les organismes communautaires, ces derniers estiment que beaucoup de besoins subsistent dans tous les domaines (Tableau 5).

« Les besoins non satisfaits, ça aussi, il en reste tout de même plein. La demande augmente à un point que l'on ne peut plus fournir ! Même plus que ça, en plus c'est dilué, ce que l'on peut offrir, c'est dilué ! Il y en a tellement qu'il faudrait que l'on soit plus, même pour le nombre que l'on a déjà. [...] Nous, notre marge de manœuvre sur le terrain n'augmente pas, mais les services que l'on doit offrir et la clientèle que l'on va toucher augmentent. Donc on doit diluer nos services ! On n'a plus de temps de vraiment aller spécifiquement, on reste un peu dans le global. » **Organisme communautaire**
OEP 2012

Les trois quarts des organismes communautaires considèrent qu'il reste beaucoup de besoins à combler en matière de revenu. Environ les deux tiers considèrent largement insuffisantes les ressources consenties pour faire face aux problèmes d'isolement, d'emploi, de logement et d'inclusion sociale. En fait, le milieu communautaire concentre de plus en plus souvent ses énergies à répondre aux besoins essentiels d'urgence.

Tableau 5. Proportion des organismes (%) qui notent beaucoup de besoins non satisfaits chez les personnes qu'ils rejoignent selon la nature des besoins

Besoins non comblés	Organismes (%)	n
Revenu	73,7	247
Isolement / solitude	71,2	267
Emploi	66,8	220
Logement	64,3	252
Inclusion sociale	62,2	249
Santé mentale	60,3	239
Alimentation	57,5	259
Soutien à domicile	56,4	195
Transport	53,5	254
Soutien aux proches aidants	50,9	175

Source : PMC 2012 – « À quel point les gens semblent avoir des besoins non satisfaits ? » – réponse : beaucoup.

Les personnes participantes aux groupes de discussions ont confirmé la justesse du portrait des besoins non comblés dans la population tel que dressé par le sondage. Les personnes participantes du communautaire et des CSSS établissent un lien direct entre les besoins non comblés de la population et les capacités d'action du réseau public. De plus, les CSSS ont apporté un éclairage territorial sur nos données. Neuf CSSS ont mis en cause la pénurie d'organismes communautaires sur leur territoire, qui a pour conséquence la présence de nombreux besoins non satisfaits. De même, les problèmes de financement que rencontrent les organismes communautaires de leur territoire ont été spontanément nommés par les participantes des CSSS au moment de parler des besoins non comblés dans la population.

[À propos des besoins non comblés] « Je trouve que ça correspond à la réalité, il n'y a pas énormément de grandes surprises, pour moi, quand on parle de revenu, de logement, d'alimentation, de transport, ça reste encore la question de la pauvreté ! Pour moi, c'est le nœud de la chose. Je ne ferais pas un grand discours là-dessus, mais la redistribution de la richesse, je ne sais pas comment est-ce qu'on peut faire ça. Je ne sais pas si on a notre rôle à jouer là-dedans en tant qu'institution en santé et services sociaux. Mais c'est ça ! C'est qu'il y a un appauvrissement de la population et un enrichissement d'un autre côté. » CSSS OEP 2012

DES BUDGETS SUPPLÉMENTAIRES SONT REQUIS

Même si des aménagements structurels demeurent possibles, soit en matière de concertation et de réseautage ou en d'autres domaines qui relèvent de la gouverne des organismes communautaires, les résultats, en termes d'augmentation de la capacité à fournir des réponses, ne seraient que marginalement rehaussés.

Les organismes communautaires estiment que, pour rencontrer plus adéquatement les besoins de la population, une hausse de leur budget global de l'ordre de 134 000 \$, en moyenne, s'avère nécessaire. Une telle majoration se traduit à l'échelle montréalaise par une bonification des sommes accordées de 88 000 000 \$.

En termes d'aménagements structurels, l'emploi du temps des organismes communautaires semble globalement quasi optimisé. Le temps passé à la gestion du personnel (rémunéré et bénévole), au réseautage, aux activités collectives et à la défense des droits correspond à ce qu'ils souhaitent investir dans ces sphères. Seul le temps présentement accordé à la recherche de financement et à la reddition de comptes (15 %) surpasse le niveau du désirable (8 %). Le temps récupéré à ce poste serait entièrement investi dans les activités et les services auprès des personnes.

Les solutions se trouveraient principalement au niveau du financement...

« Les trucs qu'on dit qu'on essaye de développer : faire plus avec le même montant, ça vient nous dire, regarde, on peut faire plus, mais on ne peut pas aller aussi loin que l'on voudrait aller si on avait plus les moyens. » **Organisme communautaire**
OEP 2012

En moyenne et toutes sources confondues, les organismes communautaires sont financés annuellement à hauteur de 426 000 \$ (Tableau 6). Toujours en moyenne, ces mêmes organismes communautaires estiment qu'il leur faudrait 560 000 \$ pour répondre adéquatement aux demandes auxquelles ils font face. Le manque à gagner, selon les organismes communautaires, s'élève ainsi, en moyenne, à 134 000 \$ par organisme, soit 31,4 % du budget moyen. Sur la base des 656 organismes visés par nos travaux cela correspond à 88 000 000 \$.

« On est dans une position à se demander : jusqu'où on continue à le faire sans être rémunéré ? C'est tout ça le dilemme. »

Organisme communautaire
OEP 2012

Tableau 6. Revenus globaux actuels et revenus globaux souhaités pour rencontrer les besoins de la population

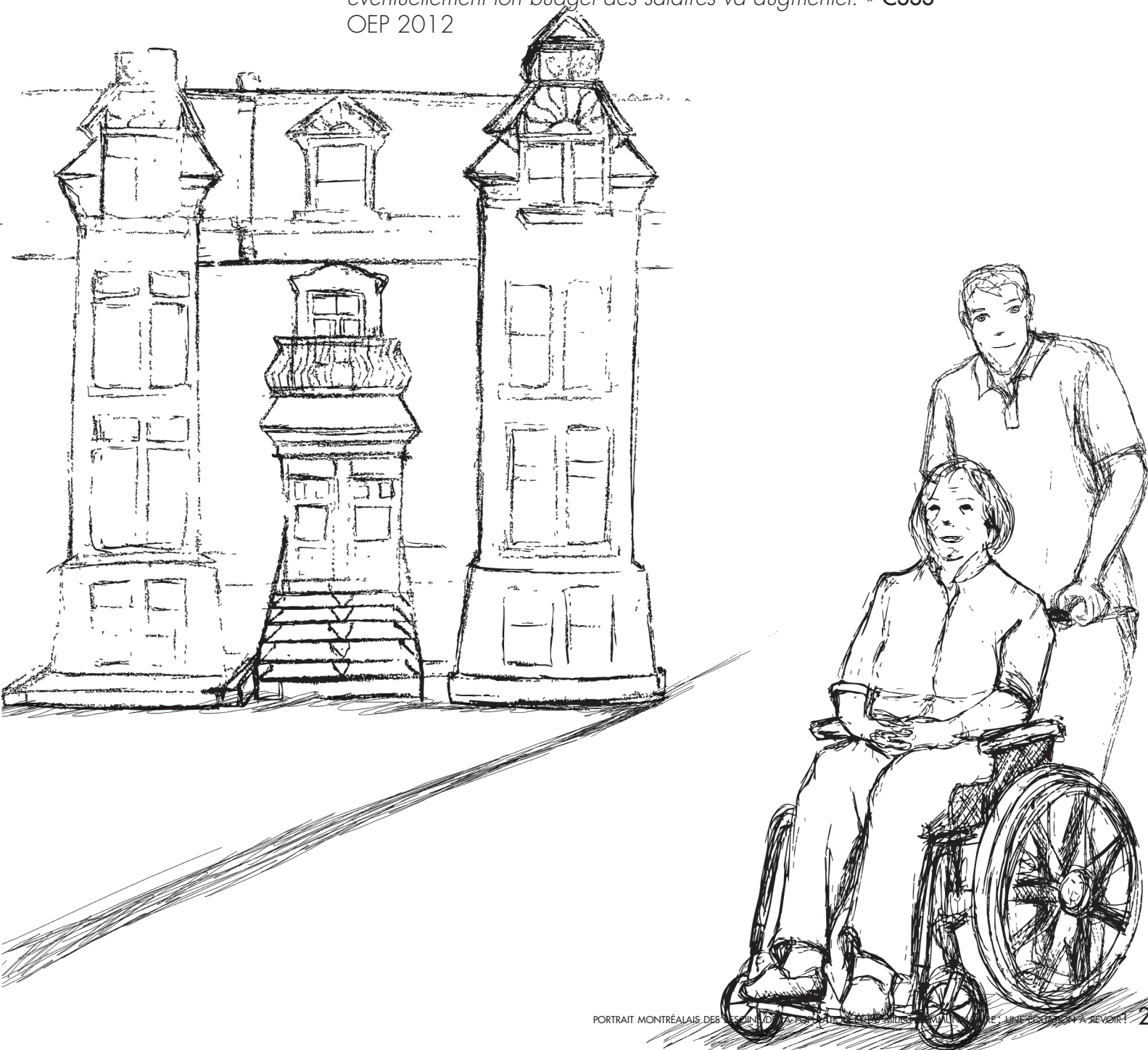
	n	Moyenne	Médiane
Revenus actuels	286	426 000 \$	268 000 \$
Revenus souhaités	280	560 000 \$	369 000 \$
Souhaités – actuels (\$)		134 000 \$	91 000 \$ ♦
Souhaités – actuels (%)		31,4 %	33,7 %

♦ La médiane a été recalculée plutôt qu'obtenue par soustraction.
Source : PMC 2012.

Il faut savoir que les budgets moyens diffèrent considérablement selon la mission des organismes, selon leur rayonnement (local, régional ou suprarégional) ou encore selon les populations rejointes.

Pour les personnes participantes aux groupes de discussion, les organismes communautaires souffrent d'un manque de financement à la mission. Unaniment, elles considèrent que la prépondérance du financement par projets nuit aux organismes en entraînant leur insécurité et leur déstabilisation. Lors des rencontres, les enjeux du financement par projets ont ainsi été abondamment discutés. De plus, toutes les personnes participantes ont établi un lien direct entre les problèmes de financement et ceux rencontrés au niveau de la gestion des ressources humaines : fort taux de roulement, problème de la relève, enjeu de la professionnalisation, concurrence du réseau public...

*« On parlait tantôt de la problématique du roulement de personnel. Une des choses qui fait que tu gardes ton monde, c'est que tu offres des conditions salariales intéressantes qui incluent des augmentations de salaire de temps en temps ! Fait que même en n'augmentant pas ton nombre d'employés, éventuellement ton budget des salaires va augmenter. » CSSS
OEP 2012*



D'AUTRES AMÉNAGEMENTS SERAIENT UTILES AU CHAPITRE DU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

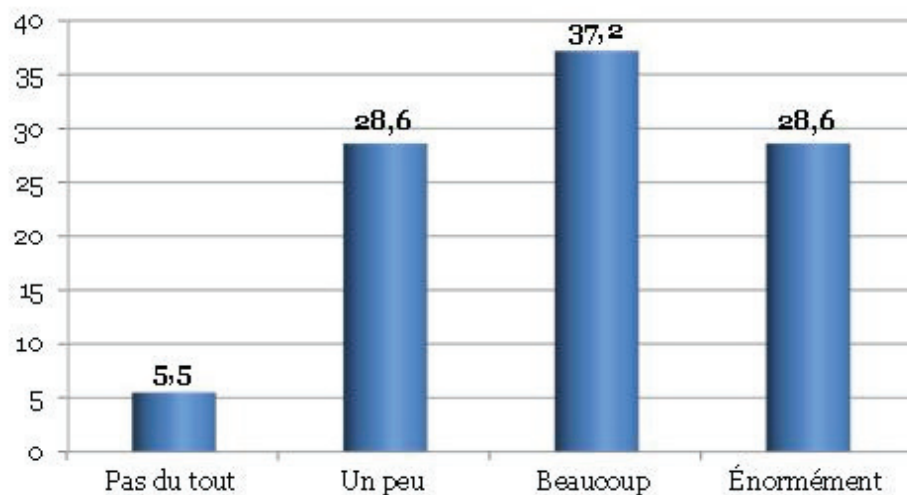
Les difficultés rencontrées pour l'obtention d'un financement de base, de subventions de développement, la part récurrente en diminution de ces fonds, ainsi que le grand nombre de bailleurs de fonds différents par organisme fragilisent leurs capacités d'action. D'ailleurs, plusieurs de ces irritants avaient déjà été identifiés par le milieu communautaire montréalais (Rivest, 2011).

De fait, certaines aspérités structurelles pourraient être aplanies afin de réduire des irritants et permettre un meilleur fonctionnement des organismes communautaires.

Pourtant, l'implantation de mesures propres à résorber les irritants permettrait une majoration des activités offertes sans pour autant combler le gouffre actuel avec les besoins exprimés.

Déjà, les deux tiers des organismes communautaires (66 %) estiment qu'il est ardu d'obtenir le financement de base à la mission (Figure 4). Plus encore, 83 % constatent la difficulté d'obtenir du financement pour le développement – alors même que croît la demande de soutien de la population auprès d'eux (Figure 5).

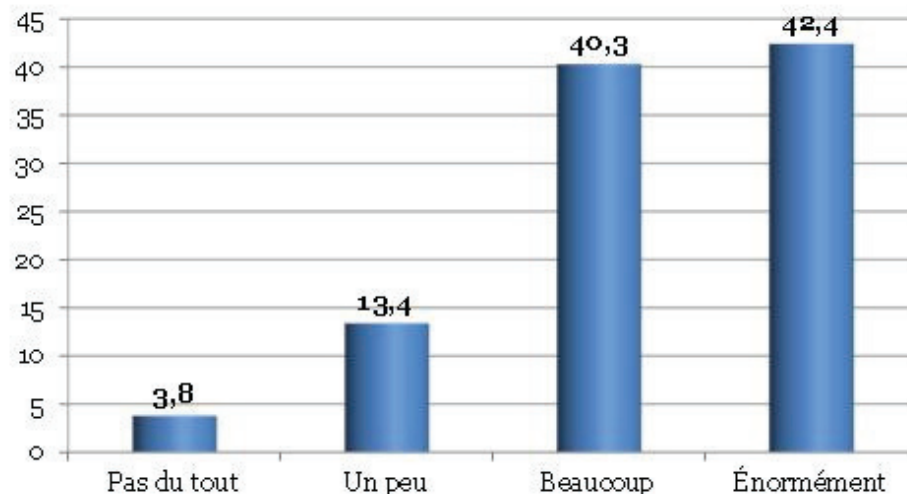
Figure 4. Niveau de difficulté pour les organismes communautaires pour le financement de leur fonctionnement de base



n= 290. Source : PMC 2012.

« Il faudrait un financement de base suffisant pour que l'on n'ait pas à multiplier les projets [...] Ça nous fait travailler beaucoup, beaucoup, beaucoup... Ben oui, d'avoir plusieurs bailleurs de fonds, donc celui-ci demande son rapport tel mois, l'autre telle année, tel, tel... Je dirais même des fois, moi, je trouve ça souffrant ! » **Organisme communautaire**
OEP 2012

Figure 5. Niveau de difficulté pour les organismes communautaires pour le financement de développement



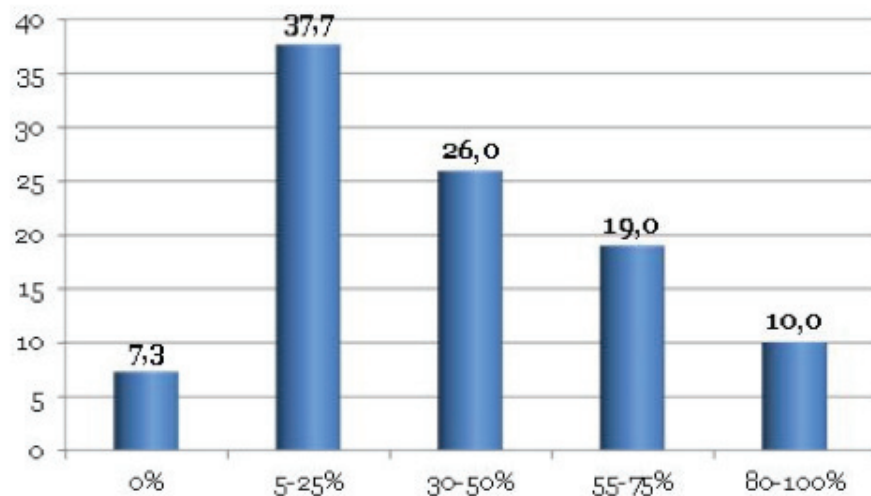
n= 290. Source : PMC 2012.

« A-t-on vraiment espoir de créer quelque chose maintenant ? Les organismes sont en mode survie. Il passe, les directeurs, les trois quarts de leur temps à essayer de faire des demandes de subventions pour aller prendre... tu sais, c'est quasiment des grenailles là, c'est ridicule, 4 ou 5 milles d'un bord, 3-4 de l'autre... C'est rendu un art ! » **CSSS**
OEP 2012

Ainsi, la part du financement non-récurrent atteint 38 % en moyenne (médiane à 30 %) (Figure 6). Or, cette source éventuelle influe directement sur les efforts à consentir annuellement pour trouver du financement et sur la stabilité des organismes communautaires – notamment en matière de recrutement et de rétention de personnel et d'expertise.

« Toutes ces demandes-là demandent des nouveaux projets. Cela fait qu'à chaque fois que l'on fait une demande de montant supplémentaire, ben il faut appuyer ça par un projet qui va demander du temps aussi à l'équipe. On se retrouve finalement avec plus d'argent, mais encore plus de choses à faire ! »
Organisme communautaire
OEP 2012

Figure 6. Proportion des organismes (%) selon la part du financement annuel total correspondant à du financement non récurrent (projets / ententes de services)

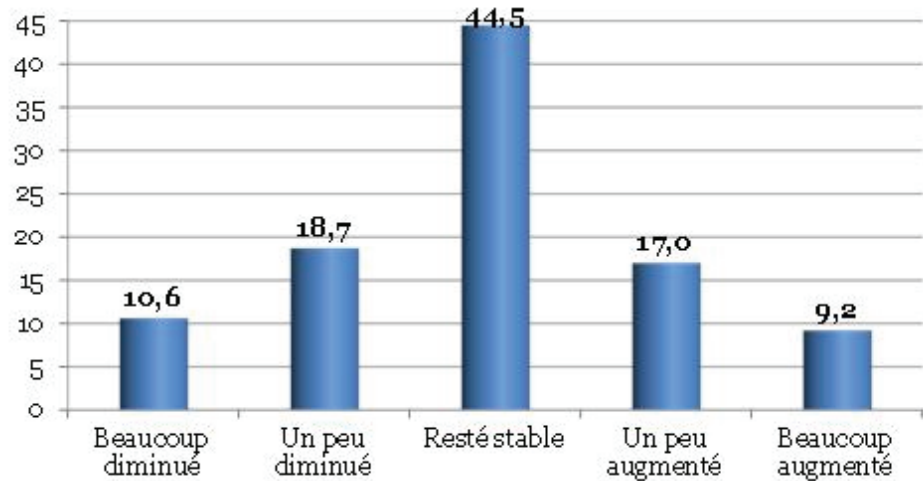


n= 289. Source : PMC 2012.

« Moi, j'ai rempli je ne sais pas combien de documents, sans que jamais personne qui s'occupait de ça vienne visiter mon organisme. Tu veux que je remplisse ton document qui est plate, je vais le faire, mais que tu viennes au moins nous visiter ! Parce que je suis honnête, comme tu dis on est honnête, mais je pourrais lui dire de la b*** puis il ne le saurait pas parce qu'il ne vient jamais. Ils ne viennent pas puis ils ne savent pas, fait que leurs documents, c'est basé sur quoi ? » **Organisme communautaire**
OEP 2012

Qui plus est, le quart (26 %) des organismes communautaires ont vu enfler la part de ce financement incertain (Figure 7).

Figure 7. Évolution, au cours des trois dernières années, de la proportion non-récurrente du budget global des organismes communautaires

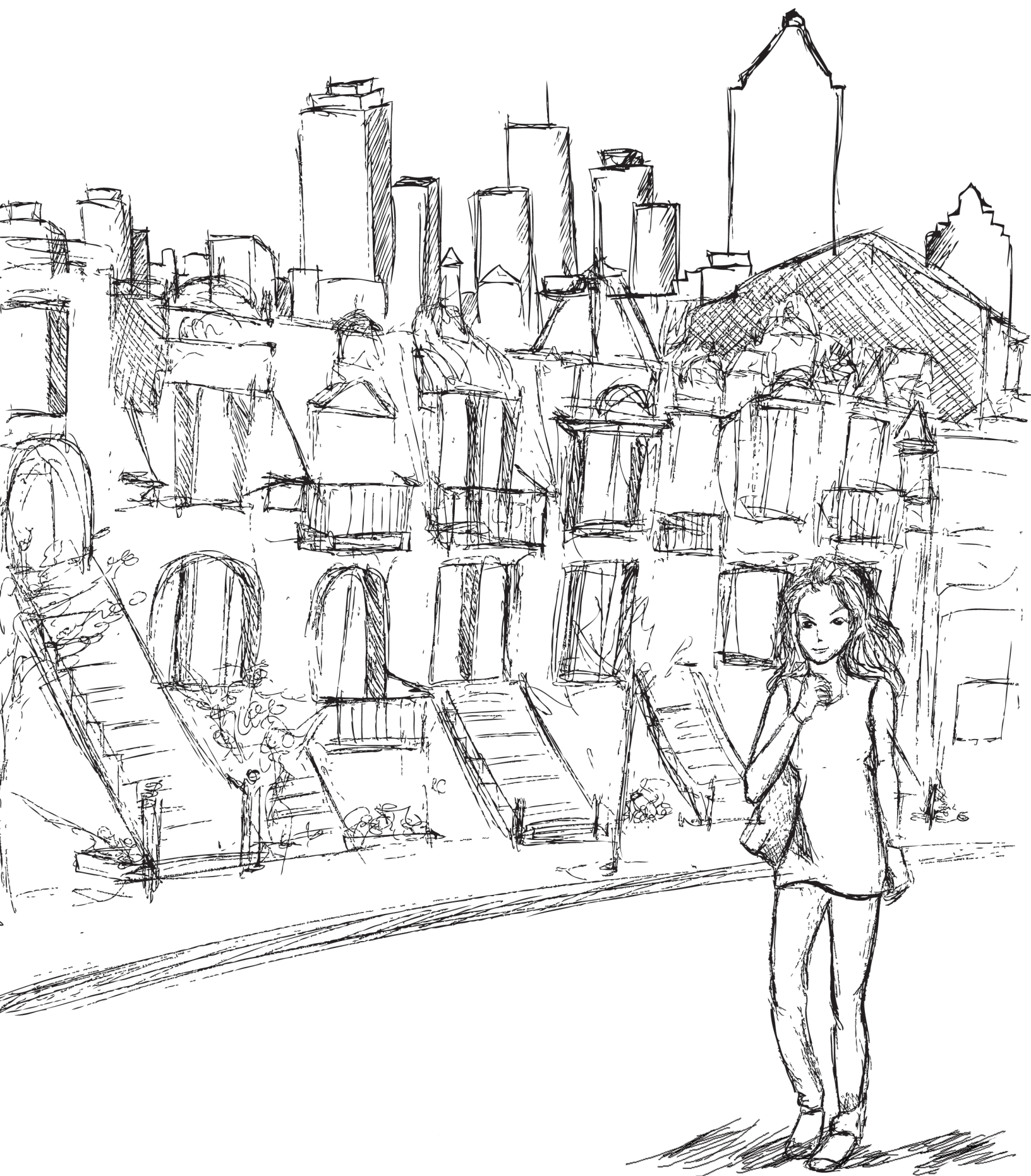


n= 283. Source : PMC 2012.

Finalement, le nombre de sources de financement atteint en moyenne la valeur de 7,7 bailleurs de fonds différents par organisme (Figure 8). Ce qui ne présume en rien du nombre de sources sollicitées, mais qui, par ailleurs, fournit une indication sur les efforts à consentir en matière de reddition de comptes ; efforts qui amenuisent les ressources disponibles pour dispenser des activités et des services.

Toutes ces observations confirment celles déjà obtenues par des travaux antérieurs du comité tripartite ASSS–CSSS–milieu communautaire (Rivest, 2011) qui identifiaient différents irritants variant selon la source de financement :

- **l'indexation** partielle ou nulle des subventions ;
- **la brièveté** de la durée des ententes ;
- **l'impossibilité** de développer des nouveaux organismes, même s'il n'en existe aucun qui rend les services proposés dans le secteur visé (parce que les budgets de développement insuffisants, sinon inexistants) ;
- **la part substantielle** du financement émanant des fondations caritatives privées ;
- **les contraintes** associées aux subventions provenant des fondations privées – par exemple, lorsque les subventions ne tiennent pas compte des coûts administratifs et de gestion ;
- **le désistement progressif** des fondations religieuses ou le développement des réseaux parallèle ;
- **les changements d'orientations** de Centraide – notamment en matière de soutien alimentaire et en santé physique.



MAIS D'OÙ PROVIENNENT LES FONDS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES MONTRÉLAIS ?

Les organismes communautaires montréalais doivent faire appel à un nombre considérable de sources de financement tant publiques que privées.

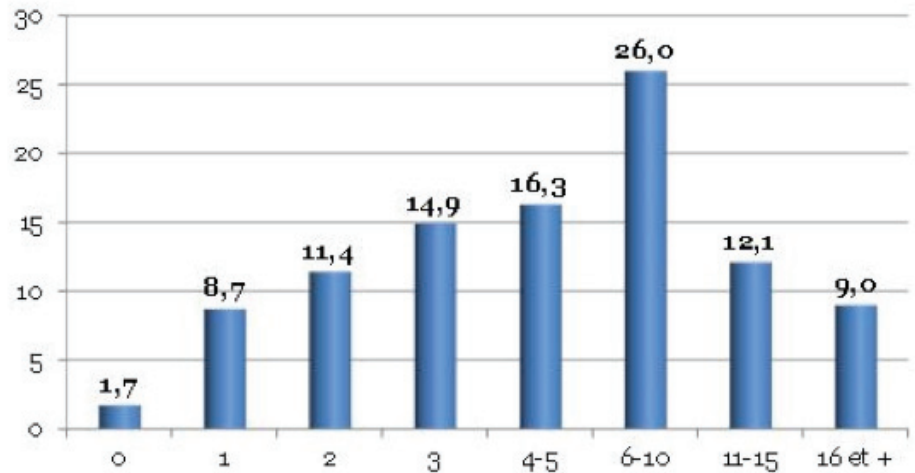
La principale source publique de financement est le gouvernement du Québec qui, en 2010-2011, a contribué à hauteur de 239 M\$, notamment par le truchement du MSSS, 109,7 M\$ – dont une portion substantielle n'est cependant pas récurrente.

Parmi les sources privées, Centraide du Grand Montréal a injecté, pour la même période, 15,8 M\$ et Avenir d'enfants 1,7 M\$ dans de nouveaux projets.

Le gouvernement fédéral, la Ville de Montréal, les arrondissements montréalais et certaines fondations privées contribuent, parfois substantiellement, au financement des organismes de la région – il s'agit surtout de sommes destinées à un programme spécifique plutôt qu'à la mission. Le détail de ces apports reste à documenter.

D'où proviennent les fonds? Comme nous l'avons vu déjà, les organismes communautaires montréalais doivent compter sur de multiples sources de financement soit près de 8 en moyenne (Figure 8). La moitié (47 %) des organismes doit recourir à au moins 6 sources distinctes de financement.

Figure 8. Proportion des organismes (%) selon le nombre de bailleurs de fonds finançant les organismes communautaires montréalais



n= 289. Source : PMC 2012.

Le financement provient de sources publiques ou privées.

Parmi les principales sources du secteur public, nous dénombrons certains ministères fédéraux, certains ministères québécois et certaines directions municipales. La répartition des fonds attribués peut varier amplement selon la source, mais globalement le principal bailleur de fonds demeure le gouvernement québécois par ses différents ministères et organismes, selon les indications fournies par le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS).

La sphère privée contribue au financement surtout par le biais des fondations privées et des dons individuels (ce qu'il est souvent convenu de nommer autofinancement).

« La notion de financement par projets, ça aussi, ça fragilise énormément. Je trouve qu'il y a une prétention de la part du gouvernement d'y aller avec un financement par projets, novateurs, non récurrents, qui vont s'autofinancer... Ça, c'est un peu rire du monde ! Moi, je n'y crois pas, ça ne marche pas ! Des problèmes qui existent depuis, pas la nuit des temps, mais [presque], ce n'est pas avec un projet sur 3 ans, qui devrait s'autofinancer au bout de sa 6^e année, que tu vas résoudre ce problème ! » CSSS

OEP 2012



LA PART DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

La part du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) occupe une place très variable dans le budget total des groupes. En moyenne, cette enveloppe récurrente destinée au soutien à la mission ne correspond qu'à 34 % du budget total des organismes !

Or, la part du PSOC demeure un élément central pour la stabilité des organismes ainsi que leur développement.

Le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) prend la forme d'une subvention de base versée dans le but de permettre à l'organisme de se doter de l'organisation minimale nécessaire à la réalisation de ses objectifs. Le montant de la subvention est déterminé en fonction des ressources financières disponibles.

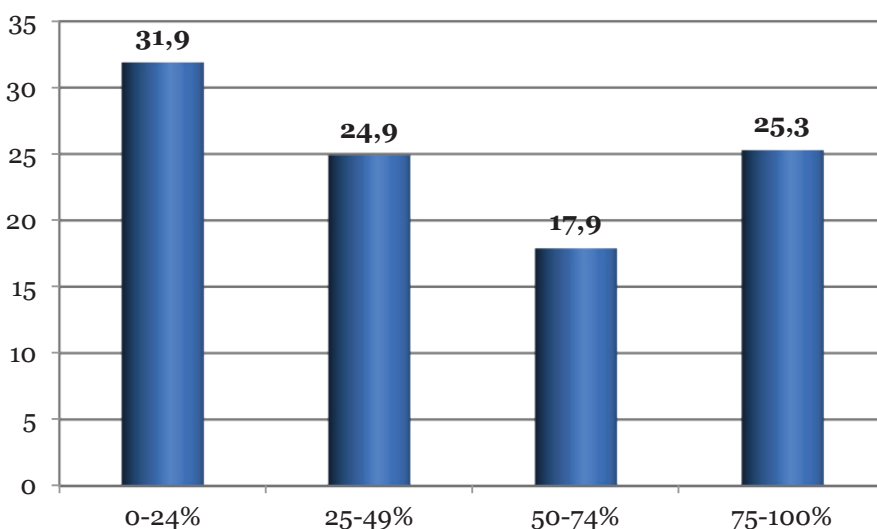
La part du financement PSOC correspond, en moyenne, à 34 % du budget total des organismes (Figure 9).

Un nombre important d'organismes communautaires reconnus dans le cadre du PSOC (8 %) ne reçoivent **aucune subvention de ce programme**.

À l'autre extrémité du spectre, des organismes communautaires (5 %) reçoivent l'entièreté de leur financement du PSOC.

Le PSOC représente la **source principale de financement** (plus de la moitié de leurs revenus) pour un nombre considérable d'organismes (43 %).

Figure 9. Proportion des organismes (%) reconnus par l'Agence dans le cadre du PSOC selon la part de la subvention PSOC dans leur budget total



n = 229. Source : PMC 2012.

« Comme organisme communautaire, lorsque tu veux faire un peu de levées de fonds pour compenser ton manque de financement à la mission globale, tu n'es pas capable. Tu te fais dire : "Ben, nous on donne à l'hôpital !" [...] Et ça, le ministère permet ça, ce genre de fondation-là ! [...] Nous, comme organismes communautaires, on doit offrir des services, on doit ramasser derrière les structures de la santé qui font bien mal leur job. Puis on est mal financé à la mission globale. On se fait dire qu'il n'y a pas de budgets de développement... [...] Puis en même temps, il y a une espèce de double financement [des institutions publiques] puisqu'il y a les fondations. »

Organisme communautaire
OEP 2012



LA PART DU FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES MONTRÉLAIS EST - ELLE ÉQUITABLE ?

La région de Montréal reçoit des subventions du gouvernement, grosso modo, à la hauteur de son poids démographique.

Une portion de cette subvention est tronquée selon une mesure de péréquation interrégionale basée sur un indice de besoin.

Les données disponibles nous permettent d'estimer la part montréalaise des budgets du gouvernement octroyés aux organismes communautaires (Tableau 7). Ainsi, la région de Montréal obtient 27,9 % des sommes attribuées aux organismes communautaires québécois par le gouvernement alors que la population montréalaise représente 24,5 % de la population québécoise. Il semble donc qu'en 2010 la région recevait un montant légèrement supérieur à son poids démographique. Par contre, pour les montants transigeant par le MSSS, la part de Montréal est seulement de 24 %.

Tableau 7. Le financement des organismes communautaires montréalais selon la source comparé à celui du reste du Québec

	Montréal	Reste du Québec
Population totale 2010 (en nombre)	1 934 000	5 973 000
Population totale 2010 (en %)	24,5 %	75,5 %
Financement gouvernement total 2010 (en dollars)	239 M	620 M
Financement gouvernement total 2010 (en %)	27,9 %	72,1 %
Financement MSSS total 2010 (en dollars)	109,7 M	347 M
Financement MSSS total 2010 (en %)	24,0 %	76,0 %

Sources : Institut de la statistique du Québec, SACAIS.

Ce calcul simple s'avère cependant biaisé à cause du nombre considérable d'organismes communautaires situés à Montréal dont la vocation est québécoise ou suprarégionale. Ainsi, en retirant du calcul les organismes à vocation nationale la part montréalaise se réduit à 25,0 %. Si, de plus, nous ajustons cette somme pour la portion « extra montréalaise » des organismes qui ont une vocation suprarégionale, nous nous rapprocherions encore davantage d'une distribution des subventions au pro rata de la population. Cela, sans compter non plus les personnes résidant hors de la région qui fréquentent les organismes montréalais.

De plus, depuis de nombreuses années, les décisions de financement s'appuient sur un indice de besoin. Selon cet indice, la région de Montréal serait largement suravantagee par rapport aux autres régions. Année après année, le financement en santé et services sociaux de Montréal se voit systématiquement défalquer d'une portion de budget à être redistribuée aux autres régions.

Montréal c'est plus, Montréal c'est moins. À la fois plus de richesses et davantage d'inégalités.

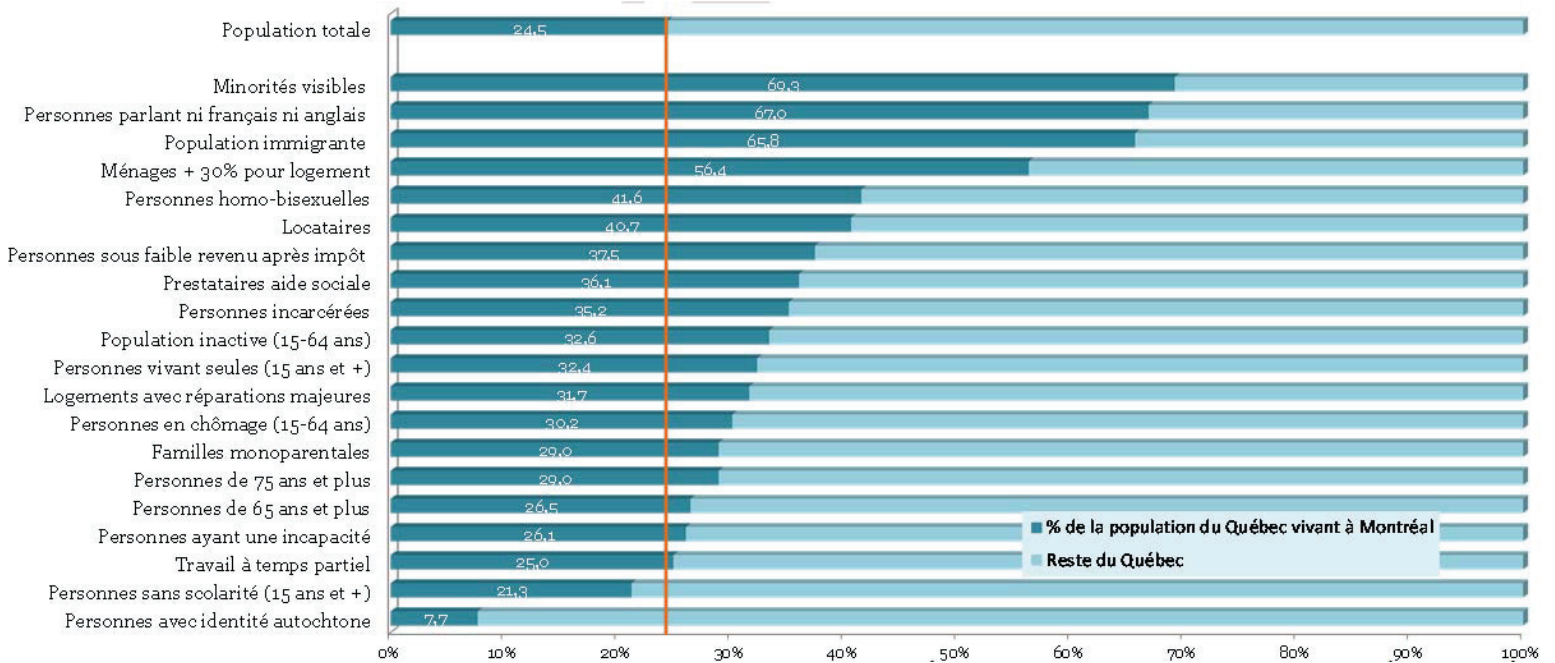
Les inégalités sociales sont souvent considérablement plus marquées à Montréal. Il en découle que les demandes auprès des organismes communautaires de la région correspondent à l'ampleur, la nature et au cumul de ces inégalités.

Or, dans le cas du financement des organismes communautaires, l'utilisation d'un indice développé principalement pour rendre compte des besoins d'une population entière semble nettement inappropriée. Comme nous l'avons déjà amplement démontré, les personnes qui fréquentent les organismes communautaires sont celles qui présentent et qui cumulent des inégalités sociales. Ainsi, l'indice retenu pour guider les décisions en matière de financement des organismes communautaires devrait refléter spécifiquement les besoins de ces sous-groupes vulnérables.

« L'autre perception de la pauvreté, c'est de créer des groupes communautaires. Tu disais qu'il n'y en a pas beaucoup ! On m'avait déjà dit au conseil de ville que : "Créer des groupes communautaires, ça attirait des pauvres dans la communauté !" Fait que si tu n'en crées pas, tu n'en auras pas ! Ils vont rester [ailleurs] [Rires]. Ils ne viendront pas [ici] [ton ironique]. Ça, c'est une perception très conservatrice d'une époque qui est maintenue chez certains notables. » CSSS, OEP 2012

En matière d'inégalités sociales, les données disponibles démontrent que, même si, en moyenne, la population montréalaise affiche souvent des résultats proches de la moyenne nationale, il s'agit souvent d'une distorsion due à la portion riche des résidents de la région – celle qui ne sollicite ni ne requiert les activités des organismes communautaires. Les inégalités sociales à Montréal, dont la pauvreté, sont souvent plus marquées qu'ailleurs au Québec (Figure 10 et Annexe 1) et sont exacerbées par certains facteurs que nous décrivons plus loin.

Figure 10. Proportion de la population (%) selon chaque déterminant d'inégalité sociale en matière de santé et selon le lieu de résidence



Sources : Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada. Des données supplémentaires sont fournies à l'Annexe 1.



Que ce soit pour remettre en question la péréquation interrégionale ou l'utilisation de l'indice Pampalon⁵, les personnes participantes des CSSS aux groupes de discussion ont confirmé la spécificité montréalaise et son sous-financement en regard des besoins de la population, en particulier pour les personnes immigrantes et issues des communautés ethnoculturelles. Ainsi, la péréquation entre les régions québécoises se fait clairement au détriment de la région montréalaise, à la fois pour le réseau communautaire et pour le réseau public. Ce serait d'ailleurs un choix politique plus qu'un artefact méthodologique. Les personnes participantes des CSSS ont aussi discuté de la pertinence des indices de défavorisation à l'échelle intra-régionale. Certains territoires ne peuvent pas prétendre à de forts taux de défavorisation, car la présence des personnes à faible revenu disparaît dans les moyennes. Une lecture basée sur les taux est injuste et défavorable à ces territoires puisqu'en termes de chiffres absolus, ils comptent parfois un plus grand nombre de personnes démunies que des territoires plus petits à plus forte densité de pauvreté. La révision des mécanismes de définition de la défavorisation et de répartition des ressources leur paraît donc souhaitable.

*« Les bailleurs de fonds, ça ne les intéresse pas ! OK ? Ils préfèrent regarder la pauvreté concentrée dans [d'autres CSSS], etc. Quand nous on regarde les pourcentages, c'est sûr qu'on est minable ! Ou au contraire on performe, il n'y en a presque pas [ton ironique]. Et quand on regarde les chiffres absolus, le nombre réel, ah ben là, c'est autre chose ! En 2006, de mémoire, il y avait 38 000, presque 39 000 personnes qui vivaient la double défavorisation, sociale et matérielle, 38 000 !!! C'est plus qu'à [autre CSSS] ! Nous, on a avantage à regarder les nombres plutôt que les pourcentages. [...] Après ça, on a eu l'occasion de discuter avec monsieur Pampalon qui, lui, disait que pour planifier, pour des gens locaux, c'était indispensable et incontournable d'avoir les chiffres ! Pour un chercheur, la valeur absolue, ça va. Mais pour des planificateurs ou des gens qui travaillent avec des planificateurs, les chiffres c'est important. Les organisateurs communautaires sont toujours en lien avec les planificateurs de santé. Ils sont toujours à revenir puis à faire ce lien-là entre la communauté et les services, c'est drôlement important ! » CSSS
OEP 2012*

5. L'Indice Pampalon est un indice de défavorisation matérielle et sociale. Il est construit à partir de six indicateurs : la proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires ; le ratio emploi/population chez les 15 ans et plus ; le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus ; la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile ; la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves ; et la proportion de familles monoparentales.

Montréal c'est tantôt plus, souvent moins. Plus de richesses côtoient davantage d'inégalités sociales :

Moins de revenus

Plus cher le logement

Plus de personnes seules

Plus de familles monoparentales

Plus de femmes en difficulté

Plus de personnes âgées

Plus de personnes avec des problèmes de santé mentale

Plus de personnes avec des incapacités physiques

Plus de personnes en situation d'itinérance

Plus de personnes avec des besoins particuliers

(UDII, LGBT et autres)

Beaucoup plus de personnes issues de l'immigration et de membres des communautés ethnoculturelles.

Bref, plus de besoins à Montréal, largement plus de besoins qu'ailleurs au Québec !

La population de Montréal voit ses besoins en santé et services sociaux en grande partie modelés par son milieu de vie, soit une réalité urbaine typique d'une métropole nord-américaine. D'ailleurs, les personnes participantes aux groupes de discussion ont abondamment étayé les données sociosanitaires et les résultats du sondage sur les besoins des personnes rejointes par le milieu communautaire à la lumière de la spécificité montréalaise.

La réalité d'un mode de vie urbain qui offre une concentration d'opportunités, mais également son lot d'obstacles.

Les principaux besoins de base que doit combler chaque individu sont de puissants déterminants de la santé : revenu, transport, alimentation et logement. Chacun de ces aspects a été reconnu comme des besoins essentiels à combler par les personnes participantes aux groupes de discussion.

*« Quand on est dans un territoire où les gens sont économiquement défavorisés, bien malheureusement le transport ça coûte cher quand même pour eux autres. Tu sais, je veux dire, un billet d'autobus astéure c'est 3 \$ pour aller, puis après ça, 3 \$ pour revenir, fait que ça fait 6 \$ pour un aller-retour ! Fait que dans un budget, à un moment donné, si tu n'as pas la carte, même la carte est très chère. [...] C'est le phénomène de fin de mois qui fait en sorte que les gens choisissent le frigidaire, le loyer, ou la passe d'autobus. Ce qui fait que généralement, ils vont payer le gros prix tout le restant du mois parce qu'ils n'ont pas les moyens de se payer les forfaits ! » CSSS
OEP 2012*

REVENU :

La région présente une plus grande proportion de personnes démunies, soit 22,8 % vivant sous le seuil de faible revenu, bénéficiaires de l'aide de dernier recours... De plus, les très importants écarts de revenus dissimulent un nombre absolu considérable de personnes à faible revenu (près de 340 000 personnes). Cela s'explique en partie par une situation de l'emploi moins favorable (chômage, personnes inactives, personnes travaillant à temps partiel...).

*« Ça, je ne sais pas si on en a parlé, la mixité ou le côtoiement des différentes [classes sociales]... Avec l'embourgeoisement d'un côté puis cette quantité-là de personnes qui sont démunies, c'est 5 000 personnes ! Fait qu'il y a de plus en plus des clashes des fois. En fait même ça fausse les statistiques ! Des fois, tu fais juste les stats normales, puis là, tu as des moyennes de revenus puis tu te dis : "Comment ça se fait que l'on score si haut que ça ?" Ben, c'est parce qu'il y a des écarts... Les chiffres ne parlent plus trop, clairement ! » CSSS
OEP 2012*

HABITATION :

Le logement est un déterminant majeur de la santé et un élément de base pour mener une vie saine. À Montréal, les deux tiers de la population sont locataire et plusieurs personnes présentent des besoins impérieux de logement de plus grande taille, salubre et abordable. 78 000 logements montréalais nécessitent des réparations majeures selon leur occupant et 49,9 % de locataires paient plus de 30 % de leur revenu pour se loger⁶. Le coût du logement est aussi nettement supérieur à Montréal que dans le reste du Québec. Face à ces contraintes, le mouvement de population vers les banlieues fait en sorte de réduire la proportion de familles, de francophones, de personnes scolarisées et de ménages à revenus moyens à Montréal (Turcotte et Vézina, 2010).

*« Nous autres en sécurité alimentaire, les banques alimentaires n'y suffisent pas nécessairement. Mais ce qu'on a remarqué, c'est plus des travailleurs, c'est des gens qui travaillent, puis des personnes âgées ! Ça, ça nous inquiète beaucoup ! [...] Parce que si on a des personnes qui sont à la retraite, il n'y a pas beaucoup d'espoir que leur revenu éventuellement va augmenter ! S'ils sont en train de chercher de la nourriture dans les banques alimentaires, on ne sait pas trop jusqu'où on peut aller, c'est pas mal le bout... » CSSS
OEP 2012*

Des profils familiaux marqués par la fragilité

D'autres besoins de la population montréalaise sont liés au volet sociodémographique des personnes rejointes : isolement/solitude, genre, famille, vieillissement. Toutes ces dimensions influencent la nature des besoins des personnes et les interventions à mettre en place pour y répondre. En particulier, l'isolement étant un problème très réel pour la population montréalaise, beaucoup de personnes participantes aux groupes de discussion ont établi un lien très clair entre la solitude et le mode de vie urbain. En effet, l'organisation familiale des ménages montréalais est davantage fragile avec des réseaux sociaux souvent ténus ou carrément défailants.

PERSONNES SEULES ET FAMILLES MONOPARENTALES :

La population de Montréal compte davantage de personnes seules (38 %) et de familles monoparentales (29 %). Parmi ces dernières, une sur trois vit en situation de faible revenu. Les familles monoparentales vivant sous le seuil de faible revenu et les enfants âgés de 0 à 17 ans vivant dans des familles monoparentales à faible revenu sont surreprésentés parmi les familles montréalaises.

*« Quelque chose qui me frappe c'est que les organismes communautaires perçoivent que même ceux qu'ils rejoignent souffrent énormément d'isolement et de solitude. Je me questionne sur tous ceux qui ne sont pas vus. Moi, j'observe ces choses-là, c'est-à-dire que les gens qui souffrent et tout ça, ils vont avoir tendance à se reculer, à s'isoler aussi. À Montréal, c'est extrêmement facile, ça passe inaperçu, tu sais. Je veux dire, il y a quelqu'un qui reste au-dessus de chez toi et tu ne lui as jamais vu la tête, tu ne sais pas c'est qui, etc. Je trouve ça effarant ! » CSSS
OEP 2012*

6. Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006, Produit no 97-554-XCB2006051 au catalogue de Statistique Canada (Montréal, Code 462).

FEMMES :

La situation des femmes est davantage précaire dans trois domaines au moins.

Leur situation économique

Leur santé mentale

L'appartenance à une communauté culturelle (le parcours migratoire et la maîtrise du français ou de l'anglais).

PERSONNES ÂGÉES :

Montréal compte davantage de personnes âgées et de 75 ans et plus (15,7 %). 35,9 % de ces personnes vivent seules et 53,3 % d'entre elles vivent sous le seuil de faible revenu.

Marginalité : pôle d'attraction pour les personnes stigmatisées à la recherche de pairs ?

Montréal présente également une catégorie de besoins très spécifiques à une métropole, c'est-à-dire un milieu urbain comme pôle d'attraction pour les populations marginalisées en raison d'une situation d'itinérance, de consommation ou de comportements à risque.

Il n'existe des données de recensement des personnes en situation ou à risque d'itinérance que pour Montréal et la ville de Québec. Ces données datent de 1997-1998, alors que ces personnes étaient 28 000 à Montréal. La situation actuelle est estimée dégradée par rapport à celle au moment de ce recensement (RAPSIM, 2011).

Communautés culturelles : Montréal est une destination d'immigration, mais qu'en est-il de l'intégration ?

Les besoins des personnes membres des communautés ethnoculturelles et issues de l'immigration constituent une des caractéristiques les plus frappantes de Montréal par rapport au reste du Québec. De plus, la littérature est très claire sur l'ampleur des adaptations à mettre en œuvre pour répondre à ces populations particulièrement vulnérables (Battaglini *et al.*, 2007). Cependant, ce phénomène n'est actuellement pas pris en compte par les indicateurs de défavorisation qui modulent l'attribution des financements dans le réseau public et le réseau communautaire. Il paraît donc particulièrement important de souligner l'ampleur de ces besoins et la pertinence d'en tenir compte dans l'évaluation des besoins populationnels et des interventions à développer pour y répondre.

« Les nouveaux arrivants qui sont triés sur le volet qui débarquent dans nos quartiers, ils arrivent avec des sous convaincus qu'ils vont avoir un travail ! Mais 3-4 mois plus tard, le logement, le temps de s'installer, ils ont tout perdu ! Puis non, il n'y en a pas de travail ! Nous, on voit des gens qui ont été capables de bien se loger parce qu'ils sont arrivés avec des sous, convaincus qu'ils allaient avoir un emploi, mais 6 mois plus tard il n'y en a pas ! [...] C'est parce que notre milieu n'a pas évolué non plus, il ne les accepte pas... Ce n'est pas juste le problème de l'immigrant, c'est le problème de la société ! » CSSS

OEP 2012

En 2006, 31 % de la population provenait de l'immigration, 20 % des personnes immigrantes sont au chômage et près de la moitié d'entre elles vivent sous le seuil de faible revenu. De plus, le tiers des Montréalais ont une langue maternelle autre que le français et l'anglais, 19,9 % ne parlent principalement ni français ni anglais à la maison et 2,6 % ne peuvent soutenir une conversation dans l'une ou l'autre des deux langues officielles du Canada.

« Les gens [personnes immigrantes] quand ils arrivent ici, ils sont en santé, ils sont en santé parce qu'il faut avoir un certificat médical. Au bout de 5 ans, ils rejoignent le même niveau de maladie que la population québécoise. »

Organisme communautaire

OEP 2012

Des personnes avec des vulnérabilités de santé

Finalement, la population montréalaise présente des besoins dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas de besoins particuliers à la métropole. Il s'agit plutôt de domaines d'activités majeurs pour les organismes communautaires auxquels ce projet s'intéresse, soient les groupes œuvrant en santé et services sociaux. De plus, Montréal est un pôle d'attraction pour les personnes avec de grands besoins de santé puisque l'offre de services spécialisés s'y concentre. On distingue donc de grands nombres de personnes présentant des incapacités à Montréal.

INCAPACITÉ :

Proportionnellement plus de Montréalais (15 ans et plus) vivent avec une incapacité que les citoyens du reste du Québec (13,2 % pour 9,6 %).

SANTÉ MENTALE :

L'indice associé à la détresse psychologique ainsi qu'aux tentatives de suicide démontre que la situation montréalaise est plus désavantageuse qu'ailleurs au Québec. Les personnes se décrivant comme plutôt ou très insatisfaites de leur vie sociale représentent une proportion de 8,7 % pour la région montréalaise comparativement à 5,8 % pour le reste du Québec. De plus, 214 300 des 902 550 personnes vivant avec un trouble mental au Québec (soit 26,7 %) résident à Montréal (Lesage et Émond, 2012). Parmi elles, ce sont 11 991 des 33 866 personnes vivant avec des troubles schizophréniques au Québec qui habitent à Montréal (soit 35,4 %).

CONCLUSION

Les besoins à combler par les organismes communautaires augmentent. Il semble peu probable que cette situation change à court terme.

Les nombreux efforts locaux des organismes communautaires ont essentiellement porté tous leurs fruits.

Les adaptations, de nature régionale, peuvent aussi augmenter la capacité des organismes communautaires à répondre aux besoins ; cependant, les effets ne se seraient perceptibles qu'à la marge.

Ainsi, il demeure que seule l'intervention au plus haut niveau peut, de manière conséquente, hausser l'aptitude du milieu communautaire à faire mieux face aux demandes de la population.

Les organismes communautaires desservent surtout les moins nantis, principalement les personnes qui vivent et subissent des inégalités qui les empêchent peu ou prou de maintenir ou d'améliorer leur santé. Ces dernières années, les demandes d'aide et de services auprès du milieu communautaire n'ont cessé de croître suivant, nous affirmons, la situation économique, mais aussi le choix des investissements de l'État qui se traduisent en impacts majeurs en matière de santé et de déterminants de la santé. Une cascade se met en place : le gouvernement fédéral poussant certaines de ses anciennes responsabilités vers les provinces, les provinces requérant un effort supplémentaire des régions sans nécessairement adjoindre des budgets appropriés, les CSSS sabrant dans des services à la population ou les sous-traitants à moindre coût aux organismes communautaires ou encore les tarifant et les rendant ainsi moins accessibles.

« Au niveau économique, le gouvernement, s'il en donne moins que les besoins, ben ça va revenir dans leur cour quand même, c'est une vision à court terme ! » **Organisme communautaire**
OEP 2012

Le milieu communautaire prend une place de plus en plus importante dans les services de première ligne. Or, ce milieu constitue aussi la dernière ligne. Celle après laquelle il n'y a plus de services sinon ceux d'urgence en milieu hospitalier.

Face aux retraits étatiques, à la conjoncture économique, au vieillissement de la population d'où découle en partie l'augmentation des besoins, le milieu communautaire s'est adapté, selon sa tradition de proximité des personnes et de leurs besoins. Les mesures prises ont permis d'augmenter leur capacité à satisfaire la demande toujours croissante, cela au prix d'un essoufflement notable des ressources. De nouveaux aménagements pourraient sans doute amplifier leurs capacités à répondre à la demande, mais vraisemblablement pas de manière importante ou durable.

Une révision des modes de financement et des mécanismes de reddition de comptes pourrait certainement alléger la portion des activités de gestion et de financement, mais ici encore, la capacité à faire face aux besoins ne s'en verrait que médiocrement rehaussée.

« Le sous-financement, c'est la raison même de notre existence bizarrement. C'est parce qu'on ne coûte pas cher que l'on existe ! » **Organisme communautaire**
OEP 2012



RECOMMANDATIONS DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

Les inégalités sociales et de santé forgent des situations tantôt évidentes tantôt cachées où des personnes se retrouvent en difficulté. De nombreuses études démontrent de diverses façons les éléments spécifiques et leurs retombées quand une personne ou un ensemble de personnes vivent une ou l'autre de ces inégalités. Dans la région de Montréal, nous voyons de plus en plus une même personne vivre plusieurs difficultés simultanément. Est-ce nécessaire de rappeler la situation presque archétypale de la personne dont le peu de revenus est grugé par un coût de loyer élevé, ce qui limite ses possibilités de s'alimenter convenablement et de se déplacer ? Si l'aide arrive trop tardivement, les difficultés s'amoncellent, la santé se détériore et trouver ou conserver du travail devient plus ardu. Si la situation perdure, le risque croît de voir son réseau social s'amenuiser. Si la personne est évincée de son logement par un incendie, la voilà sans domicile fixe... et dans la vie montréalaise, les variations sur ce thème sont nombreuses, la réalité dépassant souvent et largement la fiction.

Les sources d'inégalités sociales sont multiples dans notre société. Dès l'enfance, et pour certains tout au long de leur vie, toutes les personnes ou sous-groupes de personnes n'ont pas accès aux mêmes possibilités quand il est question de revenu, de chômage, d'emploi, d'éducation, de logement, de santé mentale, d'intégration et d'inclusion en situation d'immigration, de vieillissement, d'incapacités, d'itinérance et de nombreuses situations plus spécifiques (ITSS, UDII, LGBT)... Notre société en a conscience et tente de pallier les principaux obstacles.

D'ailleurs lors des groupes de discussion, les personnes du milieu communautaire ont proposé de travailler sur les solutions à la source des difficultés rencontrées par les personnes rejointes (causes ou déterminants) comme le logement, le revenu, les soins de santé... Elles recommandent donc de prendre des mesures systémiques de lutte à la pauvreté, comme l'augmentation de l'aide sociale et du salaire minimum. Les personnes participantes des CSSS ont elles aussi souligné que tous les individus évoluent dans un contexte qui va déterminer grandement leur état de santé et de bien-être. Il faudrait donc adapter les approches et les politiques en misant davantage sur la création d'environnements favorables.

Or, de nombreuses recommandations circulent déjà afin de parer aux situations actuelles. Parmi celles-ci, reprenons, à titre d'exemple, quelques-unes de celles formulées par le directeur de santé publique de Montréal en 2011 : améliorer les revenus des plus pauvres, accroître l'accessibilité aux Centres de la petite enfance dans les quartiers démunis, accroître le financement du logement social et communautaire, veiller au caractère universel et gratuit du système de santé publique, instaurer une procédure d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales pour les règlements et les projets discutés au niveau municipal, soutenir les tables de concertation intersectorielles et les organismes communautaires... de nombreuses organisations qui sont au cœur de la prévention, la sensibilisation et la promotion de la santé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux œuvre sur les mêmes sujets avec des orientations souvent liées à des décisions ministérielles. À titre d'exemple : le Plan d'action en santé mentale *La Force des liens*, le Plan d'action interministériel en itinérance, la politique gouvernementale et le Plan d'action *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté*, le Plan d'action en santé et bien-être des femmes et des travaux pour une *Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*.

Le gouvernement a été jusqu'à utiliser la procédure parlementaire en créant des lois telle celle visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Rappelons que cette loi vise à guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté. À cette fin, la loi institue une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle institue également un Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et un Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, lesquels assument les fonctions qui leur sont confiées par la présente législation en vue d'atteindre les buts poursuivis par la stratégie nationale. D'autres exemples : la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale suivie d'une politique visant à accroître, sur un horizon de 10 ans, la participation sociale des personnes handicapées, *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*.

Ces efforts ont permis l'amélioration de certaines situations. Nous pouvons lire sous la plume de Marie-France Raynault (2009) que « *l'insistance mise par le gouvernement québécois à prévenir et à soulager la pauvreté des enfants a porté ses fruits, du moins en comparaison avec les autres provinces. Les personnes seules n'ont pas eu cette chance* ». Or, 38 % de la population de Montréal est constituée d'un ménage d'une seule personne.

Nous pourrions répéter l'exercice pour chaque plan et politique gouvernemental pour découvrir, fort probablement, que les résultats actuels sont parfois positifs, parfois encourageants, parfois difficiles à mesurer. Ce qui est indubitable, c'est que tous ces bilans finiraient par conclure qu'une partie plus ou moins importante de la population visée n'a pas été rejointe, qu'une autre partie de la population vivait avec l'inégalité, mais n'entrait pas dans les critères et les objectifs visés, etc. Comme la plupart de ces plans et politiques ont été conçus à un moment précis avec des indicateurs signalant la problématique, il peut aussi arriver que pour une même inégalité, la situation ait changé dramatiquement dans la population et que les objectifs et les moyens utilisés jusqu'alors ne fonctionnent plus aussi bien ou plus du tout. Le temps que le réseau public s'en aperçoive et réagisse, la situation se sera probablement détériorée... à moins que le milieu communautaire n'ait eu des moyens pour intervenir.

Dans les dernières années, les soubresauts de l'économie ont contribué à diminuer les revenus de l'État et des personnes. Les réaménagements des transferts fédéraux-provinciaux, des changements dans l'organisation des services publics, la hausse de tarifs ou de coûts associés à certains services et de frais indirects à divers paliers gouvernementaux et paragouvernementaux ont entraîné l'accroissement du nombre de personnes qui ont de plus en plus de difficultés à avoir accès au réseau public

de santé et de services sociaux. À Montréal, ces gens se sont tournés vers le réseau communautaire comme les données de ce portrait le montrent.

Ces mêmes inégalités couvent aussi dans plusieurs secteurs, se développent à l'abri des regards, et finissent par apparaître dans des situations que la société n'a pas prévues. De nouveaux besoins émergent dans la population et les réseaux public et communautaire doivent s'ajuster. Dans bien des cas, la souplesse organisationnelle, la connaissance intime des personnes rejointes, l'expertise sur le terrain et la rapidité d'action font que le milieu communautaire est à l'avant-garde de la réponse à ces nouveaux besoins. La vigueur d'un réseau communautaire permet à une société d'avoir une première réaction prompte et appropriée lorsque de nouveaux problèmes apparaissent. Or, le manque d'investissements dans des organismes communautaires dans des territoires montréalais qui en ont peu et le manque de soutien aux nouvelles initiatives citoyennes pour répondre aux besoins évolutifs de leur communauté minent cette vigueur essentielle.

Même si le gouvernement québécois tente de tisser un filet social par ses lois et politiques, même s'il fait des efforts structurels comme la hausse du salaire minimum ou la révision de la fiscalité progressive, qui sont de puissants moyens pour aplanir les inégalités sociales, il demeure que le tissu social créé par le milieu communautaire dans la trame urbaine est primordial au développement de tous.

Malgré les augmentations annuelles des subventions liées à l'inflation dans le cadre du PSOC, nonobstant quelques investissements dans certains secteurs pour ce même programme dans les dernières années, en dépit des aménagements des organismes communautaires dans leurs façons de travailler et bien que nombre d'organismes ont, malgré le contexte, réussi dans certains cas à augmenter le nombre de leurs sources de financement et leur budget, nos constats nous amènent à formuler les recommandations suivantes.

RECOMMANDATION 1

Nouvel indice de mesure des besoins pour les organismes communautaires

Pour soutenir le dynamisme du réseau communautaire et redonner aux organismes des moyens d'agir plus rapidement, ou de simplement répondre aux nouveaux besoins de la population, nous recommandons que soient revues les méthodes de calcul du financement du PSOC attribué à la région de Montréal.

Nous proposons que soient revus l'indice ou les indices qui servent actuellement aux décisions d'attribution du financement en créant une méthode basée sur les besoins réels de la population montréalaise et qui prenne en compte les populations rejointes par le milieu communautaire.

Cette révision devrait logiquement entraîner la remise en question des calculs actuels des budgets accordés en santé et services sociaux aux Montréalais et Montréalaises qui, depuis plusieurs années, fonctionnent avec des équations ponctionnant les subsides du réseau public montréalais au profit des autres régions.

Dans de nombreuses situations de santé et de services sociaux, le réseau public doit être à même de fournir des réponses aux besoins de la population. Car si le réseau communautaire peut offrir des alternatives, être parfois complémentaire ou offrir des possibilités nouvelles à la population, il ne tient pas à s'y substituer, par exemple en engageant des personnes qualifiées pour manier le scalpel, procéder à des traitements pharmacologiques ou lire des radiographies.

RECOMMANDATION 2

Augmentation du financement à la mission par un rehaussement des budgets du PSOC

La multiplication des sources de financement est la plupart du temps associée à une multiplication de programmes, activités et services développés pour répondre aux visées des bailleurs de fonds, ce qui oblige des organismes à s'adapter et, dans certains cas, à devoir délaisser pour un temps les objectifs initiaux de leur mission. Le financement à la mission du PSOC demeure un outil fondamental pour permettre aux organismes communautaires d'ajuster leurs interventions à partir de la réalité qu'ils côtoient. Nous recommandons que soit augmentée la proportion du financement à la mission dans le budget total des organismes en augmentant ce type de financement du PSOC.

Actuellement le milieu communautaire montréalais affirme qu'une augmentation globale d'environ 30 % de ces budgets lui permettrait de nettement mieux répondre aux demandes et besoins de la population, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 88 M\$. Nous recommandons que cette demande soit comblée rapidement.

RECOMMANDATION 3

Budget de développement et budget d'adaptation à la demande

De plus, nous recommandons l'ajout d'un montant annuel dédié au soutien de nouvelles initiatives. Ainsi, nous aurons collectivement les moyens de répondre aux nouvelles situations de nos populations vulnérables. Montréal sera dotée d'organisations qui pourront évoluer avec les années.

RECOMMANDATION 4

Révision des budgets octroyés par projet et mécanisme de transfert vers le financement à la mission

Pour arriver à trouver les 88 millions \$ et un financement annuel de nouveaux organismes, nous recommandons que des mécanismes ministériels soient mis en place dans le cadre d'un plan gouvernemental avec des échéances et des engagements concrets auprès de la population. Cette démarche permettra ainsi au réseau communautaire d'être informé des étapes prévues pour la réalisation de cette recommandation.

Nous demandons qu'un processus de révision soit entrepris avec les différents ministères et établissements afin d'identifier des financements par projets réalisés par des organismes communautaires en santé et services sociaux qui pourraient devenir du financement global à la mission. Nous recommandons d'effectuer les transferts dans le cadre du PSOC. Ce transfert diminuera le temps consacré à la rédaction de demandes de subvention pour des projets et aux redditions de comptes afférentes, un frein important et coûteux à l'action des organismes.

RECOMMANDATION 5

Renforcement de la capacité d'action des regroupements d'organismes communautaires : meilleure synergie et compréhension mutuelle des ressources institutionnelles et communautaires

Dans les dernières années, dans certains secteurs, de nombreuses orientations, décisions budgétaires, changements de programme, activités et services du réseau public de la santé se sont faits sans consultation réelle du milieu communautaire.

La transformation du réseau public avec ses très nombreuses fusions d'établissements entraîne des réorganisations importantes des structures administratives et a pour conséquence de provoquer de nombreux changements de postes pour le personnel d'encadrement. Ajoutons à cela l'arrivée massive à la retraite d'une cohorte de gens qui ont cumulé suffisamment d'années de travail pour exercer ce choix. Nous nous retrouvons dans une situation où les liens entre le réseau public et le réseau communautaire sont souvent ténus, parfois inexistantes et souvent à refaire.

Une autre conséquence de l'évolution des structures actuelles est la difficulté de construire une vision d'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Est-ce que la population a accès à une offre de services équivalente selon le quartier où elle demeure? Est-ce que les modalités d'accès aux services sont semblables? Comment évoluent les liens entre les établissements du réseau public et le réseau communautaire? Pour répondre à ces questions, pour animer ces dossiers, pour améliorer la compréhension mutuelle des différentes missions, le réseau communautaire a besoin de ressources dédiées à ces questions.

Or, selon les résultats de nos groupes de discussion, il semble y avoir un lien entre l'essoufflement du milieu communautaire et le désistement de l'État dans certains services du réseau public de santé et de services sociaux. Les liens semblent

aussi manifestes entre les besoins non comblés en santé et l'évolution de l'offre des services publics dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les problèmes d'accessibilité au réseau public ont été discutés dans toutes les rencontres. Pour les participantes des CSSS, afin d'offrir des services qui répondent aux besoins de la population, le CSSS doit également relever de nombreux défis, que ce soit au niveau structurel, du financement ou des ressources humaines...

De plus, lors des rencontres avec les personnes du milieu communautaire, le réseautage a été cité comme la solution la plus souvent adoptée face aux pressions sur leurs capacités d'action. Mais il y a également des aspects plus négatifs à la concertation, c'est-à-dire le temps et l'énergie qui sont ainsi mobilisés et qui pourraient être investis ailleurs. Pour les personnes des CSSS, le partenariat est définitivement une stratégie d'adaptation intéressante à la condition qu'il soit basé sur une véritable collaboration d'égal à égal.

Nous recommandons que soit accru le financement des regroupements d'organismes communautaires reconnus par l'Agence, afin qu'ils aient une capacité accrue de regrouper, soutenir, outiller et surtout de représenter les organismes communautaires dans un contexte régional mouvant et actuellement instable. Le milieu communautaire sera en mesure de mieux contribuer aux travaux entourant les révisions des plans et des politiques dans divers secteurs ainsi qu'à la création de nouveaux plans et de nouvelles politiques pour des secteurs qui ne sont pas actuellement identifiés.

RECOMMANDATION 6

Revoir les informations et les mécanismes de collecte de données et de consultation qui président à la prise de décision dans le milieu institutionnel

Le réseau public doit continuer à évoluer pour répondre aux besoins de la population. Au-delà des évaluations de satisfaction de la « clientèle », des réflexions plus approfondies et structurées doivent être menées afin d'examiner ce qui peut être fait pour améliorer les services publics. Si des méthodes de gestion et des procédures administratives plus claires et cohérentes libèrent du temps et permettent de réaliser plus d'actes et d'interventions, il reste que, dans bien des secteurs, l'aspect humain et parfois de simples détails peuvent faire une grosse différence.

Nous recommandons que le réseau public de la santé et des services sociaux adopte des mécanismes afin de soutenir des consultations réelles et démocratiques des personnes qui utilisent les services offerts par le réseau public, des parents et les proches de ces personnes, des gens qui travaillent dans le milieu communautaire et des citoyens intéressés.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux (2010). *Planification stratégique 2010-2015. Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*. Agence de la santé et des services sociaux, Montréal.

Battaglini A., Désy M., Dorval D., Poirier L.-R., Fournier M. et H. Camirand (2007). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estime des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, Gouvernement du Québec, Montréal.

Chevalier S. (2011). *Les besoins non-comblés*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.

Chevalier S. et D. Latulippe (2013). *Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : Résultats quantitatifs complets*. RACOR en santé mentale et Collectif, Montréal.

Chevalier S., Latulippe D. et J. Nicolas (2013). *Les organismes communautaires : des partenaires essentiels et dans le besoin. Portrait de leur contribution et de leur situation budgétaire*. Agence de la Santé et des services sociaux Direction des programmes-services, Montréal.

Lesage, A. et V. Émond (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec, Québec.

Nicolas J. (2013). *Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : On en parle !* RACOR en santé mentale et Collectif, Montréal.

RAPSIM (2011). *L'action du gouvernement du Québec en itinérance depuis 2009 : Un bilan qui rappelle l'urgence d'instaurer une Politique en itinérance*. Mémoire déposé à la Commission santé et services sociaux de l'Assemblée nationale. Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), Montréal.

Raynault M.-F. (2009). *Développement social*, volume 10, numéro 2. <http://www.revueds.ca/les-inegalites-sociales-un-choix-de-societe.aspx>

Rivest É. (2011). *Consultation sur les partenariats en santé publique – Rapport de consultation*. Montréal : Centres de santé et de services sociaux de la région de Montréal, Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal.

Turcotte M. et M. Vézina (2010). *Migration entre municipalité centrale et municipalités avoisinantes à Toronto, Montréal et Vancouver*. Statistique Canada, Ottawa.

ANNEXE 1.

Tableau 8. Données comparatives portant sur la prévalence de certains déterminants et inégalités sociales en matière de santé – Montréal et reste du Québec

	Montréal	%	Reste du Québec	%
Population totale en ménage privé (2010)	1 934 082	24,5	5 973 293	75,5
Densité de population (hab./km ²)	3094,5		3,6	
Personnes vivant dans un ménage à faible revenu après impôt (2006)	339 980	19,3	565 700	9,9
Prestataire programme d'aide financière de dernier recours (2009)	177 278	11,1	314 451	6,2
Population inactive (15-64 ans, 2010)	734 000	34,7	1 515 900	32,1
Personnes ayant un travail à temps partiel (15-64 ans, 2010)	190 200	20,0	570 000	19,2
Personne en chômage (15-64 ans, 2010)	102 300	9,7	236 200	7,4
Mode d'occupation des logements privés (proportion de propriétaires) (2006)	315 420	37,9	1 602 315	68,0
Personnes vivant seules (15 ans +, 2006)	317 350	20,2	662 990	14,0
Ménage d'une seule personne (personnes vivant seules) (2006)	317 350	38,2	662 990	28,1
Personnes âgées de 65 ans et plus (2006)	286 560	15,5	793 725	13,9
Personnes âgées de 75 ans et plus (2006)	143 895	7,8	352 680	6,2
Population immigrante (2006)	560 395	30,7	291 165	5,2
Personnes ne parlant ni le français ni l'anglais (2006)	47 180	2,6	23 195	0,4
Minorités visibles (2006)	453 615	25,0	200 735	3,6

Sources : Statistique Canada, Recensement 2006, Institut de la statistique du Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

ANNEXE 2. LES DONNÉES

Les travaux réalisés pour remplir le mandat ont comporté deux volets : l'un s'appuyant sur des études ou des données déjà publiées, l'autre nécessitant des collectes spécifiques de données.

Aux fins de l'étude, nous avons révisé la littérature récente portant sur les organismes communautaires, leur histoire et leur fonctionnement. Nous avons aussi eu recours aux statistiques officielles en matière de description sociale et sanitaire de la population ainsi qu'en matière de financement des organismes communautaires. Nous avons également consulté les données des fondations caritatives qui subventionnent les organismes communautaires montréalais. Finalement, nous avons eu accès à certaines données des formulaires de demande de subvention 2011-2012 du Programme de subvention aux organismes communautaires (PSOC) montréalais qui provient du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il s'agit de données permises dans le cadre de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Des données originales ont été obtenues à partir d'un sondage réalisé auprès des organismes communautaires reconnus par le PSOC ainsi que des organismes communautaires affiliés à l'un ou l'autre de sept regroupements montréalais membres du *Comité régional de liaison sur le partenariat*. Le questionnaire a été adressé à 656 organismes communautaires (Tableau 9). Le taux de réponse atteint 45 % et les 295 répondants représentent bien la population visée. Les informations méthodologiques et l'ensemble des résultats quantitatifs, ainsi que le questionnaire, sont disponibles dans un document complémentaire intitulé *Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : Résultats quantitatifs complets*. Ce document propose des analyses portant principalement sur les données du sondage ainsi que certaines données accessibles des formulaires de demande de subvention 2011-2012 du PSOC.

Tableau 9. Nombre d'organismes communautaires invités à répondre au sondage selon l'affiliation à un regroupement régional et la reconnaissance au PSOC

	Affilié à un regroupement membre du Comité régional de liaison sur le partenariat		Total
	Oui	Non	
Reconnus par le PSOC	368	181	549
Pas reconnus par le PSOC	107	0	107
Total	475	181	656

Source : PMC 2012.

Les autres données inédites sont issues de groupes de discussion, menés auprès d'organismes communautaires et de regroupements (43 personnes dans 8 rencontres de groupe et une individuelle) ainsi qu'auprès de 11 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (68 personnes dans 11 rencontres de groupe). Les informations méthodologiques et l'ensemble des résultats qualitatifs, ainsi que les grilles de discussion, sont disponibles dans un document complémentaire intitulé ***Portrait montréalais des besoins de la population et du milieu communautaire : On en parle !***.

Tous les documents complémentaires sont accessibles en ligne sur le site Internet du RACOR en santé mentale :
<http://racorsm.com/besoins-de-la-populationportrait-du-milieu-communautaire>

ISBN 978-2-9814307-0-0 (Version imprimée)
ISBN 978-2-9814307-1-7 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

