



Leur

ÉQUILIBRE,

notre

déséquilibre



RAPPORT D'ENQUÊTE
SUR LES IMPACTS
DE LA TRANSFORMATION
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
À MONTRÉAL.



REGROUPEMENT
INTERSECTORIEL DES
ORGANISMES
COMMUNITAIRES DE
MONTRÉAL

***Leur équilibre
Notre déséquilibre***

Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
Avril 1998

Hommage aux artisanes et aux artisans de ce rapport d'enquête

Coordination du projet:

Pierre-Antoine Baril, René Charest, Carol Gélinas, Denise Ouellet, Marie Pelchat

Encadrement de la démarche:

Thérèse Collin, Micheline Cyr, Vanessa David, Alice Herscovitch, Claudine Laurin,
Denise Ouellet, Marie Pelchat

Production de l'outil de consultation:

Vanessa David

Financement de l'enquête-terrain:

Fondation Béati

Animation des rencontres:

Vanessa David, Norma Drolet, Marie Pelchat, Robert Théoret

Cueillette de données:

Louise Boivin

Recherche documentaire:

Marie Pelchat, Robert Théoret

Collaboration spéciale:

Claude Saint-Georges

Soutien technique:

Éliette Beaulieu, Sylvie Pelletier

Auteures du rapport d'enquête:

Louise Boivin, Marie Pelchat

Révision linguistique:

Marie Letellier

Graphisme:

Chantal Boyer

Impression:

Payette et Simms

Cette production n'aurait pas été possible sans la contribution des véritables artisans de l'action communautaire autonome à Montréal qui ont participé généreusement à cette enquête-terrain.

ACCEUIL BONNEAU
ACTION AUTONOMIE
AMITIÉ SOLEIL
ASSOCIATION BÉNÉVOLE AMITIÉ INC.
ASSOCIATION D'ENTRAIDE LE CHAÎNON
ASSOCIATION DE MONTRÉAL POUR LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES COMMUNAUTAIRES POUR AÎNÉS - CENTRE
BERTHIAUME-DU TREMBLAY
ASSOCIATION DES SOURDS-MALENTENDANTS
ASSISTANCE AUX FEMMES
ASSOCIATION DES PARENTS GABRIELLE MAJOR
ATELIERS D'ÉDUCATION POPULAIRE MERCIER
BOUFFE ACTION DE ROSEMONT
BUREAU CONSULTATION JEUNESSE
CARREFOUR COMMUNAUTAIRE DE ROSEMONT L'ENTRE-GENS
CARREFOUR DES FEMMES D'ANJOU
CARREFOUR DES PITCHOUS
CARREFOUR FAMILIAL HOCHELAGA
CENTRE D'ÉDUCATION ET D'ACTION DES FEMMES
CENTRE COMMUNAUTÉ SOURDE DE MONTRÉAL-MÉTRO
CENTRE CONTACTIVITÉ INC.
CENTRE DE BÉNÉVOLAT CÔTE-DES-NEIGES
CENTRE DES FEMMES LA MARIE DEBOUT
CENTRE DES FEMMES DE VERDUN
CENTRE DES FEMMES DE MONTRÉAL
CENTRE DES FEMMES DU PLATEAU MONT-ROYAL
CENTRE D'ENTRAIDE LE PIVOT
CHEZ MA COUSINE ÉVELYNE
CLUB POPULAIRE DES CONSOMMATEURS DE POINTE ST-CHARLES
CLUB ROUE LIBRE
COALITION POUR LE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ
COMITÉ LOGEMENT ROSEMONT
CORPORATION LA JOIE DES ENFANTS
COMITÉ DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH DU QUÉBEC
COMITÉ RÉGIONAL DES ASSOCIATIONS POUR LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
DIOGÈNE
FÉDÉRATION DES OSBL EN HABITATION DE MONTRÉAL
GROUPE D'AIDE ET ACCOMPAGNEMENT POUR LES PLAINTES DE MONTRÉAL
GROUPE D'AIDE ET D'INFORMATION SUR LE HARCÈLEMENT SEXUEL AU TRAVAIL
GROUPE INFORMATION TRAVAIL

HALTE RÉPIT HOCHELAGA-MAISONNEUVE
HÉBERJEUNE DE PARC EXTENSION
L'ABRI D'ESPOIR
L'AUBERGE COMMUNAUTAIRE DU SUD-OUEST
L'AVENUE, MAISON D'HÉBERGEMENT JEUNESSE
LA GARDE-AMIS
LA MAISON GRISE DE MONTRÉAL
LA RELANCE JEUNES ET FAMILLES
LA RUE DES FEMMES DE MONTRÉAL
LE CHEZ-NOUS DE MERCIER-EST
LE PHARILLON
LES AMBASSADEURS DU 3ÈME ÂGE
LES ATELIERS QUATRE-SAISONS DE LA RÉSIDENCE FLEURIE
MAISON DES AMIS DU PLATEAU MONT-ROYAL
MAISON DES GRANDS-PARENTS DE VILLERAY
MAISON DU PÈRE
MAISON MULTIETHNIQUE MYOSOTIS
MAISON ST-JACQUES
MOUVEMENT CONTRE LE VIOL ET L'INCESTE/COLLECTIF DES FEMMES DE MONTRÉAL
NOUS NOUS INTÉGRONS EN COMMUN INC.
PACT DE RUE
PASSAGE
PLACE VERMEIL INC.
POUSSONS POUSETTES DU QUARTIER CENTRE-SUD DE MONTRÉAL
PROJET CHANGEMENT
PROJET GENÈSE
PROLONGEMENT À LA FAMILLE DE MONTRÉAL
REFUGE DES JEUNES
REGROUPEMENT DES AVEUGLES ET AMBLYOPES DU MONTRÉAL-MÉTROPOLITAIN
REGROUPEMENT DES AIDANTS NATURELS DE MONTRÉAL
REGROUPEMENT ENTRE MAMANS INC.
RESSOURCES JEUNESSE DE ST-LAURENT INC.
REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FAMILLE DE MONTRÉAL
REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PROMOTION DU MONTRÉAL-MÉTROPOLITAIN
RÉSEAU D'AIDE AUX PERSONNES SEULES ET ITINÉRANTES DE MONTRÉAL
RÉSEAU HÉBERGEMENT FEMMES
SERVICE BÉNÉVOLE D'ENTRAIDE ANJOU
SERVICE D'HÉBERGEMENT ST-DENIS
SERVICE DE NUTRITION ET D'ACTION COMMUNAUTAIRE
SOCIÉTÉ DE L'AUTISME
SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL
SPECTRE DE RUE
TOURNÉES COMMUNAUTAIRES VIRAGE
TRAC
TRÈVE POUR ELLE

Table des matières

Introduction:

Des virages pour aller où?

Chapitre 1:

Repères historiques du système de santé et de services sociaux au Québec

Chapitre 2:

Un filet de sécurité sociale troué pour une population appauvrie

- Profil de la population montréalaise
- Des politiques (anti) sociales
- Virages dans un cul-de-sac
- Des groupes communautaires de plus en plus “populaires”
- Le mot de la faim

Chapitre 3:

Le réseau public est démuni!

- Des chiffres qui en disent long
- Accès à un réseau amaigri
- Retour cahoteux à la maison
- Impasses publiques

Chapitre 4:

Dumping dans le communautaire

- Toc, toc, toc, ...à l'aide
- Pénurie de ressources spécialisées
- Marginalités... hors réseau
- Le communautaire au coeur de la tourmente

Chapitre 5:

Relations public-communautaire: des relations protégées?

- Références sans déférence
- Partenariat égalitaire ou utilitaire?

Chapitre 6:

Le nerf de la guerre

- Plus de travail.... moins de résultats
- Grandeurs et misères du financement public
- Ingénierie de la pauvreté

Chapitre 7:

Pratiques et vie associative: quelles perspectives?

- Service vs éducation populaire

- Au bout des droits
- Survie associative
- Déconcertation
- Épuisement
- Changements sociaux au menu

Chapitre 8:

Qui sont les vrais gagnants de la réforme?

- Retrait sournois du gouvernement fédéral
- Québec, gagnant et complice !
- Les médecins, et pourquoi pas le salariat?
- Peut-on freiner la voracité de l'industrie pharmaceutique?
- Les compagnies privées flairent la bonne affaire.

Conclusion:

Mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade

Introduction

Des virages, mais pour aller où?

On n'est pas obligé de croire que tout est vrai, il suffit qu'on le tienne pour nécessaire.

Franz Kafka

Le procès

Cité dans *Du virage ambulatoire ... au virage social*

Regroupements nationaux d'organismes communautaires et bénévoles et des Tables régionales d'organismes communautaires (secteur santé et services sociaux).

Septembre 1997

Des virages, mais pour aller où?

En 1995, le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal dit oui à une transformation du réseau de la santé et des services sociaux et non au plan de compressions budgétaires¹ qui l'accompagne. À notre avis, il est tout à fait utopique de croire qu'il est possible, dans un délai de trois ans, de faire mieux et autrement avec 200 millions\$² de moins sur le territoire montréalais.

Puisque le gouvernement fédéral amorce des réductions importantes dans ses transferts aux provinces, le ministre Rochon, pas plus que quiconque d'ailleurs, ne peut réussir à faire tourner ce paquebot sur un trente sous, sans faire de vagues. Il est donc plus réaliste que défaitiste de croire qu'en bout de ligne, le réseau fera moins avec moins³.

Nous étions d'autant plus sceptiques que les gouvernements qui se sont succédés tant à Québec qu'à Ottawa, avaient eu - et malheureusement, ont toujours - une approche très néolibérale de la lutte à la pauvreté. Leur lutte à la pauvreté se ramène plutôt à une lutte contre les pauvres⁴. Or, il est de notoriété publique que le niveau de revenu est un des plus puissants déterminants de la santé.

Lors des audiences publiques de la Régie régionale, en 1995, nous tentons, bien vainement, d'inciter la Régie à remettre en question tant la pertinence que l'ampleur des compressions budgétaires imposées par Québec.

Nous questionnons la Régie. Comment va-t-elle s'assurer qu'on ne remplace pas l'État providence par Maman providence? Comment peut-elle nous garantir que le virage ambulatoire ne signifiera pas l'enrôlement des bénévoles et des personnes assistées sociales? Comment s'assurera-t-elle qu'on ne pellettera pas dans la cour des groupes communautaires les services que les constituantes du réseau public ne pourront plus assumer? Comment peut-elle nous affirmer que le virage ambulatoire n'est pas un subterfuge pour faire payer aux citoyennes et aux citoyens des services et des médicaments auparavant gratuits⁵?

Nous faisons part de nos craintes concernant les CLSC. Ne deviendront-ils pas des extensions des ressources hospitalières et ne se retrouveront-ils pas dans l'obligation de concentrer leurs ressources financières pour réaliser le mandat de suivi post-opératoire au détriment des services sociaux de première ligne qu'ils offrent. Nous demandons à la Régie de reconfirmer le mandat d'origine des CLSC⁶.

¹ RIOCM, *Et si on parlait de bien-être!* Juin 1995, 14 pages.

² Près de 300 millions\$, si l'on considère l'inflation et les coûts de système.

³ RIOCM, *Le défi de l'accès, Avis présenté à la Régie régionale de Montréal-Centre dans le cadre des consultations Le défi de l'accès, mars 1998.*

⁴ Ce que l'Assemblée des évêques appelait l'apartheid social.

⁵ RIOCM, *Nouvel équilibre à définir*, Mémoire présenté à la Régie régionale de Montréal-Centre, avril 1995.

⁶ Idem

En octobre 1997, le ministre Rochon entreprend ses *Rendez-vous de la santé* pour faire le point sur le réseau de la santé et des services sociaux et dégager les orientations pour 1998-2001. Le Regroupement ne peut participer à ces consultations ministérielles sans d'abord obtenir que cessent les compressions budgétaires et que soit amorcé dans les meilleurs délais un bilan qualitatif de la «transformation» du réseau depuis 1995⁷.

Cette demande est largement motivée par le fait que les groupes communautaires montréalais constatent quotidiennement des situations où les populations avec lesquelles ils interviennent se voient refuser des services - et particulièrement des services sociaux -, référer systématiquement ailleurs ... et nulle part, retourner prématurément à la maison, (une convalescence à la maison pouvant même signifier une convalescence à la Maison ... du Père). De plus en plus, on leur demande de payer pour des services. De plus en plus de citoyennes et de citoyens de Montréal à faibles revenus n'ont plus accès aux thérapies médicamenteuses. Les chapelets d'horreur se multiplient.

Et contrairement à ce que prétendent les ténors du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales, il ne s'agit pas de cas de nature anecdotique mais de cas de nature systémique.

L'approche globale, l'approche sociale et les pratiques alternatives subissent des électrochocs constants. Les groupes communautaires ont l'impression de faire du ski nautique derrière une chaloupe folle. En effet, ils deviennent, plus que jamais, surchargés, sursollicités, surutilisés, épuisés. L'effet domino se fait durement sentir. Une seule constante demeure: ils sont toujours sous-financés.

Le malaise est tout aussi palpable dans toute la population. Des sondages⁸ indiquent clairement que la population est largement convaincue de la détérioration des services, que l'on s'oriente vers un système américanisé de santé et de services sociaux⁹ et que les objectifs de santé et bien-être sont subordonnés aux objectifs budgétaires du gouvernement¹⁰. Bref, la population est inquiète de l'avenir de ce système que l'on citait en exemple, il y a quelques années à peine, partout dans le monde.

Comme il faut s'y attendre, notre demande de bilan qualitatif est rejetée. Pire, elle est ignorée¹¹.

⁷ Une lettre est même acheminée au ministre Rochon peu avant les Rendez-vous pour exposer ces conditions de participation. Trois semaines après la rencontre ministérielle, le RIOCM reçoit...un accusé de réception.

⁸ Particulièrement le sondage Léger et Léger/Coalition Solidarité Santé réalisé en septembre 1997.

⁹ 72,3% des répondants au sondage Léger et Léger considèrent que le système de santé tend à devenir un système à deux vitesses, l'une pour les riches et une autre, pour les autres concitoyennes et concitoyens du Québec.

¹⁰ 72% des répondants considèrent que le gouvernement n'a pas tenu compte de cette Politique de santé et de bien-être dans sa réforme.

¹¹ Et celle de toutes les autres tables régionales de santé et services sociaux du Québec.

Le Regroupement intersectoriel tire ses conclusions: ces Rendez-vous de la santé sont au mieux une fuite en avant, au pire, une opération de relations publiques purement électoraliste. Dans un cas comme dans l'autre, il y a peu d'intérêt à s'y associer¹².

Si en 1995, les groupes communautaires montréalais sont perplexes face à la réorganisation des services sociaux et de santé proposée, en 1997, ils sont indignés de l'apparente indifférence ministérielle et gouvernementale à ces réalités marquées au sceau du déficit social et démocratique.

Il n'en faut pas plus pour que le RIOCM initie lui-même ce bilan qualitatif. Il nous apparaît urgent d'amorcer une enquête-terrain pour voir l'état réel de la situation et l'ampleur des dégâts.

Cette démarche d'enquête, amorcée en octobre 1997, est donc réalisée en janvier et février 1998¹³ à partir d'un outil de consultation comprenant plus de 80 questions. Une centaine de personnes¹⁴ y prennent part.

La réalité dépasse souvent la fiction, dit-on. Dans ce cas, la réalité dépasse toutes les nombreuses appréhensions que nous avons formulées au fil des ans, c'est-à-dire depuis que le couperet gouvernemental s'est abattu sur les politiques sociales et le système de santé et de services sociaux. La complexité, l'intensité et la diversité des réalités exposées dépassent largement les pires scénarios imaginés.

Phénomène assez curieux, cette réforme de la santé ne semble faire que des perdants: la population, les groupes communautaires et le réseau public. Qui gagne? Qui profite de la situation? Nous ne pouvons déposer ce rapport sans fouiller cette question. Nous savons maintenant que le corps médical, l'industrie pharmaceutique, les compagnies privées et les deux gouvernements tirent largement profit de la situation confirmant ainsi l'adage que si tous les citoyens sont égaux, certains le sont plus que d'autres.

Aujourd'hui, les enjeux sociaux de la réforme de la santé et de toutes les autres réformes sont clairs: la justice sociale et la vitalité démocratique du Québec sont sur l'autel trivial du déficit zéro. Accepterons-nous le sacrifice? Ou au contraire, devant la théologie du déficit zéro, «deviendrons-nous des athées militants?» comme le disait une conférencière invitée au Congrès de la Fédération des CLSC en mai 1997¹⁵.

¹² RIOCM, Communiqué de presse, *Les groupes communautaires montréalais refusent de participer au Rendez-vous régional de la santé*, 25 octobre 1997.

¹³ Les rencontres ont été sectorielles mais la synthèse a été faite par thématique. De plus, il importe de préciser ici que nous avons utilisé l'enquête de Claudia Parent du RAPSIM, à quelques reprises.

¹⁴ Toutes les rencontres ont été enregistrées mais l'anonymat a été garanti aux groupes de façon à faciliter la prise de parole.

¹⁵ *Intervention de Lorraine Guay dans le cadre du congrès de la Fédération des CLSC*, 1997 citée dans le *Bulletin de la Coalition Solidarité Santé*, juin 1997.

Chapitre 1

Repères historiques du système de santé et de services sociaux du Québec

Il importe de se rappeler que jusqu'en 1961, la principale cause d'endettement des familles québécoises était la maladie et les soins qui en découlaient.

En fait, malgré l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, qui reconnaissait pourtant le droit à la santé, au Québec, la santé n'était ni un droit individuel ni un droit collectif jusqu'à l'instauration de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
1998

Comme chaque grand système a sa petite histoire¹⁶, voici succinctement celle du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

1947: Le premier régime d'assurance-hospitalisation public et universel est créé en Saskatchewan.

1948: La Déclaration universelle des droits de l'homme est adoptée par les Nations Unies. L'article 25 est des plus éloquents en ce qui concerne le présent document.

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

1958: Le gouvernement canadien, s'inspirant de l'exemple de la Saskatchewan, adopte le programme national d'assurance-hospitalisation. Il s'agit d'un programme à frais partagés entre le fédéral et les provinces.

1961: Le Québec adopte le programme d'assurance-hospitalisation.

1966: L'assurance-hospitalisation est élargie aux services d'urgence, à la physiothérapie, etc. Les personnes assistées sociales obtiennent la gratuité des soins médicaux.

1966: Le gouvernement fédéral adopte un nouveau programme à frais partagés: le régime universel d'assurance-maladie.

1970: La Commission Castonguay termine ses travaux et le Québec procède à l'adoption de l'assurance-maladie. Rappelons que la Commission recommandait un système de santé public, gratuit, accessible et universel et des orientations majeures pour orienter l'action sur les déterminants de la santé¹⁷.

1971: L'Assemblée nationale adopte la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

C'est la mise en place d'un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens.

¹⁶ Ce texte est notamment inspiré d'une fiche thématique produite par la Coalition montréalaise sur la santé et les services sociaux, *Repères historiques du système de santé et de services sociaux, ascension et déclin*, 1996.

¹⁷ Regroupement des organismes communautaires de la région 03, *Le pelletage des établissements publics, les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos*, décembre 1997, p.5.

1970 et suivantes: Poursuite de la mise en place progressive du système de santé et des services sociaux par la création des CLSC, des départements de santé communautaire, des centres des services sociaux et de la carte d'assurance-maladie.

L'assurance-maladie s'élargit à divers programmes:

1970: examens optométriques

1974: soins dentaires aux enfants

1975: programme de remboursement des prothèses

1977: gratuité des médicaments pour les personnes âgées

1982: Le gouvernement québécois désassure les soins dentaires pour les enfants de 13 à 15 ans.

1984: La Chambre des Communes adopte la Loi canadienne de la santé. Elle établit alors les principes de base que doivent respecter les régimes provinciaux d'assurance-maladie afin d'être admissibles au financement du gouvernement fédéral via le Régime d'assistance publique du Canada. Ces principes sont: l'administration publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

1985: C'est la création de la Commission Rochon, commission présidée par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon.

1988: La Commission Rochon publie son rapport.

Nous ne pouvons nous empêcher de reproduire ici quatre extraits particulièrement significatifs de ce rapport¹⁸:

Nous avons raison d'être fiers de notre système de services de santé et de services sociaux. Néanmoins, si les tensions actuelles perdurent, elles risquent de le faire éclater et de nous faire perdre rapidement ce que nous avons mis près de 20 ans à construire. (p.683)

(...)la Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables: la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social. (p.685)

Il est établi depuis longtemps que les mécanismes du marché ne doivent pas s'appliquer aux services sociaux et aux services de santé(...)L'équité en matière d'accessibilité aux services et de distribution des ressources dans la collectivité ne peut être assurée sans le maintien d'un système public fort. (p.697)

¹⁸ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Rapport Rochon, *Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.

Au cours des quinze dernières années, l'évolution des coûts des services sociaux et des services de santé a été bien maîtrisée. Les caractéristiques même du financement de ces services, à savoir un financement public dominant et basé sur les revenus fiscaux, auront grandement contribué à cette performance. Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique, soit un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution socio-démographique du Québec. (p.696)

1990: Le ministre Marc-Yvan Côté publie son document: *Une réforme axée sur le citoyen.*

1992: Le gouvernement désassure les soins dentaires pour les enfants de 10 à 13 ans et les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans. Dans la même foulée, il introduit le ticket modérateur pour les médicaments des personnes âgées.

C'est aussi en 1992 qu'est adoptée la nouvelle Politique de santé et de bien-être du gouvernement québécois. Politique dans laquelle on peut lire:

Les déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, c'est-à-dire les facteurs qui relèvent des conditions de vie n'ont pas reçu la même attention. De plus en plus, on met en évidence les liens que les multiples facteurs économiques, sociaux et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé. (...) Ces facteurs apparaissent désormais prépondérants.

1993: La nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux est adoptée, le premier septembre, par l'Assemblée nationale du Québec.

Les groupes communautaires sont maintenant formellement reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Article 334: Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire", une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives, dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs de services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

Article 335: Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques, ses approches.

L'article 337, notamment, vient atténuer la portée de ces articles en valorisant l'implication active des groupes dans la dispensation des services.

Le gouvernement désassure les examens optométriques pour les personnes de 41 à 64 ans.

En fait, alors que les gouvernements qui se succèdent à Québec adoptent de grandes politiques, ils imposent, année après année, dès 1982, des compressions au réseau de la santé et des services sociaux qui ont pour effet de diminuer l'accès aux services des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleurs sociaux. Avec l'allongement de la liste d'attente, les usagers et les usagers sont de plus en plus contraints à se doter d'assurances privées, à payer des laboratoires privés pour des analyses prescrites par leur médecin.

1994: Année électorale au Québec. Le Parti québécois promet, s'il est élu, d'abolir le ticket modérateur imposé aux aînés du Québec. Il est élu et le ticket modérateur demeure.

1995: Lors de l'ouverture de l'Assemblée nationale en septembre 1995, le gouvernement s'engage à construire une société solidaire et, pour ce faire, à procéder à une réforme de la fiscalité¹⁹.

C'est le grand remue-ménage qui s'amorce dans la santé. Des compressions de plus d'un milliard\$ sont imposées au réseau dont 200 millions\$ à Montréal, seulement pour la période 1995-1998. On entre de plain-pied dans les virages: virage ambulatoire, virage milieu.

1996: Le premier août, entre en vigueur un nouveau régime d'assurance-médicaments²⁰ pour les personnes âgées et les personnes assistées sociales qui doivent, dorénavant, contribuer financièrement pour obtenir leurs médicaments.

Le Sommet sur l'économie et l'emploi a lieu. Le déficit zéro devient le principal objectif gouvernemental.

1997: Le nouveau régime d'assurance-médicaments s'applique à toutes les personnes vivant au Québec. L'entrée en vigueur de la loi 33 sonne le glas de la circulaire *Malade sur pied*, programme qui permet aux personnes atteintes de certaines maladies chroniques d'avoir accès gratuitement aux thérapies médicamenteuses par le truchement des hôpitaux québécois.

Un programme favorisant le départ à la retraite des employés-es du réseau public est mis sur pied. 35 000 personnes s'en prévalent dont la moitié dans le seul secteur de la santé.

1998: Malgré les engagements formels du ministre Rochon, d'octobre 1997, de mettre fin aux compressions dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces dernières

¹⁹ Regroupements provinciaux d'organismes communautaire et Tables régionales d'organismes communautaires. *Du virage ambulatoire au virage social*, septembre 1991, p 12.

²⁰ Assemblée nationale. Projet de loi 33, *Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*, Sanctionnée le 20 juin 1996, Éditeur officiel du Québec, 1996.

continuent. 158 millions\$ en 1998-1999 au Québec dont 55 millions\$ à Montréal seulement.

Le système de services sociaux et de santé sera-t-il compromis en moins de temps qu'il n'en a fallu au gouvernement du Québec pour l'instaurer, à l'instar de la Saskatchewan?

Chapitre 2:

Un filet de sécurité sociale troué pour une population appauvrie

Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'Homme et l'équité. La plus grande menace à la santé est la pauvreté.

Quatrième conférence internationale de la promotion de la santé,
Organisation mondiale de la santé,
Jakarta, juillet 1997.

Profil de la population montréalaise

500 000 sur 1,8 million d'habitants de Montréal et près de 23% des familles vivent sous le seuil de faible revenu²¹.

La pauvreté des tout-petits est un phénomène plus marqué à Montréal. Elle touche plus d'un enfant sur trois, soit environ 43 000 alors qu'il s'agit d'un enfant sur cinq pour l'ensemble du Québec²².

Les jeunes sont relativement plus nombreux sous le seuil de faible revenu à Montréal que dans l'ensemble du Québec: plus de 128 000, soit environ 30% contre 18% au Québec²³.

Deux fois plus de personnes se suicident dans le groupe à faible revenu²⁴.

Dans ce groupe, les risques d'échec scolaire des enfants sont deux fois supérieurs à ceux des autres enfants²⁵.

En cinq ans à peine, le niveau de détresse psychologique est passé de 19% à 26%²⁶. Le groupe des 15-24 ans présente l'indice le plus élevé de détresse psychologique: 34,5% en souffrent²⁷.

On estime à plus de 15 000 le nombre de personnes itinérantes à Montréal²⁸.

La population est plus âgée aussi. Alors que 13% de la population est âgée de 65 ans et plus à Montréal, cette proportion est de 9% pour le reste du Québec²⁹.

Une forte proportion des résidents de Montréal vivent sans conjoint, soit 46% contre 30% de la population pour l'ensemble du Québec³⁰.

²¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Les inégalités sociales de la santé*, Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Direction de la santé publique, 1998, page iv.

²² Idem, page 26.

²³ Ibidem, p.35.

²⁴ Ibidem, p.39.

²⁵ Forum national de la santé, p.158

²⁶ Cité dans RIOCM, *Nouvel équilibre à définir*, 1995, p.4.

²⁷ Régie régionale, op. cit. p.35

²⁸ Données fournies par le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.

²⁹ Coalition montréalaise de la santé et des services sociaux. *Il y a des coupures qui ne guérissent pas*, Dossier de quinze fiches thématiques, 1995.

³⁰ Idem

Les gens sont plus pauvres, plus malades et ont moins de services.

Cette courte citation résume les conditions de vie des populations avec lesquelles travaillent les organismes que nous avons rencontrés. Si cette enquête-terrain nous a souvent donné froid dans le dos, ce n'est pas seulement parce qu'elle a commencé en pleine crise du verglas, en janvier 1998. C'est parce que le monde va de plus en plus mal à Montréal! Et ce n'est pas une fatalité, ce n'est pas un *Act of God*...

La détérioration des conditions de vie de la population a beaucoup à voir avec les politiques (anti)sociales des dernières années, celles que nos gouvernements nous vendent en disant que nous devons être compétitifs dans l'économie mondialisée.

Dans le présent chapitre, vous reconnaîtrez plusieurs des visages montréalais de la pauvreté que les groupes communautaires croisent quotidiennement, des individus et des familles de plus en plus nombreux à glisser entre les mailles d'un filet de sécurité sociale qui se démaille. Voyons d'abord les trous béants qu'identifient les organismes communautaires.

Des politiques (anti)sociales

- *L'insécurité d'un revenu*

Depuis les coupures à l'aide sociale, on ne met plus de limites sur les collations aux enfants.

Ils arrivent et ils ont faim. La première chose qu'ils demandent ce n'est pas le jeu à venir mais ce qu'il y aura comme collation. Matin comme après-midi, peu importe le jour de la semaine, les enfants ont faim.

La politique d'aide sociale semble être la politique sociale qui a eu le plus d'impact sur l'appauvrissement des gens. Quelques groupes ont bien mentionné que la réforme de l'assurance-chômage, devenue l'assurance-emploi, a eu un impact négatif sur les conditions de vie. Mais comme cette réforme a eu pour effet de transférer beaucoup de chômeuses et de chômeurs du programme fédéral d'assurance-chômage au programme provincial d'aide sociale, il n'est pas surprenant que les groupes communautaires soient en contact avec beaucoup plus d'individus et de familles prestataires de l'aide sociale.

Rappelons que selon la recherche de l'économiste Pierre Fortin, la réforme de l'assurance-chômage qui a débuté en 1990 a pour effet d'accroître de 200 000 personnes le nombre de prestataires d'aide sociale au Québec jusqu'en 2006. Alors qu'en 1980, 84%

des chômeuses et des chômeurs québécois recevaient des indemnités de chômage, en 1997, seulement 51% y ont droit³¹.

En ce qui concerne la politique d'aide sociale, ce qui est renversant, c'est que les témoignages recueillis auprès des groupes communautaires et des gens qui les fréquentent nous font constater certains effets de la réforme d'aide sociale avant même qu'elle ne soit adoptée à l'Assemblée nationale. 500 millions\$ de compressions au cours des trois dernières années ont donné le coup de baguette tragique.

Mentionnons ici que l'impact de ces compressions est venu s'ajouter à la non-indexation des prestations d'aide sociale. Alors que le coût de la vie a augmenté de 202% entre 1975-1976 et 1995-1996, la prestation moyenne d'aide sociale n'a augmenté que de 0,8%³².

Pendant que d'aucuns poursuivent le débat sur la pertinence de pénaliser les jeunes qui refusent de participer au "parcours individualisé vers l'insertion, la formation et l'emploi", plusieurs de ces derniers sont déjà dans la rue à cause de telles pénalités. Ciblés en priorité par la réforme, les jeunes de 18 à 25 ans subissent déjà les pressions pour quitter l'aide sociale ou ne pas y être admis. Plusieurs organismes jeunesse, en particulier les maisons d'hébergement, constatent qu'un nombre croissant d'entre eux n'ont accès à aucun revenu. Voici ce qu'en dit cette travailleuse dans un organisme d'hébergement jeunesse: *Il y a beaucoup de jeunes sans revenu, qui n'ont pas reçu de chèque. Mais même quand ils ont de l'aide sociale à 350\$, ils ne sont pas beaucoup plus avancés. Ici, ils payent 150\$ de loyer par mois. Avec le reste, ils achètent la passe d'autobus et ils n'ont même pas assez pour se nourrir pendant le mois, donc il faut les assumer, leur donner de la bouffe*³³.

Le régime d'aide sociale est de plus en plus axé sur des mesures d'insertion forcée en emploi (*workfare*) - assorties d'un système de pénalités qui amputent une bonne partie du maigre chèque. Ce que l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en 1990, appelait une relation "d'obligations réciproques". Pourtant, il y a largement moins d'emplois disponibles que de personnes en chômage et la qualité des emplois, hors des secteurs de pointe, se détériore.

Les personnes assistées sociales considérées aptes au travail doivent toutes passer dans le tamis, à commencer par les jeunes et les mères d'enfants en bas âge. En septembre 1997, avec la politique familiale, la menace des pénalités pour non participation aux mesures d'insertion en emploi s'est appliquée aux mères ayant un enfant de cinq ans, et non plus six comme auparavant. Parallèlement à la mise en place de la maternelle à temps plein et

³¹ Dutrisac, Robert, *La réforme de l'assurance-chômage crée 200 000 assistés sociaux au Québec*, Le Devoir, pp.A1-A10.

³² Cité dans le document du Québec, Ministère de la Sécurité du revenu, *Un parcours vers l'insertion, la formation et l'emploi*, p.14.

³³ Parent, Claudia, *Les répercussions du virage ambulatoire sur les ressources communautaires et la population itinérante*, Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, décembre 1997, pp.46-47.

des places en garderie à 5 \$, environ 8 000 mères, au Québec, voient leur chèque mensuel amputé de 100\$, comme “incitation” à intégrer le marché du travail. Belle reconnaissance du travail non-salarié des femmes auprès des enfants!

Quatre-vingt pour cent des personnes assistées sociales adultes ont beau être considérées aptes au travail, ça ne leur garantit pas pour autant un emploi, dans un contexte de pénurie et de précarisation des emplois. On imagine alors à quels obstacles sont confrontées les personnes vivant avec une déficience comme en témoignent les propos d’un travailleur en déficience sensorielle: *Dans les années 1970, il y a eu une période d’embauche au sein du gouvernement fédéral, tu pouvais espérer être embauché. Dans les années 1990, tu peux espérer travailler dans le cadre d’une mesure d’employabilité.*

La coercition dans le régime d’aide sociale s’exprime aussi dans les voies qu’on ferme aux personnes assistées sociales sous différents prétextes dont le fait qu’une démarche apparaisse trop longue. *Une femme vient de faire une demande au Cégep à temps plein - c’est refusé par son agent. Les femmes se font mettre plein de bâtons dans les roues, elles n’ont pas le droit d’avoir des projets de vie,* raconte cette travailleuse d’un groupe de femmes.

En poussant de plus de en plus de personnes de la pauvreté à l’indigence, la politique d’aide sociale est nocive pour la santé physique et psychologique des gens. Si la société du travail est en crise, ce n’est certes pas une politique de travail obligatoire à l’américaine qui la rendra moins malade.

Travailler à temps plein au salaire minimum ne permet pas de sortir de la pauvreté. Et encore moins, si l’on est une femme cheffe de famille monoparentale! Dans ce cas, la non-indexation a des conséquences désastreuses. Rappelons ici que «si en 1976, un parent unique vivant avec un enfant devait travailler 41 heures par semaine au salaire minimum pour atteindre un revenu équivalent au seuil de pauvreté, en 1993, cette personne devait travailler 73 heures pour y arriver»³⁴. “Depuis 1994, le salaire minimum a connu une «hausse sensible de 70 cents de l’heure»³⁵. Pas de quoi fouetter un chat!

- **La pilule ne passe pas**

L’assurance-médicaments entre en vigueur le 1er août 1996 et met fin à la gratuité des médicaments pour les personnes assistées sociales et les aînés-es. Chaque personne doit maintenant déboursier de sa poche 50 \$, par trimestre, pour payer ses médicaments. Pour accroître l’accès aux médicaments de 1,2 million de personnes sans assurance, ce nouveau régime appauvrit 1,5 million de personnes assistées sociales ou aînées. Il obéit aussi à une logique de compression qui soulage de 200 millions\$ la Régie de l’assurance-maladie. La santé des gens souffre de ce régime, déplore un grand nombre de groupes communautaires.

³⁴ Solidarité populaire Québec, *Analyse de la situation*, 1998, p.17

³⁵ Ministère du Conseil exécutif, *Le développement social: les actions du gouvernement du Québec depuis deux ans*, Comité ministériel du développement social, avril 1997

C'est comme leur enlever le pain de la bouche! s'offusque une intervenante dans une maison d'hébergement pour femmes en difficulté. En effet, confirme la responsable d'un comptoir alimentaire, il y a des gens qui n'ont pas de quoi manger ou se chauffer à cause de l'assurance-médicaments.

Dans les organismes famille, on affirme que les parents à faible revenu préfèrent souvent se passer des médicaments: *Ils ne sont plus prioritaires. Bien souvent, les gens pensent plus à manger qu'à prendre leurs médicaments.*

Le fait de ne pas prendre une médication peut entraîner de lourdes conséquences pour la santé physique et mentale., *Une femme a dû arrêter de prendre ses médicaments pour son glaucome car elle ne pouvait se les payer* rapporte la déléguée d'un centre de femmes. *Chez nous, on voit que les gens négligent de plus en plus de prendre leurs médicaments parce qu'ils n'ont pas les moyens de se les procurer. C'est inquiétant, car on a des cas plus sévères de dépression. Même préoccupation dans un autre secteur: Des femmes arrivent avec des prescriptions et n'ont pas d'argent pour se les payer; elles sont itinérantes. Elles peuvent arriver avec un diagnostic de pneumonie sans pouvoir la traiter!*

Des maisons d'hébergement, des centres de femmes, des refuges pour personnes itinérantes et d'autres types de groupes communautaires ont été obligés d'avancer de l'argent aux personnes incapables de payer leurs médicaments. Sans fonds pour répondre à de tels besoins, plusieurs groupes se sont retrouvés à aller négocier avec les pharmacies, les hôpitaux, les CLSC ou même les députés-es pour que les gens démunis puissent quand même prendre leurs médicaments.

Un autre problème majeur mais toujours sans réponse est celui de la confidentialité, à la pharmacie et auprès de l'employeur pour ceux qui ont des assurances privées. *Maintenant chez Jean Coutu, ça affiche sur la caisse 800-1000\$. Les huit personnes qui attendent, prennent pour acquis que la personne est séropositive avec un tel prix pour des médicaments, ajoute-t-il. Or, de tels coûts sont aussi le lot de personnes atteintes de maladies chroniques, autres que le SIDA. Dans les entreprises, la personne à la direction, peut-être même le comptable, a maintenant accès au dossier des personnes atteintes du VIH-SIDA car elle doit remplir les formulaires d'assurance-médicaments. Des personnes ont cessé de prendre leurs médicaments pour éviter que l'employeur ne sache qu'elles sont atteintes du VIH-SIDA. Elles ont mis leur santé en danger et le virus s'est renforcé.*

Le ministère de la Santé a faussement la prétention que «le régime d'assurance-médicaments consolide le filet de sécurité sociale (...)»³⁶.

Ce choix est d'autant plus étonnant que la Commission Hall (1964) et la Commission Castonguay-Nepveu (1967) considéraient que les produits pharmaceutiques faisaient

³⁶ Ministère du Conseil exécutif, *op.cit.*

partie intégrante de notre dispositif de protection sociale en matière de santé qui se voulait complet et universel.

En 1994, dans leur mémoire au comité Castonguay, les assureurs privés favorisent la gratuité des médicaments pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale. En 1994, le Rapport Demers recommande un régime universel basé sur l'équité. En 1995, le Rapport Gagnon (caché par le gouvernement québécois) préconise la gratuité pour les personnes dont le revenu annuel est inférieur au seuil de faible revenu. En 1997, le Forum national de la santé écrit: «Il faudrait que tous les citoyens aient accès aux médicaments de prescription médicale sans franchise ni copaiement».

- **Se loger sans se ruiner**

Un autre problème, soulevé par plusieurs organismes communautaires, est le manque d'accès à des logements décents et abordables et la pénurie de logements sociaux. Pour les personnes handicapées, il y a grand besoin de logements accessibles avec îlots de services à proximité. Une travailleuse dans un groupe logement complète ce portrait. *De plus, les grandes familles peuvent avoir peine à trouver un logement qui correspond à leur capacité de payer et il n'y a pas de logements sociaux disponibles.*

Dans ce groupe, on constate une augmentation importante des problèmes de paiement de loyers pour plusieurs couches de la population: *Avant, les gens venaient souvent nous voir pour des problèmes de réparation. Maintenant ça peut être des gens qui ont perdu leur emploi, qui attendent leur assurance-chômage ou qui n'y ont pas droit, ça peut être des femmes seules dans la cinquantaine qui ont un petit revenu et qui prêtent de l'argent à leurs enfants dans le besoin et se retrouvent elles-mêmes en difficulté. Ça peut être aussi des gens à l'aide sociale qui ne trouvent pas de logements correspondant à leurs besoins.*

Dans les cas extrêmes, des ménages se retrouvent dans la rue. Cette histoire d'horreur en témoigne: *Un couple s'est fait évincer de son logement. La femme était sur le point d'accoucher. Ils ont été dans un refuge temporaire mais après trois jours, ils ont dû quitter. Ils n'ont pas trouvé de logement et de toute façon ils n'avaient pas un sou. Ils se sont retrouvés dans la rue un samedi après-midi. On a fait le tour des ressources en hébergement et on n'a pas trouvé.*

Alors que la capacité des gens de payer un logement diminue, l'insensibilité de la Régie du logement à ces problèmes augmente. *Dans la plupart des cas de discrimination, il n'y a pas d'amende imposée au propriétaire.*

Ce n'est certes pas en imposant un ticket modérateur de 30\$ à 40\$ pour une audition que la Régie du logement peut jouer le rôle social qui lui avait été confié lors de sa création.

- **Y a-t-il un avocat dans la salle?**

Avec la réforme d'aide juridique, l'accès aux services d'un-e avocat-e n'est pas facile pour qui n'a pas de marge de manoeuvre financière. Comme le dit cette travailleuse: *Avant on pouvait référer des gens qui avaient des problèmes de logement plus complexes à l'aide juridique. Maintenant je dirais que 98% des causes de logement ne sont pas admissibles à l'aide juridique. Les gens ont moins de possibilités de se faire entendre, de se faire défendre.*

Situation déroutante aussi pour plusieurs femmes victimes de violence qui n'arrivent pas à défrayer les honoraires professionnels d'un avocat. Dans les maison d'hébergement, *on a recours à de jeunes avocats bénévoles sortant du Barreau. On les forme mais on ne peut les payer alors on les perd à un moment donné. Il faut recommencer sans cesse.*

- **Le décrochage de l'école....qui décroche?**

Devant le décrochage scolaire massif des jeunes, surtout chez les gars, les groupes déplorent d'autant plus l'attitude des directions d'école qui ferment rapidement les portes du savoir aux jeunes en difficulté. Un travailleur de rue soutient que *les écoles mettent plus de jeunes dehors, les suspendent indéfiniment et ne les signalent pas à la Direction de la protection de la jeunesse. Elles les suspendent en général à la mi-novembre, après le calcul des quotas (pour le financement).*

En vertu de la loi, l'école est obligatoire jusqu'à l'âge de seize ans, affirme-t-il mais: *On voit des dizaines de jeunes illégaux qui ne vont pas à l'école... Les directions ne veulent pas les avoir. Ils appellent ça échange culturel quand ils mettent un jeune dehors de l'école pour l'envoyer ailleurs, dans une autre école. On parle de lutte au décrochage scolaire mais on dirait que c'est l'école qui a décroché, conclut-il.*

- **Une police «communautaire», dites-vous?**

«La police de quartier c'est vous!», dit la promotion de la police «communautaire» de Montréal. Sous des habits populistes, le virage sécurité publique incite tout le monde à être plus suspicieux vis-à-vis des autres, et surtout vis-à-vis des jeunes et des toxicomanes. Un travailleur de rue considère plus dommageable qu'autre chose ce qu'il décrit comme la répression des jeunes sur la place publique, dans la ville et les arcades.

Il craint aussi le *sabotage complet des programmes d'échange de seringues* à cause d'opérations policières de soit-disant sécurité publique: *Une fille vient chez nous pour échanger sa seringue. À sa sortie, les policiers lui saisissent ses capotes pour l'empêcher de faire de la prostitution! Autre raté: Les flics font une descente dans une piquerie et saisissent la «caniss» où les jeunes mettent leurs seringues. Les jeunes n'osent plus laisser les «canisses», ça sert de preuves contre eux. Ils vont donc les jeter dehors, dans les parcs. Là, les flics viennent nous voir à propos de ça...On leur dit «c'est de votre faute», commente ce travailleur.*

Ces façons d'intervenir cadrent peu avec les nouvelles orientations annoncées par l'ex-ministre de la Sécurité publique, M. Robert Perreault, à savoir «la réintégration et la réinsertion sociale plutôt que l'exclusion»³⁷ mais elles n'en sont pas moins réelles.

2. Virages dans un cul-de-sac

• Les “pôvres” n’ont pas d’argent

L’ensemble des organismes que nous avons rencontrés est unanime: la population subit une importante détérioration de ses conditions de vie, de sa qualité de vie et de sa santé.

Les besoins croissants exprimés par cette population aux organismes communautaires correspondent de plus en plus aux besoins primaires: vêtement, logement, médicaments, lait maternisé, couches, produits d’hygiène et surtout la nourriture. *Nos familles ont faim*, dit une travailleuse dans un organisme famille. Les ventres creux, à Montréal, se multiplient et ils sont de plus en plus le lot de personnes mineures. *Pour nourrir leurs enfants, les femmes cheffes de famille monoparentale se privent de plus en plus de manger*, disent les groupes de femmes. *La faim, ça n’arrive plus à la fin de mois. C’est déjà là autour du 5 ou du 10 du mois.*

L’appauvrissement correspond aussi souvent à une spirale d’endettement, alors que les gens en viennent à devoir de l’argent à leur propriétaire, à Bell, à Hydro-Québec et à d’autres.

L’appauvrissement engendre aussi la solitude et l’isolement social, signalent plusieurs organismes. *J’ai même vu une dame qui n’avait plus les moyens de se payer le téléphone. C’est le «top du top» de l’isolement*, lance un travailleur en santé mentale. Pourtant, cet exemple d’isolement est loin d’être singulier, de plus en plus de gens pauvres se font couper le téléphone, n’arrivent pas à payer leur carte ou leurs tickets d’autobus.

Moins d’argent et plus d’isolement signifient aussi pas de loisirs, pas moyen de se sortir la tête des problèmes... Partout, l’exaspération fait déborder les chaudrons.

• Les “pôvres” chiâlent tout le temps

*Les gens ont perdu confiance dans le système et confiance en eux.
Ils ont le sentiment de ne pas avoir de pouvoir sur leur vie.*

L’impression réelle d’étranglement de bien des gens, à cause de leur situation financière et de leur santé physique, s’accompagne d’une détresse préoccupante et d’un stress perpétuel, selon l’ensemble des groupes communautaires rencontrés. *Il y a moins d’espoir, les femmes ne voient pas comment elles vont s’en sortir*, affirme une intervenante dans un centre de femmes. *Ce manque d’espoir généralisé a beaucoup à*

³⁷ Ministère du Conseil, exécutif, op.cit.

voir avec les multiples coupures à l'aide sociale, explique une autre. Les personnes arrivent, elles sont en détresse. Le réseau social autour d'elles - la famille, les amis - est épuisé par le grand nombre de besoins de la personne, ajoute la coordonnatrice d'un groupe de défense de droits.

Ainsi, en plus des besoins matériels, plusieurs groupes soulignent l'augmentation du besoin de support pour des gens de plus en plus démunis. On sent de plus en plus de démission chez des femmes qui ont adopté un mode de survie, passant d'un refuge à l'autre, ne visant plus la réinstallation, dit cette intervenante dans un refuge pour femmes en difficulté. Nous sommes de plus en plus en contact avec des familles découragées, qui se sentent dépassées, poursuit une autre.

La pression sur les femmes est particulièrement forte, comme explique cette intervenante. Les femmes vivent énormément de stress causé par la pauvreté, le manque d'emplois, les surcharges familiales et la violence qu'elles subissent davantage.

La détresse psychologique a certes à voir avec le nombre accru de gens devenus dépendants de l'alcool et des drogues, et plusieurs organismes communautaires disent que la consommation des drogues intraveineuses augmente, en particulier chez les jeunes. Un intervenant dans une ressource d'hébergement pour personnes itinérantes a d'ailleurs remarqué une recrudescence de toutes les maladies liées à la consommation de drogue par voie intraveineuse comme l'hépatite et le SIDA.

Cette détresse psychologique, dans son expression extrême, c'est le désir de ne plus vivre. Et de nombreux groupes communautaires - dont plusieurs maisons d'hébergement pour personnes en difficulté - se retrouvent en contact avec un nombre croissant de personnes ayant des tendances suicidaires. Les groupes communiquent plus souvent avec les centres de crise.

Voici comment une personne travaillant dans un refuge pour jeunes explique la triste situation: Les jeunes sont plus découragés. Il faut faire attention aux statistiques mais il y en a plus à un moment donné qui nous parlent de suicide, ils ne voient pas le bout: «J'ai pu d'argent, même pas d'argent pour m'acheter des cigarettes, ça marche pas, pas d'aide sociale, faut couper. Là, je vais en finir». Ils voient moins d'issues, ils sont plus traqués, plus coincés.(...) On sait que la précarité crée un impact, beaucoup d'anxiété, d'anxiété³⁸.

3. Des groupes communautaires de plus en plus “populaires”

La durée de séjour a augmenté vu l'accès difficile aux soins de santé et aux services sociaux et le fait que les prestations d'aide sociale sont coupées.

³⁸ Parent, Claudia, op. cit.

- **Prenez votre numéro**

Avec la détérioration des conditions de vie et de santé de la population, le taux de fréquentation de nombreux groupes communautaires a grandement augmenté. Plusieurs se retrouvent débordés, à gérer des listes d'attente, à devoir exprimer des refus à des gens désespérés.

Les listes d'attente sont tellement longues que des fois on ne prend même plus les noms, admet une intervenante dans un centre d'aide aux femmes victimes d'agressions sexuelles. Nous sommes prises avec des listes d'attente qui s'allongent. Les femmes doivent attendre de plus en plus longtemps et leur situation s'aggrave, rapporte une travailleuse dans une maison d'hébergement.

De nombreux groupes communautaires se retrouvent devant une augmentation de la fréquentation non seulement en termes de nombre mais aussi de fréquence. Selon cette représentante d'un organisme famille, *la même personne qui venait une fois il y a quatre ans, viendra peut-être 3-4 fois par semaine maintenant.* La déléguée d'un groupe logement abonde dans le même sens: *On constate qu'une même personne peut appeler trois fois par semaine pendant trois mois.*

Entre 1995 et 1997, le nombre de personnes qui se sont adressées aux groupes montréalais a plus que doublé³⁹.

- **Nouveaux visages**

*Des nouveaux pauvres, il y en a dans notre quartier.
Du monde avec des manteaux Kanuk qui viennent au magasin Partage,
des gens qui disent: «j'avais une bonne job, je l'ai perdue».*

Le visage de la pauvreté a changé. Ce qui étonne le plus, sur le coup, c'est de voir que de plus en plus de gens scolarisés sont si démunis qu'ils recourent au dépannage alimentaire. *Il vient beaucoup plus de monde avec des bacs ou des maîtrises,* raconte la responsable d'un comptoir alimentaire. Dans les maisons d'hébergement jeunesse, on souligne aussi l'arrivée de jeunes qui ne venaient pas avant, de jeunes en difficulté qui sont en début d'études collégiales ou universitaires.

Le phénomène des nouveaux pauvres diplômés-es n'est que la pointe de l'iceberg, puisque les organismes communautaires affirment unanimement que de plus en plus de gens sont touchés par la pauvreté. On remarque la venue de *plus de personnes dont le tissu social a été bouleversé, et de personnes qui ont perdu leur statut social,* comme le souligne cet intervenant dans un groupe de défense des droits en santé mentale. Cette intervenante affirme que, dans la maison d'hébergement pour femmes itinérantes et en

³⁹ Chiffre dévoilé par la Régie régionale de Montréal, le 20 octobre 1997.

difficulté où elle travaille, *on retrouve de plus en plus de demandes de femmes ayant “fonctionné” dans leur milieu, de femmes qui avaient un travail, des enfants.*

Dans de nombreux organismes communautaires, le taux de fréquentation de familles dirigées par une femme seule est à la hausse. Une intervenante jeunesse raconte qu'elle a constaté une augmentation du nombre de jeunes mères qui séjournent, avec leurs enfants, à la maison d'hébergement où elle travaille.

Il y a aussi un plus grand nombre de femmes de 50-60 ans qui fréquentent maintenant les groupes de femmes. Elles font partie de cette nouvelle couche de femmes pauvres, souvent divorcées et seules, isolées, avant la retraite. Elles n'ont presque aucune chance d'entrer sur le marché du travail et n'ont accès qu'à un revenu minimum d'aide sociale ou sont carrément sans chèque, rapportent les intervenantes.

D'autres délégués-es d'organismes communautaires rencontrent plus de gens en situation de pré-retraite qu'auparavant. Par exemple, explique la représentante d'un centre de jour pour aîné-e-s, *une partie des nouveaux membres est plus jeune, 55-60 ans, et exprime le besoin d'un support psychologique.*

Plusieurs organismes communautaires ont aussi remarqué un nombre croissant de membres des communautés culturelles. Non seulement des individus mais de plus en plus de familles recourent aux organismes de même qu'un plus grand nombre de jeunes et de personnes en perte d'autonomie. Autre situation relevée par un travailleur dans un refuge pour itinérants: *On a reçu des non-voyants, il y a d'autres demandes de personnes handicapées, c'est nouveau.*

En général, les organismes communautaires consultés considèrent que, depuis quelques années, non seulement plus de gens ont recours à eux mais ils vivent des problèmes plus compliqués qu'auparavant. Les situations sont plus complexes et elles demandent un autre type d'intervention.

Le mot de la faim

Force est de reconnaître que c'est non seulement le maintien d'un système public, universel, accessible et gratuit qui est menacé, mais le filet de protection sociale qui s'écroule, entraînant dans sa chute vers le déficit zéro, le tissu social québécois.

En 1988, le futur ministre de la Santé et des Services sociaux portait le questionnaire suivant: «La persistance des inégalités et parfois même de l'accroissement des disparités, quinze ans après l'avènement de l'assurance-maladie et la mise en oeuvre de toute une série de réformes ont de quoi étonner et soulever bien des interrogations»⁴⁰. En 1995, Santé Québec répondait: «Les améliorations de la santé et du bien-être les plus

⁴⁰ Commission Rochon, op.cit. p.81

spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité du milieu social et, en général, à une répartition de la richesse»⁴¹.

Malgré cela, les contre-réformes se multiplient. Nous n'aurions, semble-t-il, plus les moyens de la solidarité sociale. Or, rien n'est plus faux. Comme le disait l'ex-ministre des Finances du Québec, M. Yves Séguin: «Il en coûte approximativement autant en programmes et services offerts à la population qu'il en coûte en abris fiscaux, largesses fiscales, subventions aux entreprises et sociétés; c'est 23 milliards par année d'un côté et 26 milliards de l'autre»⁴². Force est donc de reconnaître que tout est une question de choix social.

Les choix qui ont été faits au cours des dernières années ont consolidé le titre peu enviable de Montréal de capitale canadienne de la pauvreté.

⁴¹ Santé Québec; Lavallée, Claudette, Bellerose, Carmen, Mirand, Jocelyne, Caris, Patricia, *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'enquête sociale et de santé, 1992-1993*, volume 2, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.

⁴² Bergeron, Louise, *C'est facile de frapper les plus démunis*, extrait d'une déclaration de l'ex-ministre des Finances, citée dans la Presse, mardi, le 30 mai 1995, p.B-3.

Chapitre 3:
Le Réseau public est démuni!

Une analyse récente de la situation dans les pays de l'OCDE montre que plus le secteur privé prend de l'importance dans les services de santé, moins les dépenses totales sont maîtrisées.

Le transfert du public au privé ne peut donc représenter une solution pour contrôler les coûts.

Conseil de la santé et du bien-être
Un juste prix pour la santé
1995

Des chiffres qui en disent long

Le budget régional est passé de 3 milliards 320 millions\$ en 1995 à des crédits probables de 3 milliards 70 millions\$ en 1998-1999, soit une baisse de 7.5%⁴³.

Le niveau des ressources a probablement diminué de 10% (diminution réelle et coûts de système) tandis qu'il y avait une pression à la hausse de plus de 5% (croissance démographique et vieillissement)⁴⁴.

Entre 1995-1998, sept hôpitaux ont été fermés à Montréal, le nombre de salles d'urgence a été réduit de 24 à 17, 205 lits en réadaptation et 236 lits de psychiatrie ont été fermés⁴⁵.

Il y a 7579 pertes de postes dans le secteur de la santé et des services sociaux, à Montréal, dues essentiellement aux compressions budgétaires⁴⁶.

Les établissements publics de la région de Montréal ont un déficit total qui frôle déjà les 200 millions\$⁴⁷.

76,8% des personnes oeuvrant dans le réseau sont des femmes et la rémunération moyenne de ces dernières est de 26,174\$ par année⁴⁸.

46% des employés-es du réseau à Montréal sont à temps plein, 28% sont à temps partiel et 26% sont occasionnels⁴⁹.

Un sondage réalisé par Léger et Léger démontre que le nombre d'employés du réseau dont la santé est bonne ou excellente a chuté de 10% depuis 1992.

Les dépenses publiques québécoises en santé et services sociaux sont parmi les plus faibles au Canada en 1997 . 2383\$⁵⁰ au Québec, 2647\$ en Ontario, et 2528\$ au Canada⁵¹.

⁴³ CLSC Hochelaga Maisonneuve, Clinique communautaire Pointe St-Charles, CLSC des Faubourg, *On est à l'os*, 1998.

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Régie régionale, *Le défi de l'accès*, 1998

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Bégin, Jean-François, La Presse, *Les nouvelles compressions font mal*, 27 mars 1998.

⁴⁸ Coalition montréalaise, op. fiche 12.

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Par an et par habitant.

⁵¹ Ballinger, Geoff, Institut canadien de la Santé, cité dans le mémoire du CLSC Hochelaga et autres, 1998.

On est en voie de créer un système de santé à deux vitesses. Même il est certain qu'une bonne partie de la population n'aura pas les moyens de se payer des services privés. Les politiques actuelles nient des droits chèrement acquis des citoyennes et des citoyens: l'accessibilité, l'universalité et la gratuité.

Des portes fermées, des corridors sans fin et des sorties précipitées: voilà ce à quoi se bute la population dans le réseau de la santé et des services sociaux, disent de nombreux organismes communautaires. Leurs témoignages, réunis dans ce chapitre, illustrent les effets des décisions politiques.

La *communauté*, célébrée pour assurer la relève d'un réseau sclérosé, est plus souvent qu'autrement personnifiée par une femme épuisée, par les familles ou par des groupes communautaires débordés. Le droit à la santé est tronqué. Qui paiera notre déficit de santé?

1. Accès effrité à un réseau amaigri

Ce qui est triste dans la réforme de la santé, c'est que c'est davantage une réforme d'ordre économique et financière qu'autre chose. C'est une réduction des services et un transfert des charges aux individus.

Avec des budgets amputés, les établissements de santé réduisent les soins et services et leurs employés-es sont surchargés. Les listes d'attente s'allongent, la qualité et de la quantité de soins et de services diminuent, le principe d'universalité et de gratuité pour certains services se désagrège. Ceux et celles qui ont les moyens de payer se font soigner plus vite dans le privé.

Un intervenant dans un centre communautaire résume ainsi la situation que vivent les gens: *L'attente est plus longue pour recevoir des soins médicaux. Par exemple, le temps d'attente est plus long pour des opérations de cataractes et d'autres types d'intervention. Les gens sont mis dehors de l'hôpital plus tôt et les CLSC sont trop lents à offrir les services après.*

- **La noyade**

On essaie de trouver des services dans le réseau mais on a peu de réponses.

Dans le réseau, les services sociaux et psychosociaux ont particulièrement été réduits dans la vague des compressions budgétaires et du virage ambulatoire. *On a plus de difficulté à trouver des ressources pour des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, nous ont dit plusieurs délégués-es d'organismes communautaires.*

Selon une intervenante, *il y a une liste d'attente d'un an pour avoir accès à des centres de jour pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'accès à des services psychosociaux dans un CLSC n'est pas chose facile, explique le responsable d'un organisme de défense de droits. Depuis le virage, il n'y a plus moyen pour les personnes séropositives d'avoir accès à des services de psychologie gratuitement. Les personnes pauvres ne peuvent payer des services privés.*

Les médecins ont parfois plus tendance à compenser par les pilules. *Quand les femmes consultent et ont des problèmes de santé mentale, on leur donne un médicament sans examiner l'origine du problème. On fait une prescription à la place de faire de l'écoute et un suivi. Ça va plus vite, déplore la déléguée d'un groupe de femmes. Même déception pour cet intervenant dans une maison d'hébergement jeunesse: On voudrait que la personne se réintègre, s'enracine, que l'approche soit moins médicale face aux problèmes de santé mentale. Donner des médicaments: ça se fait en 15 minutes. Mais pour le reste...*

Le délégué d'une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté raconte cette histoire sordide: *Des jeunes avec des problèmes de santé mentale nous arrivent avec une enveloppe jaune et des pilules dedans. Il n'y a pas de nom de médecin et pas de posologie. Quel genre de pratique est-ce? questionne-t-il.*

Un travailleur dans un groupe de défense de droits note aussi *l'augmentation incroyable des problèmes où il y a non-respect de la volonté de la personne qui a des problèmes de santé mentale. Par rapport à des plans de traitement par la médication, il y a des demandes de baisse de médication ou de réajustement qui sont refusées. Il y a aussi des personnes qui disent qu'elles ont des problèmes sérieux sur le plan physique et qui ne sont pas du tout écoutées et respectées.*

Avec la réduction des services sociaux, une autre tendance revient en force. *On considère les handicaps comme des maladies, note cet intervenant dans un groupe de défense de droit en déficience physique. La direction de l'intégration sociale de la Régie régionale a été abolie. On l'a intégrée dans le continuum en santé physique. La notion de médicalisation n'est pas encore disparue! dénonce-t-il.*

- **Privatisations actives et passives**

D'autres services et soins ont aussi été désassurés, en partie, ces dernières années et les conséquences se font sentir. Par exemple, *les femmes et enfants ne vont plus chez le dentiste, affirme cette travailleuse dans un groupe de femmes.*

Les programmes d'aide matérielle réduits, les personnes présentant une déficience en ont subi les conséquences comme le raconte le délégué d'une association de personnes malentendantes: *On est touché par les coupures au niveau des appareils auditifs. On a maintenant six ans à attendre pour avoir le droit de se faire payer un nouvel appareil. Si on le brise et qu'on a pas d'argent pour le faire réparer, ils ne paient pas.*

Une autre plaie qui dérange de plus en plus dans le réseau public, c'est l'attente qui peut durer des mois pour obtenir des examens et des services spécialisés. Comme le déplore une intervenante d'un centre de femmes avec cet exemple: *la dame paralyse d'un côté et l'hôpital la renvoie à la maison sans lui passer de «scanner»; il n'est pas disponible. Même s'ils ne savent pas si c'est cardiaque ou neurologique, ils ne lui donnent un rendez-vous pour un examen que deux mois plus tard. Dans une clinique privée, on peut avoir le test pour 500\$.*

Un autre exemple est rapporté par une travailleuse dans un groupe de soutien aux femmes victimes d'agressions sexuelles: *Une femme faisant un test à la clinique se fait dire, «si tu paies 20\$, tu auras ton résultat demain sinon tu l'auras dans 10 jours ou 2 semaines».*

C'est devenu la règle d'or: les examens, les soins de santé et les services sociaux nécessitant désormais une longue attente ou qui sont inaccessibles dans le réseau public constituent des produits promus dans le lucratif marché de la santé en expansion. C'est de la privatisation passive.

Dans un hôpital pour enfants, relève la coordonnatrice d'une association en déficience intellectuelle, *des professionnels-elles répondent ainsi quand on demande des services spécialisés: «il y a une liste d'attente d'un an à un an et demi...mais je fais du privé après les heures de travail».*

Les organismes en déficience intellectuelle disent qu'il manque de services spécialisés dans le réseau public de la santé tout comme dans les écoles. Une intervenante explique qu'*en l'absence de ressources, on nous envoie vers des ressources privées. Les gens n'ont pas les moyens, ils ne peuvent pas être assurés. Par exemple, les services d'orthophonie ne sont pas disponibles dans les écoles. On nous dit: «allez vers le privé».*

La déléguée d'un de ces groupes affirme qu'il y a une détérioration des services⁵² et même un refus de donner des services dans le réseau public. *Il y a une augmentation de la population qui nous demande des ressources privées - surtout pour de l'hébergement et du répit - car le réseau ne leur répond pas toujours.*

Dans certains cas, il est littéralement question de frais pour des services publics comme le raconte une intervenante: *Une femme violente est sortie d'une maison d'hébergement, elle a changé de quartier donc de clinique et de médecin. Elle a voulu faire transférer son dossier mais ça coûtait 35 \$. Elle a laissé faire.*

⁵² Actuellement, les données de la Régie précisent que sur le territoire montréalais, 1957 personnes sont en attente de services en déficience intellectuelle à Montréal, *Le défi de l'accès*, p.97.

Qu'elles soient actives ou passives, les privatisations représentent un choix social douteux et coûteux.

Les tarifications et les coassurances ne représentent certes pas une voie d'avenir. Comme l'affirmait le Conseil de la santé et du bien-être en 1995 dans son avis au ministre de la Santé, «la tarification et la coassurance affectent surtout les personnes pauvres, particulièrement les enfants et les personnes âgées. Elles entraînent généralement une réduction des dépenses publiques à court terme..et elles entraînent généralement une hausse des dépenses publiques à moyen terme».

Malgré l'évidence, le ministre Rochon annonçait qu'il entendait revoir les tarifs de suppléments de chambre ainsi que la contribution des personnes hébergées afin de rapprocher ces tarifs des coûts réels d'hôtellerie⁵³. Revenus additionnels attendus: 115,5 millions\$ en 1997-1998.

Aux États-Unis, royaume suprême de la privatisation, il en coûte 39 % de plus qu'au Québec par personne hospitalisée alors que la qualité des services est comparable⁵⁴. Plus près de nous, lors de la désassurance des services optométriques, le coût d'un examen de la vue a doublé -18\$ lorsqu'il était payé par l'État et entre 35\$ et 50\$ depuis qu'il est payé par les individus -. Pire! «Lorsque certains actes qualifiés de non-médicalement requis ont été désassurés (comme le traitement des varices), les montants globaux pour la rémunération des médecins n'ont pas diminué en conséquence. Les coûts assumés privément se sont donc ajoutés aux coûts publics totaux»⁵⁵.

En fait, les privatisations ont déjà fait leurs preuves: elles augmentent les dépenses privées et publiques et réduisent l'accessibilité aux services, surtout pour les plus pauvres. Malgré cela, un vent de privatisation souffle sur le Québec de façon continue depuis 20 ans. Alors que les dépenses publiques couvraient 83%⁵⁶ des dépenses de santé en 1977, elles ne couvrent plus que 68% de ces dépenses aujourd'hui⁵⁷.

• Bâtisses à vendre

La fermeture d'établissements publics de santé et de services sociaux assombrit aussi passablement le tableau. *On a perdu notre CLSC, dit une intervenante dans un organisme famille. Ça va amener un impact et dans les années à venir, ça ne sera pas drôle dans notre quartier.*

Selon la déléguée d'une association en déficience intellectuelle, la fusion de deux des trois centres de réadaptation a laissé des séquelles: *Avant, quand il y avait trois centres, il y avait des liens, on était plus proche. Maintenant, avec un seul centre, les gens se*

⁵³ Lettre de Jean Rochon aux régions régionales, le 18 avril 1997, p.4.

⁵⁴ Coalition montréalaise de la santé, op. cit.

⁵⁵ Conseil de la santé et du bien-être, *Un juste prix pour la santé, 1995, p.14.*

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ CISC Hochelaga et autres, op. cit.

sentent plus loin. Et les intervenants sont sans expertise, surtout avec les enfants, regrette-t-elle.

2. Retour cahoteux à la maison

Désinstitutionnalisation, virage ambulatoire, virage milieu, chirurgies et hospitalisations d'un jour, suivi post-opératoire en CLSC. Ces mots-clés de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux se sont traduits en maux douloureux pour les gens désespérés qui frappent aux portes des groupes communautaires.

Tous les secteurs notent un manque de suivi de la part des établissements qui renvoient rapidement les gens chez eux après une rapide intervention médicale, après un court séjour pour des soins psychiatriques, après un programme de réadaptation pour une déficience ou une blessure physique. Sans parler des personnes lourdement handicapées ou des personnes malades ou âgées en perte d'autonomie. Les gens se retrouvent souvent seuls avec des besoins criants.

- **Maintien à domicile: tomber entre deux lits**

*Les gens n'ont pas le temps de récupérer à l'hôpital.
On les met hors de l'hôpital sans véritable suivi, à leurs risques.
On suppose que les CLSC donneront des soins à domicile mais les gens
n'ont pas les services qu'ils devraient avoir.*

Les services de maintien à domicile, sur lesquels était censé s'appuyer le virage ambulatoire, sont inadéquats, constatent un grand nombre d'organismes communautaires. Ces services sont dispensés au terme d'une attente qui peut durer des semaines ou des mois, ils sont souvent réduits au minimum ou ... sont simplement refusés. Tant pis pour ceux et celles qui ne peuvent payer les coûts de ces services marchandisés dans l'économie sociale et dans le secteur privé.

Selon le gouvernement, au niveau du maintien à domicile, on donne beaucoup plus d'aide qu'avant, explique le représentant d'un organisme de défense de droits des personnes handicapées. En fait, souvent dans les CLSC, on a la philosophie de donner moins de services à plus de personnes au lieu de combler l'ensemble des besoins d'une personne. Par exemple, on va chez elle 3 jours par semaine au lieu de 5.

Les gens sont de plus en plus affectés par la diminution des services de maintien à domicile, affirme une intervenante en santé mentale: *Par exemple, certains qui ont des maladies sévères et pour lesquelles ça nécessite une injection quotidienne, doivent eux-mêmes trouver le moyen de se rendre à l'hôpital ou au CLSC.*

En plus du virage ambulatoire, le vieillissement de la population accroît considérablement la demande de services à domicile. *C'était prévisible depuis longtemps mais l'État a fermé les yeux, dit une travailleuse du secteur aînés-es. Dans les années 1960, c'était*

l'hébergement automatiquement, rappelle-t-elle. Dans les années 1980, ça coûte trop cher et les gens préfèrent rester à la maison. En voyant arriver la cohorte, l'État s'est dit «c'est trop cher» et n'a pas mis tout le soutien nécessaire. Et puis est venu le virage milieu.

Le manque de services de maintien à domicile entraîne de la confusion et de l'inquiétude pour les personnes âgées et leur famille: où aller pour quel service?, enchaîne un de ses collègues.

Et parfois, il faut payer, déclare la déléguée d'un groupe de soutien aux femmes en difficulté qui a dû intervenir pour que les services, nécessaires à une femme dans le besoin, lui soient offerts gratuitement. Il y a beaucoup de privatisation dans les services de maintien à domicile, de répit-gardiennage et d'entretien ménager, constate en effet une intervenante du secteur aîné-e-s. Les gens n'ont pas les moyens de payer, disent de nombreux organismes. En plus des frais pour les services de maintien à domicile, les gens doivent aussi défrayer les coûts du transport pour un suivi dans le réseau, le coût des pansements et d'une partie des médicaments non couverts par l'assurance-médicaments.

Dans tous les discours gouvernementaux préconisant un plus grand recours au maintien à domicile, il y a une négation patente que les familles assumaient déjà plus que leur part des services. À titre d'exemple, citons une étude réalisée en 1990 qui démontrait qu'avant même le virage ambulatoire, les familles assumaient 75% des services aux parents âgés, les CLSC, 4%⁵⁸. Ce n'est certes pas en allouant un maigre 54,37\$⁵⁹ par habitant que le réseau peut suffire à la demande alors que plus du double serait nécessaire pour y arriver.

A cet égard, nous ne pouvons qu'endosser la position du Forum national de la santé qui «propose que les soins à domicile soient considérés comme une partie intégrante des services de santé financés par le secteur public»⁶⁰.

• **Les aidantes «naturelles», les Mamans providence**

Les femmes sont indéniablement plus affectées que les hommes par le désengagement financier de l'État dans le réseau public et par le transfert des responsabilités publiques aux individus et à leur entourage.

Cela s'explique par les rôles alloués aux femmes dans notre société: soins aux enfants, aidantes naturelles, travailleuses dans les emplois précaires et à faible revenu, explique une travailleuse dans un centre de femmes. Elles subissent donc davantage les contrecoups du virage ambulatoire, ce qui entraîne des séquelles sur leur santé. Surcharge de tâches et des responsabilités, épuisement, sont le lot de plus en plus de femmes, non seulement des travailleuses au foyer, rappelle une autre intervenante.

⁵⁸ Conseil de la Santé et des Services sociaux des Laurentides et de Lanaudière, 1990.

⁵⁹ RIOCM, *Et si on parlait de santé*, op.cit..

⁶⁰ Forum national de la santé, op.cit.

De plus en plus de femmes nous disent sentir la pression du réseau qui compte sur elles pour prendre soin des malades à la maison, ajoute une autre. Celles qu'on appelle les «aidantes naturelles» sont des «aidantes forcées».

En effet, en grande majorité, les gens qu'on appelle «aidants naturels» sont des femmes. Les femmes fournissent 70 à 80% des soins selon l'étude de Garant et Bolduc en 1990. Et cette déléguée du secteur aîné-e-s qui travaille continuellement avec des aidantes dites naturelles affirme ceci: *On a remarqué un état d'épuisement chez les aidantes qui nous appellent. Les hôpitaux font pression pour sortir les gens plus vite. Dès que les intervenants voient un membre de la famille à l'hôpital, ils se disent que cette personne prendra le convalescent en charge. Le rôle leur est donné et imposé sans l'appui nécessaire, tel que les services de maintien à domicile.* Ce constat converge tout à fait avec les données de la dernière enquête de Santé Québec qui mettait en relief que 35% des femmes «aidantes naturelles» présentent un niveau de détresse psychologique élevé⁶¹.

Ce qui est nouveau, poursuit une intervenante, c'est que plusieurs (aidantes) doivent diminuer leurs heures de travail pour prendre soin d'une personne. Ça diminue d'autant leurs revenus. Elle remarque aussi que *de plus en plus de personnes âgées jouent un rôle d'aidantes naturelles auprès d'un conjoint ou d'un proche.* Et ce même si la participation des femmes au marché du travail a plus que doublé en quatre décennies passant de 25% en 1951 à 54% en 1990⁶².

Avec la transformation des politiques sociales et du réseau public, les conditions de vie des femmes se sont détériorées parce qu'elles se sont appauvries en plus de se voir souvent forcées de prendre en charge des personnes délaissées par l'État. C'est ce dont parle cette travailleuse communautaire dans le secteur de la déficience intellectuelle. *Parmi nos membres, il y a beaucoup de femmes seules qui ont à charge des enfants ou des adultes. Elles sont touchées à la fois par la perte de services et par la détérioration de leur pouvoir d'achat. Ce sont les femmes qui s'occupent prioritairement de l'éducation et de la prise en charge de l'enfant ou de l'adulte déficient intellectuel.*

Les membres du Forum national de la santé posent un regard plus lucide sur la situation que le gouvernement du Québec en affirmant que l'État ne devrait pas présumer que les familles (lire les femmes) assumeront cette responsabilité. Un sondage réalisé en septembre 1997, pour le compte de la Coalition Solidarité Santé, pointe dans la même direction puisque moins d'une personne sur trois (31,3%) se disait en mesure et prête à prendre en charge une personne en convalescence ou en perte d'autonomie. Ce pourcentage fond à 28% lorsque le répondant est une répondante.

Comme le disait si justement Francine Saillant, «L'État s'est offert une posologie de choix, l'un des remèdes commodes de faillite de l'État providence: le savoir-faire *naturel* des femmes»⁶³ En résumé, les différents virages dans la santé et les services sociaux

⁶¹ Santé Québec, op.cit.

⁶² Coalition montréalaise, op. cit.

⁶³ Saillant, Francine, *Les soins en péril, entre la nécessité et l'exclusion*, Recherches féministes, 1991

auront signifié la plus grande conscription des femmes depuis la deuxième guerre mondiale.

- **Suivis externes?**

Quand une personne quitte une institution psychiatrique pour retourner dans la «communauté», elle a souvent peine à obtenir le suivi externe nécessaire de la part du réseau public, déplorent de nombreux groupes communautaires. *On a essayé d'avoir du suivi externe, explique ce délégué d'un refuge pour itinérants. Il y a 2 à 3 mois d'attente. Ce n'est pas possible. Et c'est la même chose pour le maintien à domicile.*

Cet autre témoignage, raconté par une personne travaillant avec les jeunes montre comment les gens qui pourraient être suivis sans être internés sont laissés à eux-mêmes.

Un jeune qui avait tendance à être dépressif chronique avait entrepris, au mois d'octobre, une démarche à St-Luc pour avoir un suivi externe. C'est seulement en mars qu'on a commencé le suivi. Il y a eu beaucoup de rencontres, mais c'était toujours des rencontres d'évaluation. Il n'avait pas de suivi pendant ce temps-là. On parle de 5 mois pour décider du genre de suivi qu'on va lui faire. En attendant, le gars fonctionne tout croche et on ne lui propose rien (...) On l'a ramassé une couple de fois, nous autres⁶⁴.

3. Impasses publiques

Les gens sont de plus en plus démunis par rapport au réseau. Ils ne savent plus qui fait quoi, comment, à quelle porte aller frapper, et quand ils essaient d'avoir de l'aide, du support, ils se font toujours dire: «Vous êtes pas à la bonne place».

Plusieurs groupes communautaires, dans différents secteurs, nous ont dit que la population qu'ils rencontrent se sent de plus en plus impuissante devant la difficulté croissante d'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Le sentiment de découragement s'accroît.

Pour une intervenante féministe: *Les femmes sont plus conscientes qu'avant de la situation économique, politique et sociale. Elles vivent surtout beaucoup d'impuissance*

⁶⁴ Parent, Claudia, op. cit.

et un certain défaitisme quant aux solutions à leurs problèmes. Elles ne savent plus où aller, à qui s'adresser; les ressources étant elles-mêmes souvent débordées ou moins accessibles. La nursification des CLSC a fait son oeuvre.

Pour leur part, les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle *développent un «burn out» du système, de la paperasserie à remplir, de raconter leur vie 15 fois pour se faire dire non*, soutient la coordonnatrice d'une association de parents.

Une autre intervenante dans le milieu dit qu'*avec l'alourdissement de leur situation et la perte de services et d'acquis, on en vient à avoir la sensation d'arriver souvent dans des impasses. Il y a aussi un sentiment plus fort d'épuisement. Les gens ne se sentent plus compris et supportés par le réseau public. On constate même souvent le refus des parents à demander les subventions auxquelles ils ont droit.*

Même constat chez cette intervenante en défense de droits. *Je trouve que les gens comprennent de moins en moins ce qui se passe dans le réseau et osent de moins en moins faire valoir leurs droits. D'une part, ils ne les connaissent pas. Aussi, souvent ils n'osent pas les faire valoir car ils sont tellement contents d'avoir enfin quelqu'un qui leur donne un service quelconque dans le réseau, qu'ils se disent «si j'ai le malheur de critiquer et qu'on m'enlève le peu de services que j'ai...». Elle a d'ailleurs remarqué que plus les gens sont dans des ressources de longue durée, moins ils exercent leur parole. Les membres des communautés culturelles éprouvent aussi beaucoup de difficulté à se faire entendre dans le réseau, car ils ne connaissent ni le réseau, ni leurs droits.*

Et moins les personnes sont scolarisées, plus elles ont tendance à s'isoler et à se priver de ce dont elles ont besoin, affirme un travailleur en santé mentale.

Somme toute, *le réseau fait de moins en moins de place à l'humain. Les compressions et la cadence imposent qu'on traite un cas, et non une personne*, soutient une intervenante en défense de droits. Elle déplore aussi que, dans le réseau public, *aussitôt que les gens revendiquent et essaient d'avoir des services, on dit: «ah elle a sûrement des problèmes de santé mentale».*

D'ailleurs, selon un travailleur dans un groupe de défense de droits en santé mentale, la crédibilité des gens est souvent remise en question par le réseau public. *L'analyse de la personne par rapport à ses besoins, à ce qu'elle veut, à ce qu'elle demande, n'est pas entendue. Les réponses du réseau sont tout à fait inadéquates. On organise par plan et l'aboutissement ce sont les fameux plans de services individualisés. Les personnes sont dépossédées de leur citoyenneté, de leur capacité de choisir, de leur liberté de vivre. Avec les plans de services individualisés, poursuit-il, ton centre de jour peut te dire «de telle heure à telle heure, c'est là que t'es supposé être». Si tu te présentes à ton CLSC, on te dit «qu'est-ce que tu fais ici, va à ton centre de jour».*

Au Monopoly des services sociaux et de santé, les gens ont toujours l'impression de ne pas être sur la bonne case.

Chapitre 4

“Dumping” du public vers le communautaire

Les gouvernements dans l'avenir vont tendre à être moins interventionnistes et à jouer davantage un rôle de catalyseur ou de facilitateur. Dans cette optique (...) une place plus grande serait faite à des partenaires non-gouvernementaux pour la livraison des services publics. Les spécialistes entrevoyent même l'émergence d'un troisième secteur dit communautaire (...) qui pourrait jouer un rôle actif dans la prestation des services sociaux.

Jacques Léonard
Président du Conseil du Trésor
Cité dans Le Devoir, le 18 octobre 1996.

Profil des groupes communautaires montréalais en 1997-1998

553 organismes communautaires sont reconnus par la Régie régionale de Montréal-Centre comme étant des organismes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Nombre de groupes⁶⁵ par secteur d'intervention:

Alcoolisme et toxicomanies:	11
Action bénévole:	6
Assistance et accompagnement:	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles:	4
Centres de femmes:	24
Communautés culturelles:	34
Concertation régionale:	8
Dépannage pour personnes en difficulté:	4
Famille:	57
Femmes:	4
Intervention auprès des conjoints violents:	4
Jeunesse:	47
Maintien à domicile:	76
Maisons de jeunes:	27
Maisons de dépannage pour jeunes en difficulté:	14
Maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté:	26
Multiclientèles:	25
Organismes orienteurs:	2
Personnes âgées:	4
Personnes démunies:	37
Personnes handicapées:	37
Santé mentale:	84
Santé physique:	9
Services adaptés à une population spécifique:	1
SIDA:	23

56 groupes reconnus (10%) ne reçoivent pas un sou dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires⁶⁶.

Pour ceux qui sont financés, les subventions varient entre 1 749\$ et 1 187 574\$⁶⁷

⁶⁵ Des groupes peuvent être financés dans plus d'une catégorie.

⁶⁶ Régie régionale de Montréal-Centre, *Réallocations 1997-1998 et mise à jour du Programme de soutien aux organismes communautaires*, juin 1997.

⁶⁷ Idem

*Les attentes des gens à l'endroit des organismes,
ça tient du miracle.*

- **Toc, toc, toc...à l'aide**

Le délestage du réseau de la santé et des services sociaux vers les groupes communautaires se fait de plus en plus fréquemment notent les organismes rencontrés, et ce, souvent sans même les avoir préalablement contactés. Des gens quittent à peine l'hôpital qu'ils sonnent à la porte du groupe. *On ne sait pas qui leur a donné une liste d'adresses et les a mis dans la rue ou un taxi quand ils arrivent chez nous, mais on sait que quelqu'un l'a fait*, assure cette travailleuse jeunesse.

Les groupes communautaires se retrouvent souvent pris au dépourvu devant les demandes des gens. *Il est difficile de référer les femmes vers le réseau car lui se tourne vers nous*, dit une intervenante pour femmes en difficulté.

On arrive à un point où c'est gênant de référer la personne (au réseau public), parce que ça fait deux mois qu'elle s'en va d'un bord et de l'autre, explique un travailleur dans un groupe de défense des droits en santé mentale. *Il y a de moins en moins d'interventions véritables où quelqu'un du réseau dit «on va faire quelque chose».*

- **Pénurie de ressources spécialisées**

Les gens qui sont référés aux organismes communautaires par le réseau public font parfois face à des problèmes physiques ou psychologiques importants. Cette situation semble très liée à la réduction des ressources allouées aux institutions de services et soins spécialisés dans le réseau public.

Par exemple, de plus en plus de cas qui étaient auparavant référés vers des institutions spécialisées pour enfants - qui ont réduit leurs services -, sont maintenant référés vers des organismes famille. *Il faut pallier à ce qu'eux ne peuvent plus donner*, explique cette intervenante communautaire. *On reçoit des familles qui sont en grandes difficultés et qu'on ne recevait pas avant. Elles sont pauvres économiquement; elles sont pauvres parce qu'elles n'ont pas accès à des ressources spécialisées pour leurs enfants. On a reçu deux enfants qui n'auraient jamais dû être référés à une halte-garderie. Parce qu'ils ne savent pas quoi faire, parce que ces enfants autistiques ne sont pas intégrables nulle part, on nous les réfère en nous disant que c'est juste le temps qu'on leur trouve une place.*

La coordonnatrice d'une association de parents d'enfants confirme d'expérience les lacunes du réseau public: *Je dois donner beaucoup de formation et trouver du personnel spécialisé en déficience intellectuelle pour les gens. Ça me demande d'être plus spécialisée que le réseau. Je dépanne la Direction de la protection de la jeunesse. Il n'y a rien, pas de ressources. Le réseau est démuni!* Elle constate d'ailleurs que la majorité des médecins ne sont pas à l'aise avec un diagnostic de déficience intellectuelle.

Même phénomène dans cet organisme communautaire pour personnes sourdes. Le centre de réadaptation lui réfère de plus en plus de gens: *On ne réussit pas à avoir de services précis du centre de réadaptation. Les cas sont trop lourds. Ils nous les envoient mais on n'a pas les moyens, les ressources. On les accompagne comme on peut. On a l'impression qu'ils s'en lavent les mains. Par exemple, on nous a référé une personne sourde qui avait de la difficulté à comprendre des choses, elle n'a pas une déficience mais elle est entre les deux (...) C'est un cas de réadaptation, ils ne la prennent pas et l'envoient directement dans le communautaire.*

- **Marginalités...hors réseau**

Le réseau ne veut pas assumer la charge des «cas lourds» ou encore de gens avec une multiplicité de problèmes, qui ne «cadrent» dans aucune des cases des formulaires, soutiennent plusieurs groupes communautaires. *Il y a toujours un mépris pour les hommes et femmes de la rue, plus tu montes dans la hiérarchie du système de santé, pire c'est, note une intervenante dans une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté.*

Beaucoup de personnes itinérantes sont référées par le réseau public aux groupes communautaires. En fait, il s'agit d'une déresponsabilisation totale du réseau vis-à-vis des personnes itinérantes. Et des histoires d'horreur, il en existe des tonnes, affirme un intervenant dans un refuge. *Un gars s'est fait couper deux orteils qui étaient gelés, il n'était pas capable de marcher. À l'hôpital, on ne lui a pas donné de béquilles et il est arrivé chez nous en taxi. Il poursuit: Un autre itinérant s'est retrouvé à l'hôpital. Ils ont jeté ses vêtements parce qu'ils étaient souillés. Après, ils nous ont appelé pour aller lui porter des vêtements propres. (...) Ce n'est pas l'exception de recevoir quelqu'un en jaquette l'été. Un gars est même parti de l'hôpital avec les pantoufles en papier! Les ressources pour les personnes itinérantes en sont presque à ouvrir une aile de soins de santé, clament les intervenants-es du milieu.*

On comprendra que les dérapages sont inquiétants et que les virages ont particulièrement des effets dramatiques pour les personnes déjà marginalisées comme les toxicomanes ou les itinérants-es. Ainsi, le manque de ressources dans les centres publics de désintoxication cause des situations telles que celle relevée par un intervenant dans une maison d'hébergement jeunesse: *Pendant les deux semaines de sevrage des jeunes qui sont en attente pour la deuxième étape, ils nous les envoient chez nous.*

Un travailleur dans un refuge pour itinérants souligne, pour sa part, qu'à cause de la réduction de l'accès au centre public de désintoxication Dollard-Cormier, *des centres de désintoxication privés ont poussé comme des champignons, genre tu sors d'une désintox et 3 mois après tu pars ta ressource. Ils n'offrent pas de services professionnels et ça coûte cher. Ils viennent solliciter les gars dans la ligne chez nous pour aller là et les gars reviennent après deux semaines. C'est lié à ce qui se passe chez Dollard-Cormier: avant tu pouvais faire entrer quelqu'un rapidement, ça allait.*

Le réseau public ne semble pas non plus accueillir facilement des populations d'origine immigrante et des réfugiés-es, et surtout les personnes parmi elles vivant des situations de stress post-traumatiques, explique cette travailleuse dans un organisme de soutien aux réfugiés et immigrants ayant des problèmes de santé mentale: *La loi d'immigration est plus stricte et les gens sont de plus en plus menacés d'être renvoyés dans leur pays. Ils cherchent de l'aide parce qu'ils ont vécu, dans différents coins du monde, toutes sortes de traumatismes. Mais ils restent souvent sans aide psychologique*, déplore-t-elle. *De temps en temps, ils sont accueillis dans les hôpitaux et reçoivent des médicaments mais pour les services psychologiques, les hôpitaux les envoient à notre centre. On voit donc plus de cas de stress post-traumatiques.*

- **Le communautaire au coeur de la tourmente**

Elles nous disent que nous sommes leur dernière chance.

Les morceaux du casse-tête s'emboîtent pour former peu à peu un tableau presque surréaliste. D'un côté, une population appauvrie plus malade, vivant plus de problèmes sociaux qu'auparavant. De l'autre, un réseau public réduisant les soins et services, de même que ses effectifs. Entre les deux, des groupes communautaires qui se voient débordés de demandes de la population sans recours, des personnes parfois référées par un intervenant du réseau public, avec ou sans préavis, parfois venues d'elles-mêmes.

Au coeur de cette tourmente, les gens, de plus en plus nombreux, qui traversent de profondes crises de désespoir sont les premiers à être tassés en marge du réseau public, à être parachutés dans un réseau communautaire. Comme si les organismes communautaires devenaient de plus en plus LE filet de sécurité sociale.

Les représentants-es des organismes rencontrés racontent des histoires qui font frémir et ce ne sont malheureusement pas des cas isolés. La déléguée d'un groupe de femmes explique comment *une femme qui avait essayé de se suicider est sortie de l'hôpital dès le lendemain. Dès qu'ils savent qu'elle a le moindre contact avec nous, ils nous l'envoient.*

Une travailleuse dans un refuge pour jeunes raconte que l'Hôpital Sainte-Justine, entre autres, a changé ses manières de faire: *Avant ils ne nous envoyaient pas de jeunes qui venaient de faire une tentative de suicide. Maintenant, oui. Ils font du chantage en nous disant que la personne se suicidera si elle est seule dehors... Une fois, on a reçu une fille qui se brûlait les bras à la chandelle. Autre exemple, rapporté par cet intervenant dans une maison d'hébergement jeunesse: La travailleuse sociale d'un hôpital nous envoie une fille qui avait gobé des pilules le matin, en tentant de se suicider. Quand elle est arrivée en taxi chez nous, elle était encore sous l'effet des pilules!*

Un travailleur dans un groupe de défense de droits rapporte un témoignage qui indique jusqu'à quel point les risques pris dans le réseau public sont importants: *Un vendredi en fin d'après-midi, la femme était allée à l'hôpital et elle s'était faite retourner chez elle. Elle était paniquée et disait qu'elle avait tout ce qu'il faut à la maison pour passer à*

l'acte. Ça paraissait que son plan était fait. À l'hôpital c'était «non, non, t'es une achalante, on n'a pas le temps, on n'a pas assez de lits, va-t-en chez vous». On dirait qu'ils prennent plus de risques qu'avant.

Il semble que le courant a changé subitement de direction: auparavant, les groupes communautaires référaient des gens en crise au réseau public, maintenant, c'est l'inverse. Le constat transparait dans les paroles de cet intervenant d'une maison d'hébergement jeunesse: *On a eu plus de monde sorti des centres de crise, après une dépression, un deuil, etc. Paradoxalement, quand on veut leur référer des jeunes en crise, c'est beaucoup plus difficile. Et leur définition de la crise est assez intéressante. Il faut vraiment que ce soit quelqu'un qui va bien, qui a une petite "drop" et dont ils sont certains qu'il va remonter après. S'il est dans le bas de la pente, ils ne le prennent pas parce qu'il est en post-crise ou quelque chose du genre.*

Cette intervenante dans une maison d'hébergement pour femmes en difficulté parle aussi de situations-limites: *Tu ne peux pas référer des femmes qui ont des idées suicidaires dans les centres de crise; elles sont refusées.*

Parfois, c'est carrément l'expertise et la compétence des intervenants-es du communautaire qui sont remises en cause pour justifier un désengagement du réseau public - mais ils sont suffisamment compétents pour qu'on leur réfère des personnes en situation de crise - , comme le raconte cette travailleuse dans un refuge pour jeunes: *Un jeune schizophrène s'est mutilé au refuge. Ils lui font des points de suture. Ses mutilations relèvent de problèmes de comportement, il doit être pris en charge par le réseau et non par nous. Mais le médecin nous demande si on a l'expertise pour diagnostiquer ça. On a dû le reprendre et le jeune s'est ensuite coupé un doigt avec une hache. À ce moment, le docteur a admis qu'il avait des troubles de comportement.*

- **Besoins d'accompagnement**

Avec les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux, de même que dans les programmes sociaux, les gens s'en remettent davantage aux groupes communautaires pour obtenir des informations, se rendre à leurs rendez-vous médicaux et même se faire accompagner pour faire valoir leurs droits sociaux. Nombreux sont les organismes communautaires qui ont vu les demandes d'accompagnement et de défense des droits monter en flèche dans les dernières années.

Par exemple, une travailleuse dans un centre pour femmes dit que son groupe reçoit *de plus en plus de demandes d'accompagnement pour aller dans les divers services de santé, gouvernementaux, institutionnels, publics, privés, etc. C'est souvent à cause d'un manque de compréhension ou de problèmes de langue et de culture.*

Une autre intervenante, dans un autre refuge pour jeunes, croit que l'augmentation des demandes d'accompagnement pendant et après le séjour des jeunes est due à leur état de découragement. *Avant, ils pouvaient souvent y aller seuls, se rappelle-t-elle.*

Dans un centre de jour pour aînés-es, on constate aussi *une hausse énorme des demandes d'accompagnement et de transport pour des personnes en perte d'autonomie, en majorité des femmes. Les références proviennent surtout des hôpitaux*, affirme un travailleur d'un de ces centres.

Parfois on reçoit des demandes de personnes plus jeunes, de gens qui sortent de l'hôpital, qui ont besoin d'accompagnement, de faire faire des emplettes, raconte une travailleuse dans un centre communautaire pour aînés-es. *Il y a même des gens qui essaient de se faire passer pour des personnes âgées - c'est lié au virage, aux opérations d'un jour.*

Par rapport aux questions d'accompagnement et de transport, il faut se poser des questions sur le rôle des organismes communautaires. Je pense qu'on s'est fait charrier, poursuit le délégué d'un centre pour aînés-es

Les demandes d'accompagnement dans les sables mouvants de l'aide sociale se sont accrues, selon les organismes communautaires. Une intervenante dans un centre communautaire explique qu'elle reçoit beaucoup de demandes *des gens à l'aide sociale, dont l'agent n'explique pas les droits et n'informe pas. Elles ont besoin d'information, d'accompagnement. Dans un refuge pour jeunes, l'accompagnement va même jusqu'aux tribunaux administratifs. On doit faire de l'accompagnement au tribunal pour les jeunes de 18 à 25 ans qui n'ont plus accès au BS*, raconte un des travailleurs du refuge.

- **Zone grise pour les jeunes de 16 à 18 ans**

On voit beaucoup de cas de dépression chez les jeunes. C'est arrivé que les centres jeunesse nous ont dit à propos d'un jeune qui avait des problèmes "je ne peux pas l'aider, il va avoir 18 ans bientôt".

Les groupes jeunesse reçoivent de plus en plus de demandes de la part de jeunes en difficulté - au point de devoir fréquemment en refuser. Ils s'entendent pour dire que les jeunes âgés entre 16 et 18 ans sont abandonnés par la Direction de la protection de la jeunesse. C'est l'optique «placement zéro» qui prédomine. Cette tranche d'âge constitue une «zone grise», rien de moins qu'un «enfer», dénoncent les intervenants-es jeunesse.

Les délégués-es de ces groupes situent cet abandon des responsabilités de la société envers les jeunes dans le sillage du virage milieu entamé par le réseau des centres jeunesse. Ces derniers refusent de prendre en charge presque systématiquement les jeunes qui approchent de 18 ans, âge pour lequel la Direction de la protection de la jeunesse n'a plus de responsabilité.

Ainsi, des groupes jeunesse rapportent que la Direction de la protection de la jeunesse ne prend aucune mesure même si des cas lui sont rapportés de jeunes de 15-16 ans qui

subissent l'inceste ou la violence physique et psychologique dans leur famille. De plus, les services auxquels un-e jeune quittant le centre d'accueil avait auparavant droit - psychologie, travail social - sont de moins en moins accessibles.

Les exemples abondent, dit cette travailleuse dans un organisme jeunesse: *À propos d'un jeune de 16 ans qui était battu dans sa famille, on s'est fait dire par la CPEJ (Commission de la protection de l'enfance et de la jeunesse) qui l'a suivi jusqu'à 16 ans: «on ne peut rien faire. C'est culturel!» Ou une fille toxicomane de 15 ans subit de la violence et même des menaces de mort de la part de son «chum» de 30 ans. On contacte la travailleuse sociale qui nous dit de faire un signalement. Il y a dix intervenants dans le dossier - police, CPEJ, travailleuse sociale, etc - et personne ne réussit à l'aider.*

Par exemple raconte un travailleur dans une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté, *les jeunes arrivent à 15 ans chez nous. On doit en refuser environ 300 par année par manque de place. Plus de jeunes ont fait une tentative de suicide. L'an dernier, 65% des jeunes hébergés chez nous avaient une tendance suicidaire. Il y a un désespoir chez les mineurs, ils sont sous-scolarisés, ils ont deux ans à attendre avant d'avoir accès à l'aide sociale.*

La fermeture du centre d'accueil pour jeunes filles enceintes a aussi eu un impact majeur. *Même si la Direction de la Protection de la jeunesse a pour mandat de suivre les familles en difficulté, note cette intervenante, quand les filles ont 16 ans, elle arrête de les suivre et nous les envoie. Elle poursuit: Les jeunes mères vivant chez leurs parents, à 15-16 ans, ça ne marche pas souvent. Elles n'ont pas droit à l'aide sociale. On les place en famille d'accueil mais là, on accueille normalement une personne, pas une famille!*

Chapitre 5:
Relations public-communautaire:
des relations protégées?

C'est dans le respect de ce qu'ils sont et du rôle qu'ils jouent, c'est comme «mouvement autonome d'intérêt public» et non dans une optique de «complémentarité» avec le réseau public que les organismes communautaires veulent être reconnus et financés.

Plate-forme de revendications communes

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
Janvier 1994

«Dumping», délestage, déversement du trop-plein: voici trois expressions que les organismes communautaires ont souvent utilisées pour caractériser leurs relations avec les établissements publics, au cours de cette enquête-terrain.

Des gens dans le besoin sont régulièrement référés inadéquatement vers les organismes communautaires par le réseau public. Les relations entre le communautaire et les institutions publiques, quand elles existent, s'effectuent d'ailleurs sur un mode hiérarchique plus souvent qu'autrement même si le vocable «partenariat» ou «concertation» est promu. Et le financement, quand il est octroyé, reste encore largement insuffisant et est souvent conditionnel au respect des multiples exigences des bailleurs de fonds, sans égard à la mission des organismes communautaires. L'État providence se meurt, mais l'État ingérence tisse sa toile. Les groupes communautaires se sentent floués.

Référence sans déférence

Avec les restrictions des services dans les institutions du réseau de la santé, de plus en plus de femmes nous sont référées. Nous devenons, pour ces institutions, le lieu idéal pour colmater les fissures créées par les coupures.

• Échappatoire communautaire

La surcharge dans les services publics qui s'effritent conduit souvent le réseau public à transférer sans discernement son trop-plein au communautaire. Les groupes se sentent pris dans un engrenage qu'ils ne contrôlent pas. *On joue le rôle de l'État et personne ne nous l'a demandé*, affirme une intervenante pour femmes en difficulté.

Parfois, le communautaire est carrément utilisé comme un fourre-tout. Par exemple, raconte cette intervenante dans un organisme famille, *J'ai vu cet hiver une infirmière nous appeler parce qu'une femme avait besoin d'une paire de lunettes.*

Une déléguée d'une association en déficience intellectuelle résume bien l'état des lieux. *On réfère au réseau parce que c'est l'entrée officielle mais le réseau réfère chez nous quand ils sont débordés ou quand ils ne savent pas quoi faire.*

Le sentiment d'être des partenaires aussi utiles qu'utilisés est fréquent dans les groupes communautaires: *Je n'ai pas l'impression qu'on est traité d'égal à égal*, dit une travailleuse dans une ressource en santé mentale. *J'ai plutôt l'impression que le gouvernement nous dit: «on s'en débarrasse, prenez-les en charge».*

La désinstitutionalisation dans les services de psychiatrie a aussi créé un vide que les groupes communautaires doivent remplir, comme l'indique la déléguée d'un centre de femmes: *On a beaucoup plus de références de la clinique de psychiatrie de l'hôpital. Le problème c'est quand les femmes arrivent, elles ne savent pas pourquoi elles sont là. Leur médecin leur a dit «tu ne dois pas rester seule, va au centre».*

Ils ont vidé les hôpitaux psychiatriques sans donner de ressources aux femmes, affirme une travailleuse dans un groupe de soutien aux victimes d'agressions sexuelles. Les CLSC réfèrent aussitôt qu'une femme parle d'agression sexuelle, même si son besoin est autre chose. On nous demande de pallier leurs manques sans nous donner les ressources nécessaires.

Même problème avec les centres de désintoxication qui écourtent les séjours. *Ils élaborent un plan d'intervention dans lequel les partenaires communautaires sont au premier plan, déclare cette déléguée d'une ressource pour personnes itinérantes. Le virage c'est la vitesse, la non responsabilisation.*

Les groupes communautaires se font même parfois demander d'offrir du support médical à des personnes référées par le réseau public. Par exemple, voici ce que raconte un travailleur dans un refuge pour itinérants: *Ils nous appellent par rapport à un jeune homme VIH (séropositif) qui vient d'avoir une opération pour condylomes et nous disent: «ce serait mieux qu'il fasse des bains de siège».*

Les gens qui demandent plus de support pèsent-ils trop lourds pour le réseau public? Une travailleuse dans un organisme famille raconte par exemple que le CLSC a tendance à référer les nouveaux arrivants, les revendicateurs du statut de réfugiés, qu'eux ne peuvent pas desservir. *Ça demande une polyvalence dans les pratiques; il faut faire énormément d'accompagnement de toute sorte - juridique, médicale. Ça demande de se former plus dans les approches multiculturelles. Il y a un délestage du CLSC à ce niveau-là, ça doit être plus lourd de s'ajuster à de nouvelles pratiques.*

Une autre explique une variante sur le même thème: *le débordement des travailleuses sociales fait que dès que quelqu'un appelle et mentionne le mot logement, ils nous les réfèrent systématiquement. Nous on constate parfois qu'ils n'ont pas de problème de logement mais plutôt des problèmes de psychose ou autre chose.(...) On a dû les rencontrer - infirmières, travailleurs sociaux, intervenantes en soins à domicile - pour les informer sur ce qu'on fait et ce qu'on ne fait pas. On leur a aussi donné une formation de base sur les relations locataires-propriétaires pour qu'ils puissent informer les gens un peu et non nous les référer systématiquement.*

Lorsqu'une personne est référée inadéquatement par le réseau public à un organisme communautaire, ce dernier doit référer à nouveau la personne à une autre ressource. La personne référée rebondit comme une balle, d'un lieu à l'autre. Ça devient parfois aussi épuisant que le problème lui-même.

- **Mises au point**

Plusieurs organismes communautaires ont ainsi décidé d'aller rencontrer les gens du réseau public pour leur expliquer leur mission. Ce fut le cas du centre de femmes où travaille la représentante qui raconte ce qui suit: *On a fait le tour de tous les organismes*

du quartier depuis 3-4 ans pour expliquer qui on est et ce qu'on fait et pour éviter d'avoir du «dumping». En fait, quand il y a un trou c'est au centre qu'on réfère. Parce qu'on peut faire tout et n'importe quoi selon eux autres. On est comme un lieu idéal. Elle n'a pas de thérapie et elle n'a nulle part où passer ses journées, donc elle doit aller au centre. Elle n'a pas d'amies, elle doit aller au centre.

Ces mises au point prennent beaucoup de temps et d'énergie comme l'explique le coordonnateur d'un organisme SIDA: *On a renforcé notre réseau de communication avec les CLSC pour contrer le délestage suite à la fermeture des hôpitaux. Au moins 10% de notre budget va là-dessus.*

Mais ce n'est pas toujours possible. Parfois, c'est le vide total. *Qui est imputable dans le réseau? Qui prend la responsabilité? Il n'y a personne à qui s'adresser, s'offusque un intervenant auprès des personnes itinérantes. Un travailleur dans un centre communautaire pour aîné-e-s fait un constat semblable: Les relations avec les hôpitaux, c'est l'horreur. Il n'y a pas d'agent de liaison, de répondant. Il faudrait que tu t'adresses à chaque secteur.*

- **Ententes de service**

Les zones floues sont nombreuses dans les relations public-communautaire. Un intervenant dans un groupe de défense de droits en santé mentale explique: *On remarque plus de liens informels avec les institutions publiques (CLSC, CSST, hôpitaux) mais la nature de ces liens c'est surtout la référence, il n'y a pas d'ententes de service.*

Situation similaire entre les groupes communautaires de soutien aux personnes handicapées et les centres publics de réadaptation qui leur réfèrent de plus en plus de monde. *On a voulu signer un protocole d'entente avec le centre de réadaptation pour clarifier des choses, dit un intervenant du milieu. Ils ont dit non (...) Pourtant, c'est pire avec l'informel.*

Quand une entente a lieu entre un établissement public et un groupe communautaire pour déterminer les situations de référence, reste à la respecter. Par exemple, explique un intervenant dans le secteur de l'itinérance, *dans les ressources d'hébergement pour femmes en difficulté, la moitié des femmes avaient été référées par Dollard-Cormier sans entente tandis que dans d'autres ressources, où existaient des ententes per diem, il n'y avait pas beaucoup de références.*

Selon un travailleur de rue, des ententes avec les CLSC sont possibles dans son secteur mais il existe *une zone de flou dans le milieu scolaire. On nous donne les mandats qu'ils ne peuvent pas remplir. On fait appel au «cheap labor» du communautaire. Selon lui, les programmes de soutien à l'école montréalaise ont des budgets de pinottes. C'est le parascolaire vendu au prix de vente de garage.*

Pour quelques rares organismes, les ententes de référence se déroulent bien, comme l'affirme le responsable d'un centre communautaire: *Ils réfèrent du monde en appelant la responsable du secteur avant. On a un comité pour régler les difficultés. Ça va bien.*

Les relations à l'amiable entre le réseau public et le milieu communautaire risquent cependant de s'embrouiller à certaines occasions, selon la déléguée d'une association en déficience intellectuelle: *Il y a malaise lorsque l'organisme tente d'aider des familles qui ont des difficultés avec le réseau. Le réseau nous rejette et tente de nous éloigner.*

Le virage ambulatoire aura eu un impact positif, estime la représentante d'un centre communautaire pour aîné-e-s, *il a obligé tout le monde à se parler. Il y avait une ignorance polie avant. Maintenant ça oblige les CLSC à écouter les organismes communautaires parce qu'ils ont besoin d'eux.*

L'impact des virages est plutôt pernicieux selon le représentant d'une association de parents d'enfants atteints de déficience intellectuelle: *En répondant à ce qu'ils ne sont pas capables de répondre, on est en train de valider justement le fait qu'ils se disent: «c'est parfait, les organismes communautaires sont en train de faire le travail pour nous, donc ça nous prouve qu'ils sont capables de le faire et ça nous prouve que nous autres on est capable de se désengager».*

- **Échanges de services**

Plusieurs organismes communautaires mentionnent qu'ils reçoivent moins de soutien de leur CLSC qu'auparavant; conséquence concrète des postes abolis et des heures de travail, réduites.

L'anecdote suivante, racontée par une travailleuse dans un organisme famille, illustre la situation: *En plus de nous référer du monde, le CLSC a diminué les services qu'il nous offrait. Il ne nous prête plus de personnel comme il faisait avant. L'autre jour, on a fait une demande pour un café rencontre. L'infirmière qui va se déplacer va parler de l'alimentation, de la sexualité, du développement de l'enfant, pis d'une autre affaire, en une heure et demie!*

- **Confidentialité**

Avec l'augmentation des références du réseau public aux groupes communautaires, la question de la confidentialité des dossiers se pose plus que jamais pour ces derniers.

Certains groupes trouvent que la confidentialité des dossiers est parfois mise à rude épreuve dans le réseau public. Par exemple, une travailleuse dans un groupe de défense de droits mentionne que *les personnes sont «taguées».* Aussitôt que tu appelles pour la personne en crise, la réceptionniste te dit, *«ah vous parlez de madame X».*

Pour sa part, la déléguée d'un centre de femmes explique une tout autre situation: *Notre équipe a écrit une lettre à une clinique psychiatrique d'un hôpital parce qu'ils ont référé une femme au centre et ils ont rappelé pour nous dire qu'ils espéraient qu'on allait l'accueillir comme il faut, qu'on allait faire du suivi, qu'on allait les rappeler pour leur dire comment elle progresse. On leur a dit qu'on pense qu'ils ne comprennent pas qui on est. C'est comme s'ils nous incluaient dans un genre de plan d'intervention. On leur a dit qu'on refusait. On a dit qu'on ne retournerait pas leur appel, qu'on n'entrerait pas là-dedans.*

Pour d'autres groupes, la question de la confidentialité se pose en termes différents. Quand une personne est référée par exemple, parce qu'elle a besoin de soutien à domicile et qu'elle a des problèmes de comportement, la confidentialité de son dossier a des conséquences: *On a de plus en plus de références du CLSC. On nous réfère la personne point. Son dossier est confidentiel. On envoie des bénévoles, en majorité des femmes, en visite amicale, et ce n'est parfois pas drôle. Il y a des cas d'abuseurs, de violence, des cas graves de santé mentale. On cherche une solution à ça en concertation avec le CLSC. On est dans un dialogue de prudence.*

2. Partenariat égalitaire ou utilitaire?

*On est un partenaire utile, on sert parfois de caution
et ce n'est pas une relation égalitaire.
Donc ce n'est pas du partenariat.*

Avec la Loi 120, la réforme de la santé et des services sociaux et la mise en place des régies régionales, les organismes communautaires se voient attribuer l'épithète de «partenaires» par le réseau public. Ils sont invités (si non «obligés») à siéger aux différentes tables de concertation. La tendance s'accroît avec les différents virages du réseau (ambulatoire, milieu, communauté).

Nombreux sont les organismes communautaires rejoints dans le cadre de cette enquête-terrain qui qualifient ce partenariat d'utilitaire pour (et non avec) le réseau public plutôt que d'égalitaire. Certains parlent même d'un partenariat obligatoire.

Cela n'a rien d'étonnant nous dirait Michel Parazelli puisqu'à son point de vue, cela est implicite dans la Loi sur la santé et les services sociaux. «La Loi 120 exige le partenariat forcé des groupes communautaires aux programmes institutionnels de l'État»⁶⁸.

• Quel pouvoir?

A-t-on déjà eu du pouvoir?», demande la représentante d'une association de parents d'enfants avec une déficience intellectuelle. On nous en reconnaît une part de façon formelle mais dans les faits, on se fait tasser ou récupérer, et ça, c'est pire.

⁶⁸ Parazelli, Michel, *La productique sociale. Un point de vue communautaire sur les risques sociaux du chapitre 42 de la Loi 120*, 18 juin 1991.

À titre de «partenaires», les organismes communautaires sont continuellement consultés sur différents sujets par les institutions publiques et nombre d'entre eux ont l'impression de ne pas être entendus. *Je voudrais que le gouvernement arrête de faire la sourde oreille à nos demandes* blague le délégué d'un organisme de soutien aux personnes malentendantes. *Ils nous consultent mais ne changent pas une virgule. C'est démoralisant.*

Un intervenant dans un groupe de défense de droits en santé mentale renchérit: *Il y a aussi notre difficulté à faire sentir notre impact. On est à la course pour participer à des consultations mais on a affaire à une grosse machine qui carbure avec nos idées mais qui les récupère en cours de route.*

Le délégué d'une maison d'hébergement en santé mentale se questionne aussi: *La Régie régionale nous a convoqués pour des consultations.(...) On propose, mais qui dispose après? Des fois, on a l'impression que les mêmes politiques se poursuivent et que c'est davantage la finance que la santé qui passe en priorité.(...) Le déficit zéro c'est la priorité et le ministre Rochon décide du budget, des priorités en fonction de ça. La consultation, c'est plus pour la forme que pour le fond.*

- **Entrer dans le rang**

On se sent utilisé par les grandes instances alors qu'on est là pour la base.

Il y a une pression à la conformité, explique la représentante d'un groupe de soutien en déficience intellectuelle. On a des parents qui siègent au conseil d'administration d'un établissement et tout d'un coup on se dit: «comment ça qu'ils ont pris cette position-là?» Ils la prennent parce qu'il y a une pression pour que les choses marchent. On joue beaucoup sur le fait que les gens sont là à titre d'individu (...) C'est vrai que les gens sont là à titre d'individu, mais ils demeurent des parents. Elle donne l'exemple de parents qui ont entériné la décision d'augmenter l'allocation de fréquentation dans un centre de réadaptation. Selon elle, des parents se font convaincre parce qu'il est difficile pour beaucoup de gens de résister à moins d'être aguerris de longue date. Elle croit d'ailleurs que les soirées sociales servent à cela, dans ce milieu. (...) Ils essaient toujours de nous convaincre et nous, on n'a pas leurs arguments parce qu'on ne connaît pas tout ce qu'il y a en arrière des décisions (...) et on n'a pas le temps. Les nouveaux rapports soit-disant de partenariat; ça n'en est pas (...). C'est de la caution.

Les établissements recherchent l'approbation des parents, selon leurs plans déjà fixés et c'est difficile quand on veut changer des choses, ajoute la représentante d'un groupe du même secteur. Faut avoir connaissance du fonctionnement, des magouilles qui se font en dessous (...) C'est des «games» politiques importantes. Les parents trouvent ça dur. (...) T'es obligée de te choquer et de menacer de scandales.

- **Incompatibilités**

Dans certaines situations, les approches du milieu communautaire sont carrément inconciliables avec celles du réseau public comme le souligne cette intervenante dans une maison d'hébergement pour femmes: *Les CLSC veulent faire beaucoup d'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale. En même temps, beaucoup de CLSC ont parrainé des groupes pour conjoints violents. Comme il n'y a pas beaucoup de clients parce qu'ils doivent payer, ils essaient de convaincre les femmes qu'elles sont violentes elles-mêmes. Donc, ils vont faire plus facilement de l'intervention avec les femmes victimes de violence à qui on dit qu'elles sont violentes avec les hommes parce que c'est très difficile de trouver des hommes pour ces groupes-là.*

L'intervention dans les cas d'agressions sexuelles est aussi envisagée par les CLSC à leur manière, explique la déléguée d'un centre d'aide pour victimes d'agressions sexuelles: *Pour les agressions sexuelles, jusqu'à récemment il n'y avait pas de services ailleurs que dans les centres féministes et communautaires. Il y a un an, une enquête dans les CLSC servait à répertorier ce qui est offert comme services dans le but de répondre à cette demande-là. Il nous disent «inquiétez-vous pas, on ne va pas prendre votre place».*

Même si l'organisme communautaire intervient depuis longtemps et possède une expertise, il peut rapidement être mis en marge par le réseau public. Par exemple, raconte la représentante d'une maison d'hébergement, *avec le protocole d'entente entre la police et le CLSC, la police appelée dans une maison où il y a de la violence conjugale, réfère la femme au CLSC mais celui-ci a 48 heures pour répondre. En attendant, la police amène l'homme en prison ou la femme dans la famille. Ce n'est pas automatique qu'ils l'amènent dans une maison d'hébergement; ils se disent que c'est le CLSC qui va faire le suivi après. Ce protocole d'entente a été fait complètement sans nous. On a chiâlé (...) Ils sont vraiment entêtés, ils continuent même si c'est la gaffe la plus grosse. Une fois qu'ils commencent à entrer dans une problématique, ils sont là pour longtemps même si ça marche pas.*

Chapitre 6

Le nerf de la guerre

Tout un pan de l'intervention dans les communautés est le fait des organismes communautaires et il est de responsabilité publique de soutenir leur action.

Mme Thérèse Lavoie-Roux
Ex-ministre de la Santé et des Services sociaux
Livre blanc sur la santé et les services sociaux.
Citée dans la *Plate-forme de revendications communes*
RIOCM, 1994.

Certains voient leurs ressources financières diminuer ou rester stables, d'autres les ont vu augmenter au cours des dernières années. Mais pour la grande majorité, ces ressources financières restent largement insuffisantes. Le sous-financement demeure au coeur des préoccupations des organismes.

Cela n'a rien d'étonnant puisque 204 des 553 (37%) groupes actuellement reconnus par la Régie régionale de Montréal-Centre ne reçoivent même pas 30 000\$ en financement de base de la Régie. Seulement pour atteindre cet objectif, il aurait manqué, en 1997-1998, au moins quatre millions\$ dans le Programme de soutien aux organismes communautaires.

C'est l'essoufflement monétaire, dit cette déléguée d'un centre pour victimes d'agressions sexuelles. Notre équipe est diminuée de moitié à cause des coupures. On fait moins d'écoute, on ne fait plus d'accompagnement, lance une travailleuse dans une maison d'hébergement pour femmes en difficulté.

Les salaires versés sont bas. Il faut travailler à moindre salaire dans le communautaire parce que soit-disant on est dévoué à la cause, mentionne cet intervenant dans une maison d'hébergement jeunesse. C'est comme si on avait une auréole autour de la tête. Pourquoi pas à travail égal, salaire égal?

Non seulement la recherche de financement est-elle de plus en plus astreignante, disent les organismes communautaires, mais de plus, les programmes de financement qui leur sont accessibles les enferment de plus en plus dans une logique de service et de subordination qui menace même leur raison d'être.

- **Plus de temps et ... moins de résultats**

Pour chaque dollar obtenu, tu travailles dix fois plus qu'avant.

De nombreux organismes communautaires disent que la recherche de financement exige de plus en plus de temps et de ressources pour de moins en moins de résultats. *Ça rejaillit inévitablement sur la qualité et le temps alloués à nos services, à l'action collective et à l'éducation,* déplore la représentante d'un centre de femmes.

Quand les groupes communautaires parviennent à obtenir des subventions, ils doivent aussi investir plus de temps qu'auparavant pour figoler les rapports et bilans exigés: *Il y a tellement de papiers à remplir qu'il faudrait engager une personne juste pour ça. Ça amène une surcharge,* dit cette intervenante dans une maison pour femmes en difficulté.

Les sources de financement sont restreintes. Par exemple, la représentante d'un centre communautaire pour aînés-es déplore que le gouvernement fédéral ne finance presque plus rien. Pour ce qui est du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), *il devait financer des actions autonomes mais finalement, il finance des groupes en crise ou*

des groupes qui se rallient à la concertation avec les Centres Travail-Québec, déclare-t-elle.

Du côté des fondations, selon la déléguée d'une maison d'hébergement pour femmes en difficulté, elles s'engagent pour trois ans mais se désengagent après et parfois, elles veulent donner pour des services directs mais non pour un soutien aux salaires. Les communautés religieuses se retirent aussi car elles ont moins de membres et de sources de revenus.

Les groupes communautaires famille questionnent le rôle du Fonds de lutte à la pauvreté: *nous n'avions pas compris qu'il servirait à financer les réformes de Mme Marois. Le Fonds sert-il à lutter contre la pauvreté de la population ou celle de l'État⁶⁹?*

Pour chaque nouvelle source de financement qui nous est offerte, que ce soit le Fonds de lutte à la pauvreté, le soutien à l'économie sociale, les articles 58⁷⁰ - il faut toujours qu'on fasse une analyse, faut qu'on mesure jusqu'à quel point ça va ajouter à notre charge de travail et jusqu'à quel point ça nous éloigne de notre mission de base, précise la déléguée d'un centre de femmes.

Si on avait juste un peu plus de financement de soutien, on n'irait pas les chercher ces sources-là et on aurait plus de temps pour réaliser notre mandat, croit-elle. Cette nécessité d'un financement de base adéquat et récurrent pour les organismes communautaires fait l'unanimité.

Les bailleurs de fonds vont cependant dans le sens contraire: *Le financement à la pièce te confine au modèle de solution qui relève de leur analyse, soutient le représentant d'une maison d'hébergement en santé mentale.*

Ainsi selon une intervenante dans un centre de femmes, le financement par projet permet la mise sur pied d'un projet, et par la suite, le service doit continuer, étant donné qu'on l'a mis sur pied pour répondre à un besoin, sans qu'il y ait des sous pour assurer sa continuité.

Grandeurs et misères du financement public

On vous donne de l'argent mais prenez le monde qu'on vous envoie.

Les virages opérés dans le réseau ont créé de nouvelles sources de financement pour certains groupes communautaires mais ils comportent leur lot d'effets pervers.

Entre 1995 et 1998, ces réallocations -rendues possibles par des compressions dans le réseau public - ont totalisé près de 15 millions\$ à Montréal seulement. Malgré cela, peu

⁶⁹ Lettre du Regroupement des organismes communautaires Famille aux membres du comité permanent d'analyse des projets Secteur Services de gard du Fonds de lutte à la pauvreté, 20 mars 1998.

⁷⁰ Programme d'employabilité de l'assurance-emploi.

de groupes prétendent que ces réallocations leur ont permis de «s'enrichir». *Notre financement de base a un peu augmenté. Mais c'est à se demander si toute l'énergie que nous avons mise dans les réallocations vaut le peu que nous avons reçu*, questionnent les groupes.

Ces réallocations ne sont pas sans susciter quantité de malaises dans les groupes. *Aller chercher de l'argent grâce aux coupures dans les hôpitaux, on ne sent pas du tout à l'aise avec ça. Il faut exiger de l'argent neuf. C'est comme ça que ce fera la reconnaissance des groupes communautaires*, précise une intervenante en violence conjugale.

- **A qui appartiennent les groupes?**

On leur appartient: quand ils parlent de nous, ils parlent de «leurs» groupes.

Les établissements et les bailleurs de fonds manifestent un sentiment de possession envers les groupes communautaires. *De plus, ils considèrent que c'est une obligation pour le groupe de rendre le service. Les établissements ont des attentes beaucoup plus pointues envers nous qu'il y a quelques années et c'est très difficile de ne pas y répondre (...)* Si tu ne réponds pas à l'attente, il faut quasiment que tu réunisses toute leur équipe pour leur expliquer, complète une déléguée du secteur famille.

Le communautaire, c'est vraiment le bouche-trou suprême pour les institutions mais pour la reconnaissance de l'intervention féministe, on repassera, s'offusque une travailleuse dans un centre de femmes.

De plus en plus, les organismes communautaires sont considérés comme faisant partie du réseau public. *C'est comme s'ils essaient de nous embarquer dans le réseau, de nous acheter pour pas cher*, soutient une autre intervenante du secteur femmes.

- **Exigences en croissance**

Les exigences du réseau public envers les organismes communautaires pèsent souvent plus lourd dans la balance que les fonds offerts, comme l'indique cet intervenant dans une maison d'hébergement en santé mentale: *La régie régionale émet de plus en plus de directives, de contrôles. Avec les plans de soins individualisés, la fréquente visite de travailleurs sociaux exige un suivi constant et des dossiers très à jour.*

Plusieurs organismes communautaires financés par la Régie pour offrir des services de soutien à domicile aux aînés-es craignent de n'être financés désormais que pour le volume de travail réalisé. *Le cadre de financement pour le maintien à domicile des personnes âgées (maintien dans la communauté) va changer*, explique la déléguée d'un centre communautaire. *J'ai peur que ça amène un changement vers le quantitatif.* Un intervenant va dans le même sens: *Ma crainte, c'est que les réallocations aillent dans le sens du volume de services offerts en maintien à domicile. On a toujours travaillé pour*

que ce soit plus que du maintien à domicile, pour que ce soit la vision globale de l'organisme qui soit mise de l'avant. Il faudra être vigilant.

D'autres organismes subissent des pressions pour recourir de plus en plus aux bénévoles. Ce qui a fait bondir la représentante d'un centre de femmes: *Les bénévoles viennent pour chercher quelque chose pour elles-mêmes. Que la Régie ne compte pas sur les bénévoles pour combler les manques à gagner causés par le fait que tous les organismes sont débordés.*

Un autre intervenant en santé mentale montre comment le transfert de mandats ne signifie pas toujours un transfert de fonds. Au contraire! *L'Hôpital nous donnait un peu de fonds pour les ateliers occupationnels. Il a réduit ses fonds mais continue à envoyer le monde. Il conclut: On a l'impression d'être le dindon de la farce. C'est presque autoritaire comme rapport. Le gouvernement a décidé de fermer des lits et il décide combien auront les organismes communautaires.*

- **L'intermédiarisation: une privatisation?**

Autre préoccupation chez plusieurs intervenants-es communautaires, les ressources intermédiaires. La confusion perdure entre les organismes communautaires d'hébergement et les ressources intermédiaires sous prétexte que ce sont des ressources dans la communauté à un point tel que les organismes communautaires d'hébergement seront bientôt considérés comme des organismes privés plutôt que comme des milieux de vie alternatifs.

Les ressources intermédiaires se situent pourtant dans le prolongement du mandat des établissements publics mais on sent une volonté de l'État d'abandonner ses responsabilités face à des populations vulnérables en privatisant ces ressources suite au virage-milieu. Il ferait d'une pierre deux coups: facturation aux individus et bris du lien d'emploi avec les syndiqués-es conventionnés du réseau public qui assument déjà les mêmes tâches.

Néanmoins, les directions d'établissements, conscientes du contrôle qu'elles pourraient exercer sur les ressources communautaires tentent d'inciter les groupes à «s'intermédiariser» comme en témoigne cette intervenante en déficience intellectuelle: *Hier encore, un centre d'hébergement faisait des pressions pour qu'un organisme devienne une ressource intermédiaire.*

- **Les programmes d'employabilité ne sont pas la solution**

Certains programmes comme *les articles 58* servent à embaucher temporairement des personnes ayant droit à l'assurance-emploi. Les *EXTRA* et les *PAIE*, sont réservés aux personnes assistées sociales.

La rémunération de base de la majorité de ces programmes est très faible. Avec les *EXTRA*, les personnes ne sont même pas couvertes par les normes du travail et la Loi sur

le salaire minimum. Une personne dans EXTRA n'a droit qu'à 120 \$ de plus par mois sur son chèque d'aide sociale pour 80 heures de travail. Plusieurs constatent que de plus en plus de personnes n'ont d'autre choix que de recourir aux divers programmes d'employabilité.

Le sous-financement des organismes les oblige à recourir à ces programmes mais en même temps, le sentiment d'entériner un système de «cheap labor» en hante plusieurs. *On a l'impression que c'est pour les envoyer à l'assurance-emploi*, affirme l'intervenante communautaire, qui se réfère au fait *que les personnes effectuant un programme PAIE dans le communautaire n'y décrochent pas souvent un emploi quand il est complété.*

Certains groupes communautaires refusent délibérément de recourir à des programmes d'employabilité. D'autres tentent de faire des arrangements.

Plusieurs estiment que les changements de personnes aux six mois portent un dur coup à la stabilité, amènent un roulement de personnel, insécurisent les membres des groupes et soulèvent directement la question de la confidentialité.

- **Économie sociale**

Après le Sommet sur l'économie et l'emploi, l'économie sociale a émergé comme nouvelle source de financement pour les groupes communautaires. Cependant, les exigences qui y sont rattachées sont contraignantes pour beaucoup d'organismes.

Pour ce centre de femmes qui a obtenu la subvention, rien n'est encore très clair, comme l'indiquent les propos de cette intervenante: *On a eu une subvention d'économie sociale et ça a été le bordel à cause de ce qu'ils demandent et les changements que ça apporte. On s'est fait revirer de bord et dire «c'est ça qu'il faut que tu fasses». La journée où je suis allée signer le protocole d'entente, j'ai su qu'on ne serait peut-être pas subventionnée pour la 2ième et 3ième année.*

La difficulté c'est d'avoir accès à du financement comme le financement pour l'économie sociale. Il y a beaucoup d'argent mais où on ne cadrera jamais parce qu'on ne tarifera jamais les femmes itinérantes. On peut pas leur demander 5\$ pour leur repas, explique la déléguée de ce groupe de soutien aux femmes itinérantes.

Enfin, des organismes famille s'interrogent sur les liens qui existent entre la récente Politique familiale et l'économie sociale⁷¹.

Le Comité d'orientation sur la contribution du secteur de la santé et des services sociaux au développement de l'économie sociale, affirme dans son rapport final en janvier 1997,

⁷¹ Lettre du ROCFM, op. cit.

que «parler de tarification des services à une clientèle peut exiger des changements importants dans la façon d'entrevoir sa mission⁷²».

Même si pour le gouvernement, «le concept d'économie sociale fait maintenant partie intégrante de la structure socio-économique du Québec»⁷³, plusieurs s'inquiètent de l'émergence de l'économie sociale dans le secteur de la santé et des services sociaux⁷⁴.

Ce point de vue critique est également partagé par le RIOCM qui déclare lors des audiences publiques de la Régie régionale de Montréal, en mars 1998, que « le recours aux entreprises sociales - auxquelles on fixe un objectif de rentabilité dans un délai de trois ans - peut être un moyen estimé peu coûteux pour répondre aux besoins de la population mais un moyen coûteux pour la population. À notre avis, le recours à des entreprises d'économie sociale peut compromettre l'accès aux services à tout un segment de la population, justement celle que nous représentons»⁷⁵.

- **De la contribution volontaire à la tarification**

Qu'elle soit une exigence pour certains programmes de financement, ou une alternative envisagée par les organismes qui désirent accroître leurs ressources, le débat sur la tarification est plus présent qu'auparavant dans le milieu communautaire. Plusieurs groupes refusent toutefois d'y recourir par principe ou *parce que les gens qui participent à leurs activités n'ont tout simplement pas d'argent*.

D'autres organismes acceptent d'instaurer une certaine contribution mais reconnaissent que cela accroît passablement leur charge de travail. *Tu dois avoir une politique d'accessibilité. Il faut que tu assures des activités gratuites chaque jour, que tu définisses et appliques des critères pour des rabais de tarifs ou pour avoir accès à des fonds de dépannage*, explique un travailleur du secteur aînés.

- **Les dons corporatifs, c'est pas toujours si désintéressé**

L'autofinancement, au même titre que la tarification, figure parmi les critères en vogue chez les bailleurs de fonds. Et ça cause bien des maux de têtes. Souvent, quelques dizaines de groupes mènent des campagnes de financement dans le même quartier et la population est sursollicitée. Le marché caritatif est déjà très accaparé. Plusieurs groupes communautaires disent avoir atteint leur limite et ne pas pouvoir accroître leur autofinancement.

⁷² Comité d'orientation sur la contribution du secteur de la santé et des services sociaux au développement de l'économie sociale au Québec, *Rapport final*, janvier 1997, p.13.

⁷³ Comité ministériel, op.cit. p.5.

⁷⁴ C'est le cas notamment de l'Association des CLSC et des CHSLD et de quelques CLSC sur le territoire montréalais.

⁷⁵ RIOCM, *Avis à la Régie*, op.cit.

Les activités de levée de fonds sont épuisantes, explique la responsable d'un organisme du secteur aînés-es: *On a dû faire un marchathon chaque année. Les bénévoles doivent chercher des commanditaires dans leur famille mais les trois quarts du temps, ils paient de leur poche. La motivation exigée par l'autofinancement est parfois au-dessus de nos forces*, poursuit-elle. *T'es toi-même très précaire, tu ne sais jamais si tu seras encore là l'an prochain. C'est dur de se motiver à faire de l'autofinancement.*

Pour ce qui est des dons corporatifs, *les grosses compagnies vont vers la clientèle qui les intéresse* dit la coordonnatrice d'un organisme de soutien aux aînés-es.

Par exemple, une de ces «clientèles» est certainement celle des personnes atteintes du VIH pour les compagnies pharmaceutiques. Un travailleur dans un des organismes SIDA qui a recours aux dons corporatifs demeure très critique même si son organisme est tout de même allé chercher le financement.

En plus du logo des compagnies pharmaceutiques qu'il faut mettre quand on organise un colloque, il y a tout le temps qu'il faut investir pour aller à leurs rencontres de marketing, à leurs conférences. Pendant ce temps, on n'est pas dans le groupe, à faire le travail sur le terrain, explique le travailleur communautaire. *Les compagnies nous incitent aussi à faire de la pression et du lobby auprès des députés pour que l'homologation des médicaments en essai se fasse au plus vite, pour que les médicaments soient homologués en même temps au Canada qu'aux USA. C'est une question d'argent pour eux.*

Ingénierie de la pauvreté

Le financement versé par l'État aux groupes communautaires est de moins en moins destiné au financement de base sur lequel les membres auraient du pouvoir mais ciblé vers des priorités déterminées par des technocrates. Les exigences des programmes sont énormes et orientent souvent l'action des groupes communautaires dans une direction qu'ils n'ont pas choisie.

Financement par programme, par projet, par priorité. Le financement est de plus en plus atomisé en fonction de philosophies qui envisagent l'action communautaire comme un moyen de gérer la pauvreté en minimisant les remous sociaux. Les pauvres deviennent des individus «à risque» dont le comportement doit être changé. Quant aux changements en faveur de la justice sociale, à la défense de droits, à l'action collective, ils ne sont plus à l'avant-plan et les groupes communautaires deviennent des instruments.

«Alors que la Commission Castonguay-Nepveu et les mouvements sociaux qui la supportaient, parlaient de «risque» pour dire qu'il fallait s'en protéger par des politiques de solidarité collective, voilà que le contrôle idéologique et les contraintes de l'État semblent avoir donné à cette notion le sens de «facteurs de risque» souvent pour imputer

moralement la responsabilité aux individus, c'est-à-dire comme disent les Américains pour culpabiliser la victime»⁷⁶.

- **Des droits non-solvables**

Comme l'indique un travailleur dans un groupe de défense de droits en santé mentale: *Le financement, si c'est pour les services directs à la population, y'a moyen de faire quelque chose. Mais aussitôt que tu as le malheur de prononcer le mot défense de droits ou «advocacy», c'est plus difficile.*

Le représentant d'un organisme de soutien à des personnes vivant avec un handicap physique qui a reçu du financement pour des activités de réadaptation ajoute: *On n'est pas financé pour l'écoute, la défense de droits. Donc, on le fait informellement.*

Un autre créneau difficile à financer est celui de l'accompagnement des personnes aux prises avec des problèmes. *Il n'y a pas de financement pour l'accompagnement et pourtant c'est un besoin. On ferait des interventions beaucoup plus efficaces,* croit cette intervenante dans un centre de femmes. Plusieurs organismes communautaires sont du même avis et se réfèrent à des besoins croissants d'accompagnement pour des personnes qui n'arrivent pas à payer leurs comptes, qui ont des problèmes avec leur agent d'aide sociale, qui ne parviennent pas à obtenir les services auxquels elles ont droit dans le réseau public.

Difficile de trouver du financement sans changer nos objectifs! affirme cet intervenant dans une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté. *On doit inventer des besoins.*

Le respect des critères de financement nous incite de plus en plus au non-respect de notre mission, concluent les groupes.

La marge de manoeuvre des groupes subventionnés est parfois réduite. *Souvent les exigences sont très grandes et le montant de la subvention est très mince,* rappelle une travailleuse dans un centre de femmes. *Pendant qu'on répond à leurs exigences, on ne répond pas aux besoins des membres,* souligne la représentante d'une association en déficience intellectuelle.

Les exigences sont lourdes (statistiques, évaluation, concertation) et deviennent vite de l'ingérence. *Il y a de plus en plus d'ingérence de la part de nos bailleurs de fonds,* affirme cette travailleuse dans un centre de femmes. *Au niveau des priorités ciblées, on n'écoute pas les besoins de la base et on ne respecte pas l'autonomie des groupes ni leur processus démocratique.*

- **La gestion des «risques» au profit de qui?**

⁷⁶ Renaud, 1981, cité dans le document des groupes communautaires de la région-03, op.cit. p.8

Les programmes-clientèles constituent la dernière génération des programmes littéralement construits par les technocrates de l'État pour cibler des interventions vers des populations considérées «à risque» par rapport à des problèmes sociaux spécifiques. *Leur approche privilégie des actions sur les conséquences de la pauvreté et non sur les causes, qui ont à voir avec les propres politiques de l'État.*

Une des premières exigences imposée aux organismes subventionnés est souvent la participation à des tables de concertation. *La relation avec les établissements est obligatoire, dit la travailleuse d'un organisme famille.*

Une autre exigence, liée aux subventions par programme, est la tenue régulière de données évaluatives, de statistiques, pour que les concepteurs du programme puissent évaluer si leurs modèles théoriques sont suivis. *Pendant qu'on fait nos statistiques, on a pas le temps d'être avec la population, déplore une autre travailleuse.*

L'évaluation quantitative de l'action communautaire engendre des difficultés pour plusieurs groupes: *Comment tu peux évaluer le bien que tu vas faire à un jeune en l'écoutant une demi-heure?* demande ce travailleur de rue. Il trouve que les demandes liées aux programmes sur les habitudes de vie du département de Santé publique, *sont incohérentes avec nos pratiques. Il y a une incompréhension et un rejet de nos stratégies de travail par la Santé publique. Ça vient pas juste nous dire ce qu'on va faire mais comment le faire,* insiste-t-il.

Le gros problème c'est que c'est un modèle hiérarchique qui a été implanté du haut vers le bas. Les chercheurs l'ont implanté d'en haut et maintenant ils descendent vers le bas; pour eux, le bas, c'est le communautaire. Ils tiennent peu compte des dynamiques qui étaient déjà installées dans les quartiers et territoires parce qu'ils ont leurs exigences en termes de programmes de recherche. Et c'est souvent inconciliable, ajoute une travailleuse du secteur famille.

Pire! On nous donne des programmes pour renforcer la compétence parentale mais avec la politique familiale on va enlever les enfants aux parents. Je ne pense pas qu'on va renforcer la compétence parentale en faisant ça. Je pense que pour qu'un parent ait de meilleures relations avec son enfant, il faut qu'il soit avec lui. On recule beaucoup.(...)C'est comme si nous autres, on va être les spécialistes au lieu que ce soit les parents.

Nous avons toujours revendiqué une subvention qui nous permettrait de faire adéquatement notre travail, explique une travailleuse dans un centre d'aide pour les victimes d'agressions sexuelles. Le morcellement de la Régie nous oblige à changer et pas pour le mieux. *On divise les personnes en clientèles à risque ou en problématiques et nous, on nous divise en volets.*

Pour Michel Parazelli, «ce transfert de sens de la responsabilité collective à la culpabilité individuelle tend à occulter (sinon à banaliser) les causes socio-politiques, culturelles

donc collectives, des problèmes sociaux. En persistant, par une orientation administrative, à forcer les réalités sociales à se faire traiter comme des objets pathologiques, de nature sauvage, à domestiquer ou comme un marché de clientèles à risque, on fait violence à l'intelligence, au pluralisme des visions sociales et au potentiel d'autodétermination des citoyennes et des citoyens. Dans ce contexte, par exemple, les jeunes devront traduire leurs besoins de socialisation en maladie ou déficience quelconque pour avoir accès à des ressources. Il y a là un enjeu démocratique indéniable»⁷⁷.

⁷⁷ Parazelli, Michel, op. cit.

Chapitre 7:
Pratiques et vie associative: quelles perspectives?

Rappelons que l'autonomie de l'action communautaire ne se caractérise pas par son caractère légal de corporation sans but lucratif ou par un quelconque mandat d'intervenir sur une clientèle-cible, mais plutôt par la capacité effective de l'organisme de permettre aux citoyennes et aux citoyens associés volontairement d'avoir un pouvoir sur leurs actes sociaux et donc d'en définir collectivement tous les contours. Il en va de la survie même de la spécificité de l'action communautaire.

Michel Parazelli
La productique sociale
Conférence prononcée le 18 juin 1991

Que sont devenues les pratiques alternatives des groupes communautaires avec la transformation des politiques sociales et du réseau public de santé et de services sociaux?

Tout bouge à un rythme effréné. Les groupes sont invités à cesser d'être des lieux de contre-pouvoir pour les gens dépossédés. Effectivement, «le pauvre-objet est l'antithèse de l'individu-sujet qui peut défier le sort et surtout ceux qui le lui font subir⁷⁸». On les incite à ne donner la priorité qu'au seul service.

Tant pis pour la défense des droits, l'éducation populaire, la conscientisation, la mobilisation. Tant mieux s'ils abandonnent «l'éthique de l'engagement social» pour verser dans «l'éthique de la charité». C'est plus économique et plus rassurant pour l'État.

1. Service vs éducation populaire

Les groupes communautaires sont devenus, aux yeux du gouvernement, des lieux pour tout faire, sauf notre travail de conscientisation, de défense des droits et d'éducation populaire.

• Le Wall-Mart du communautaire

L'urgence du service individuel prend souvent le pas sur tout le reste. Un glissement vers l'idée que les services sont une fin et non un moyen s'opère même au sein des organismes. Le discours clientéliste contamine leur langage. Selon cette intervenante d'un organisme famille, *les membres sont de passage, ils viennent pour répondre à un besoin particulier, trouver une réponse à leur problème et quand c'est fini, ils continuent leur magasinage. Une autre poursuit: Maintenant, les gens nous appellent et disent «j'ai entendu parler de tel service». C'est compliqué d'expliquer aux gens qu'ils peuvent venir mais qu'il y a une vie associative ici. Une intervenante dans un organisme jeunesse complète: il faut faire attention pour ne pas «flusher» l'action collective.*

Le travail de groupe devient même un raccourci, raconte la représentante d'une ressource pour femmes victimes d'agressions sexuelles: *Les femmes demandent un suivi individuel. Avant on faisait du travail de groupe pour la conscientisation. Maintenant on pense faire du travail de groupe pour en voir plus à la fois.*

Plusieurs groupes se posent aussi des questions face aux demandes croissantes d'accompagnement et de transport de la population. Selon le représentant d'un centre communautaire pour aîné-e-s, *c'est une illusion de penser que tout va se faire via les groupes communautaires. C'est aberrant de dépendre de bénévoles pour aller recevoir ses traitements. L'État et le secteur public doivent mettre en place quelque chose pour que les gens aient leur épicerie, les services de santé, les besoins de base. Ça nous envahit.*

⁷⁸ Lamoureux, Henri, L'éthique de l'engagement social, 1996

- **Le syndrome du diachylon**

Certains groupes ont l'impression de poser des diachylons sur des jambes de bois. Voici ce qu'en dit une travailleuse d'un groupe pour des victimes d'agressions sexuelles: *Avant, on voulait suivre la démarche jusqu'au bout. Maintenant, il y a tellement de demandes qu'on doit limiter les heures consacrées auprès des femmes dans le besoin. On ne voit jamais l'aboutissement des démarches, un résultat positif.*

Une autre travailleuse renchérit: *Des femmes avec de plus graves problèmes de santé mentale et physique prennent des cocktails de médicaments. On sent que ce qu'on fait est aidant mais on ne sent pas que ça va déboucher sur un changement dans leur vie.*

Il est de plus en plus difficile de partager une vision globale au sein d'un organisme, disent plusieurs. Un travailleur dans un groupe des défense de droits en santé mentale raconte: *Avant, chaque conseiller-ère devait suivre des formations dans tous les domaines. Maintenant, il y a des sujets qui demandent des expertises, comme la CSST, les assurances, etc. Selon lui, plus la pression de l'expertise est forte, plus l'approche globale est difficile à maintenir.*

- **Palliatifs**

Des organismes ont mis sur pied de nouveaux services pour pallier à ceux qui n'existent plus ou qui sont moins accessibles dans le réseau public: des ressources résidentielles et des centres de jour en déficience intellectuelle. Certains organismes ont mis sur pied des services pour répondre à de «nouveaux besoins», liés à la transformation du réseau, par exemple, l'accompagnement et le soutien à domicile pour les personnes en convalescence et en perte d'autonomie.

D'autres enfin, choisissent de donner la priorité à la défense de droits, comme cet organisme de personnes handicapées: *Nous, on n'a pas développé plus de services, c'est un choix de l'association de rester dans la promotion et la défense de droits. C'est sûr qu'on a eu des demandes.(...) On a plus de travail mais on n'a pas de nouvelles pratiques.*

- **Insatisfactions**

Les gens qui recourent aux groupes, faute d'obtenir les services publics dont ils ont besoin, ne comprennent pas toujours la réalité et le mandat de ces groupes. Cela engendre parfois des tensions, disent plusieurs organismes communautaires.

Une intervenante dans un centre pour victimes d'agressions sexuelles raconte: *Les femmes se font dire parfois par le CLSC «appelle-là, tu vas avoir un service». On est comme un coussin entre le réseau et la population. Des fois, les femmes font des crises chez nous, elles sont en colère parce qu'elles sont insatisfaites. .*

À défaut d'avoir suffisamment accès à des services publics, des gens ont plus tendance à considérer les services offerts par les groupes communautaires comme un dû. Ils attendent beaucoup de l'organisme sans sentir que leur implication est essentielle. La représentante d'un groupe de défense de droits commente: *Au départ, les groupes communautaires, c'était fait par les gens pour les gens, c'était des militants qui étaient dans les groupes. Puis, on est passé à des membres. Maintenant ce sont des utilisateurs de services. Une fois qu'on a eu le service qui nous a permis de sortir d'une situation dramatique, on retourne chez nous.*

2. Au bout des droits

La tendance est à la primauté des services individuels sur l'action collective mais plusieurs groupes communautaires constatent parallèlement qu'un nombre croissant d'individus et de familles doivent défendre leurs droits.

Avec l'effritement du droit à l'aide sociale, plusieurs organismes jeunesse sont appelés à intervenir pour que les jeunes obtiennent un revenu de base. Le cas par cas ne suffit pas pour donner un impact aux actions. *On tente de modifier nos pratiques d'aide, de faire des actions collectives avec les jeunes*, affirme une travailleuse dans un refuge.

Le représentant d'une maison d'hébergement jeunesse ajoute qu'il se fait plus de défense de droits, de sessions d'information et de mobilisation avec les jeunes depuis deux ans: *Un comité d'action politique s'est développé. On tente de leur redonner un pouvoir sur leur vie. L'aide sociale a été le catalyseur; les jeunes sont en colère, certains ont le goût de faire quelque chose.*

Certains groupes organisent plus d'assemblées publiques et utilisent d'autres moyens collectifs pour vulgariser l'information et susciter l'action collective. Cependant, les gens sont souvent aux prises avec tellement de problèmes de survie qu'il est difficile de les rejoindre avec ces activités. Chacun tente d'inventer des façons de faire. *On offre plus de bouffe lors des cafés-rencontres*, raconte une intervenante dans un centre de femmes. *Mais souvent les femmes sont là plus pour la bouffe que pour le contenu de l'activité d'éducation.*

3. Survie associative

On est très efficace mais on perd du monde.

• Implication de la base

Pour que les gens s'impliquent dans l'organisme, ils doivent être informés, invités à participer à des activités collectives, etc. Or, plusieurs groupes communautaires disent que le temps manque souvent à l'équipe de travail pour organiser cet aspect de la vie du groupe. *C'est pire maintenant*, soutient la déléguée d'un groupe en déficience

intellectuelle. *Avant on avait le temps. Plus maintenant. Il y a une assemblée générale par année, pas plus.*

Il y a un manque réel de temps disponible pour impliquer les membres dans la vie du centre poursuit la représentante d'un centre de femmes. Cet hiver, nous avons pris la décision de ne pas former de comité 8 mars parce qu'on doit consacrer du temps à la recherche de nouveaux fonds. Une travailleuse dans un organisme famille ajoute: Les femmes le sentent, elles nous voient courir partout et elles ne sont pas portées à venir nous trouver. Ça n'incite pas à s'impliquer.

En même temps, certains-es intervenants-es, comme celui de cette maison d'hébergement jeunesse, disent que *plus de membres sentent une urgence de s'impliquer*. Certains groupes constatent que leur membership augmente et se diversifie.

Mais en majorité, les délégués-es des groupes communautaires disent que la population a moins le temps et l'énergie pour s'impliquer dans la vie associative de leur organisme.

En plus des obstacles engendrés par la précarité économique et par le besoin de répit des parents épuisés, la prise en charge des personnes délaissées par le réseau public, laisse peu de marge de manoeuvre pour l'implication sociale, comme le soutient une travailleuse en déficience intellectuelle: *Paradoxalement, avec le virage milieu, le milieu a moins le temps de s'impliquer dans les associations.*

• **Conseils d'experts?**

De nombreux organismes communautaires disent que leurs membres refusent de s'impliquer dans le conseil d'administration de leur organisme parce qu'ils craignent des poursuites civiles individuelles. Cette crainte origine des nouvelles dispositions du Code civil. Plusieurs groupes achètent des assurances-administrateurs mais celles-ci sont onéreuses et elles ne couvrent pas tout.

D'autre part, plusieurs groupes reconnaissent que siéger à un conseil est beaucoup plus exigeant parce que les sujets discutés font appel à des connaissances techniques, juridiques, financières, etc. *Avec tous les nouveaux programmes, on a un langage plus spécialisé, plus hermétique. C'est difficile pour les parents qui veulent s'impliquer,* affirme une intervenante.

De plus, *avec la régionalisation, les conseils d'administration ne comprennent pas l'ampleur des enjeux et ça les fait paniquer,* affirme une travailleuse d'une maison d'hébergement.

Ordres du jour surchargés, masses d'information à digérer, dossiers complexes sont au menu mensuel. La participation des citoyens-ennes aux instances de décision des groupes communautaires est moins évidente, comme l'indique le témoignage d'une travailleuse d'un centre de femmes: *Le conseil d'administration a toujours été un lieu d'éducation*

populaire mais là, on ne saisit pas nous-mêmes tous les enjeux. Ce qui est vraiment nouveau, c'est qu'on a de plus en plus tendance à aller chercher des femmes qui ont une certaine expertise car sinon, on n'arrive pas à prendre une décision et l'équipe n'a pas de soutien. On a peur qu'il y ait un CA à deux vitesses.

La réforme de l'aide sociale porte elle aussi un dur coup. Avant, il y avait des femmes monoparentales dans notre conseil d'administration, raconte la déléguée d'un centre de femmes. Mais avec la réforme d'aide sociale et l'obligation pour elles d'aller travailler, elles ont moins de temps.

Les groupes manquent chroniquement de temps. Souvent il n'y a pas le temps pour de la consultation au sujet des changements dans l'organisme, souligne une travailleuse dans un organisme famille. Il y a des décisions qui se prennent, il faut les appliquer sans nécessairement toujours saisir où on s'en va.

*Quant à l'instance souveraine des organismes communautaires, l'assemblée générale, elle peut s'avérer un lieu où s'épanchent tensions et confusions. Le témoignage de cette intervenante dans un centre de femmes en dit long: *Il y a des femmes qui connaissent très bien le centre, sa philosophie, son mandat, sa vision. D'autres y viennent par besoin. Quand arrive l'assemblée générale, les femmes se préoccupent peu de la philosophie d'intervention, de l'histoire, elles veulent plus de services et à n'importe quel prix. Il y a toujours eu de tels cas mais c'est plus fréquent maintenant. Certaines vont dire «on va couper dans les salaires des travailleuses et on aura plus de services». Mais on n'est pas une boîte de services. C'est comme si quelque chose nous glissait entre les mains.**

4. Déconcertation

- **Avis à la hâte**

*Plusieurs organismes considèrent que le temps alloué à participer à des consultations gouvernementales ou au sein d'instances de concertation augmente de plus en plus. *Les lieux de concertation se sont multipliés tout comme la vitesse pour absorber l'information, entre autres celle de la Régie, affirme le délégué d'un centre communautaire pour aînés-es. C'est rendu comme l'Internet, pense une intervenante jeunesse. Il y a trop d'information et on n'arrive pas à la traiter.**

On est toujours bousculé avec les virages et les consultations, lance le représentant d'un groupe de défense des droits en santé mentale. Il faut vite prendre position là-dessus et la consultation de notre base, il faut toujours faire ça en vitesse.

Les groupes ont peine à s'approprier des questions sur lesquelles on les interpelle dans divers forums. On n'a pas le temps d'aller voir le monde. La vraie démocratie c'est d'aller chercher le point de vue des membres à la base mais on n'a pas le temps pour ça, déplore le délégué d'un groupe de personnes handicapées.

- **Retentissements**

Plusieurs groupes se posent des questions sur l'impact de leur participation aux consultations et aux tables de concertation. Le doute s'exprime, comme chez cette déléguée d'une ressource pour femmes victimes d'agressions sexuelles: *On passe beaucoup de temps en «consultation» avec la Régie et les établissements sans être certaine de son efficacité ou avoir l'impression d'avoir influencé les politiques.*

Jusqu'à un certain point t'as pas le choix d'y participer, affirme le délégué d'un organisme d'entraide alimentaire. Tu y vas pour la crédibilité de l'organisme, pour le financement.

Une autre déplore le fait que *les groupes consacrent plus de temps en concertation pour défendre leur financement et pour s'assurer d'une reconnaissance auprès des bailleurs de fonds que de temps à développer des liens avec d'autres groupes qui visent le changement social et la défense de droits. Pourtant, la représentation au niveau communautaire est souvent nourrissante et formatrice et permet d'aller te ressourcer tandis que la représentation au réseau, c'est vidant, ça te bouffe du temps. Tu es continuellement en train de convaincre, d'expliquer.*

5. Épuisement

*On sent une fatigue prématurée.
Avant, au printemps, on avait hâte d'être en vacances.
Maintenant, c'est dès novembre. On ne prend pas le dessus.*

- **Tâches décuplées**

L'augmentation des tâches des équipes de travail semble généralisée. Pour une déléguée d'un organisme famille: *Il y a un alourdissement de la tâche et à cause de cela, une augmentation de la pression sur l'équipe de travail. On n'arrive plus à gérer toutes les priorités, tout devient prioritaire. Nos horaires de travail s'élargissent de façon quasi-illimitée. Il faut être polyvalent, il faut être capable de faire un peu de tout en plus d'assumer notre propre précarité financière.*

Plusieurs organismes ont augmenté leurs heures d'ouverture sans pour autant ouvrir de postes supplémentaires. Faire plus avec moins. Le refrain n'est pas facile à chanter.

Surtout que les gens qui demandent de l'aide aux groupes sont souvent bien mal en point, comme le rappelle cet intervenant dans une maison d'hébergement en santé mentale: *Avec des cas de plus en plus complexes, ça exige plus d'efforts pour encadrer ces personnes et éviter qu'elle ne fassent des rechutes. Ça veut dire un suivi beaucoup plus serré de la médication. La moindre marge d'erreur en médication peut entraîner un cas de crise et le retour de la personne à l'hôpital.*

- **«Polyvaillance»**

Des gens ex-psychiatisés arrivent et demandent beaucoup de support, raconte le représentant d'une ressource en itinérance. *Juste d'appeler trois fois à l'hôpital le soir pour quelqu'un, ça amène une surcharge. Un des travailleurs, chez nous, a dit «je ne suis plus capable de travailler avec cette clientèle».*

Polyvalence devient le maître mot. *Les travailleurs doivent être plus polyvalents et plus spécialisés à la fois. Tu dois être parfait en tout,* affirme un travailleur de rue.

Perfection, polyvalence et...disponibilité totale, faut-il ajouter pour faire le portrait-type de la personne qui travaille dans le milieu communautaire. De plus, cette surenchère s'amplifie quand des postes disparaissent dans les groupes, faute de financement suffisant.

On ne peut plus reprendre notre temps supplémentaire car il n'y a qu'une intervenante sur le plancher, déplore une travailleuse pour femmes en difficulté. Une autre ajoute: On regarde nos heures accumulées et on a jamais le temps de les reprendre. Moi depuis que je travaille, je perds de 80 à 100 heures par année que je n'ai jamais le temps de reprendre.

- **Débordement**

Le travail est plus stressant, la pression plus forte. Nombre de groupes additionnent les épuisements de leurs employés-es. Les congés de maladie sont plus fréquents.

On a des «rush» et on ne sait plus où se tirer, déclare un intervenant d'un groupe de défense de droits en santé mentale. Si un lâche, c'est le reste de l'équipe qui assume. On ne peut pas se payer de contractuels. On essaie de planifier des semaines de récupération mais ce n'est pas évident.

Être débordées, c'est pas juste une période de crise, c'est devenu un état permanent, poursuit une travailleuse dans une ressource pour victimes d'agressions sexuelles. On a l'impression qu'on n'arrive jamais jusqu'au bout de ce qu'on a à faire. On a travaillé dans le passé pour prévenir le «burn out» dans notre milieu de travail et se donner une qualité de vie. Mais sans s'en rendre compte, on a grugé sur le temps qu'on allouait pour les rencontres de supervision, les échanges et la formation. La représentante d'un centre de femmes ajoute: On sent le besoin de consolider l'équipe de travail et de prendre des temps de formation pour réfléchir et échanger sur notre travail.

Certains groupes parlent des tensions entre les membres de l'équipe de travail à cause de la surcharge de travail. D'autres groupes disent que la charge de travail épuise, certes, mais peut-être plus encore, l'impression de travailler dur sans résultats: *Je pense que ce n'est pas tant par le travail que par les conditions de pression, d'exigence, et par manque*

aussi de gains concrets, l'impression d'un travail essoufflant à vide, qu'on s'épuise, dit une travailleuse dans un comité logement. Pour aboutir à un gain qui est moindre, tu travailles à peu près cinquante fois plus.

Le délégué d'un groupe de défense des droits poursuit: *L'épuisement de l'équipe de travail, c'est un problème majeur chez nous. C'est pas juste la charge de travail qui explique le «burn out». Travailler dur, ce n'est pas juste avec ça que tu te brûles. Mais c'est quand tu ajoutes les contraintes et les contradictions.*

- **Précarité**

Le stress s'accroît non seulement dans les lieux de travail mais aussi dans la vie personnelle de plusieurs personnes qui travaillent dans des groupes communautaires. Ça se répercute dans le groupe comme l'explique la représentante d'un centre de femmes: *Les travailleuses aussi ont peine à payer leur comptes et leurs médicaments et elles ont plus de problèmes. On fait de l'écoute entre nous en plus de l'écoute auprès des femmes.*

Endurer des conditions de travail intolérables a à voir avec la précarité, affirme cette intervenante dans un organisme famille. *Les gens- souvent les femmes - vont accepter des conditions qui se détériorent, vont accepter une surcharge de travail. La marge de manoeuvre n'est plus là, certaines n'ont pas le choix d'accepter jusqu'à ce que ça pète.*

Des organismes se plaignent aussi de perdre certains de leurs employé-e-s qualifiés. *Le salaire est tellement faible que les universitaires qualifiés ne risquent de rester que jusqu'à ce qu'ils se trouvent autre chose, affirme le délégué d'un groupe en santé mentale. Nos infirmières et nos avocats développent une expertise et ensuite on vient les chercher en leur offrant le double du salaire, raconte le délégué d'un groupe SIDA. Les salaires du réseau sont presque systématiquement plus élevés que ceux du communautaire.*

En bout de ligne, les groupes communautaires doivent faire des choix déchirants. Ce qui fait réaliser des économies ne correspond pas toujours aux valeurs de l'organisme, à entendre le témoignage de cette travailleuse dans un centre de femmes: *On a réduit les heures des travailleuses et on doit encore couper. Mais où? On ne veut pas couper dans l'action collective et l'éducation populaire. Eux (les bailleurs de fonds) ne veulent pas couper dans les services.(...) Nous, on n'est pas prête à exploiter des femmes à l'aide sociale, donc ça nous enlève des possibilités. Si on reste intègre, il faut que l'équipe diminue.*

Des groupes tentent de se donner un code de survie pour ne pas se faire engloutir par le service. Le délégué d'un groupe de défense de droits explique: *Le code de survie, pour le groupe, c'est de ne pas se sentir coupable de ne pas tout faire, de ne pas répondre à toutes les demandes de concertation et à toutes les demandes des gens qui viennent nous voir. Comme groupe, c'est important de savoir qui on est, où on va et qu'est-ce qu'on fait.*

- **Bénévoles-las**

Plusieurs organismes communautaires recourent à des bénévoles et la tâche des salariées augmente en conséquence: *On n'a jamais eu autant de bénévoles*, raconte la déléguée d'une ressource pour agressions sexuelles. *On leur demande de faire du suivi, des tâches qui n'étaient pas faites par les bénévoles avant. Ça demande de la coordination, de la formation, de l'encadrement. C'est un travail énorme pour nous. Ça prend un an à mettre sur pied une équipe de bénévoles. C'est le seul moyen qu'on a trouvé car on arrive plus à tout faire. Mais on se demande aussi comment on va assurer l'intégrité de notre approche, de notre analyse?*

Les bénévoles de certains organismes ont de plus en plus de responsabilités et oeuvrent auprès d'une population de plus en plus laissée à elle-même. *On voit de la détresse chez les bénévoles, de l'agressivité chez d'autres, qui se disent «on ne peut pas les laisser là». Il y a beaucoup de démission, de découragement*, dit le représentant d'un organisme de soutien à domicile pour les aîné-e-s.

6. Changements sociaux au menu

Les changements sociaux se chevauchent sans nous laisser de répit: politiques néolibérales, détérioration des services publics, effritement des droits sociaux, appauvrissement, etc. Les groupes communautaires qui, historiquement, s'étaient donné le mandat d'être des acteurs de changement social se retrouvent sur une drôle de scène.

- **Risque**

Les groupes communautaires pouvaient-ils imaginer, il y a vingt ans, qu'ils seraient aujourd'hui des acteurs centraux du désengagement de l'État?

Nos approches sont celles de «l'empowerment» et de la conscientisation mais les programmes nous obligent à tenir compte des facteurs de risque. Je constate que des familles marginalisées ne reviennent plus dans notre groupe parce que les programmes sont trop spécialisés, explique une travailleuse du milieu.

On est devenu des modérateurs ou des tranquilisants des effets de la pauvreté plutôt que des acteurs de changements sociaux, croit cet intervenant dans un centre communautaire pour aînés-es. *On a moins de temps pour penser le changement*, note pour sa part une travailleuse dans un comité logement. *On a souvent l'impression qu'on est en train d'agir plus comme un frein face aux coupures que comme un acteur de changement social*. La représentante d'un organisme communautaire jeunesse se pose la même question mais autrement: *Est-on là juste pour faire baisser la pression?*

Si les groupes communautaires sont réticents à jouer le rôle de couvercle pour éviter que la marmite ne déborde, ils sont d'autant plus réticents à surveiller les mouvements de

ceux et celles qu'on fait bouillir dans la dite marmite. L'exemple soulevé par ce délégué d'un centre communautaire donne à penser: *On a des difficultés avec la mise en place des centres à la petite enfance. Ils parlent de reconnaissance des services de garde à la maison. Ils nous demandent de voir quelles femmes gardent des enfants à la maison. Les femmes ne sont pas folles, elles ne vont pas s'identifier et dire qu'elles travaillent au noir pour boucler leurs fins de mois.*

Des questionnements lourds émergent: *On est dans un questionnement sur l'impact de nos actions au niveau systémique, les modifications en profondeur du système. Notre bilan des cinq dernières années n'est pas si terrible que ça. (...) La difficulté souvent c'est d'être cohérent entre notre analyse globale et notre travail terrain, notre façon de répondre au monde.(...) On prend souvent des patterns pour répondre aux demandes le mieux possible, pour avoir un bon taux de satisfaction. (...) C'est un cercle vicieux, tu te fais piéger de cette façon-là. Plus de services à donner et moins tu cherches des choses. Ce n'est pas joyeux.*

- **Dé-mobilisation**

Selon une intervenante dans un organisme famille, *la mobilisation a été difficile dans le quartier. On a fait des actions au niveau de la réforme d'aide sociale et les gens n'ont pas embarqué, ils se disent «ça donne rien, c'est décidé d'avance, on n'a pas de pouvoir de changer des choses».* Selon la déléguée d'un centre communautaire, le peu de mobilisation dans son milieu est aussi dû au fait que *les gens ne veulent pas être associés aux assistés sociaux, être vus comme pauvres.*

Pour cette travailleuse dans un centre de femmes, *on a peine à passer de l'individuel au collectif. Les femmes sont dans la survie. Elles se demandent à quoi ça sert de faire des manifs. On doit innover et trouver de nouvelles façons de faire.*

Le monde est tanné de défendre des droits, affirme le délégué d'un groupe en défense de droits. Une personne handicapée motrice doit se battre pour se lever, pour le transport adapté, pour souper le soir. Elle doit toujours se battre pour obtenir des services minimes. Quand t'es rendu à mobiliser, le monde est tanné.

- **Perte de droits**

Si l'action collective de mobilisation s'effectue difficilement, la défense de droits ne se bute pas moins à des baisses d'enthousiasme. *C'est beaucoup plus difficile de motiver les gens à utiliser les recours parce qu'on y croit de moins en moins, explique un travailleur dans un groupe de défense de droits. Ce qui est pathétique dans plusieurs situations c'est qu'il n'y a pas de recours possible, à moins d'aller au civil en poursuite. Par exemple, dans un cas de mauvais diagnostic ou de mauvais traitement, ça peut conduire à un handicap à vie. La question cynique c'est combien tu vaux au BS quand tu veux poursuivre au civil. Si tu t'en sors en bout de ligne avec 5000\$ c'est beau, et je me demande si tu ne te fais pas couper ton chèque.*

Obtenir gain de cause devient plus ardu, les recours traditionnels offrent peu de perspectives, comme l'indique la représentante d'un comité logement: *Avant pour certains cas de problèmes de logement, on était sûr qu'en préparant bien la personne elle allait gagner à la Régie du logement. On reçoit maintenant des décisions aberrantes des régisseurs. On n'ose quasiment plus inciter les gens à aller à la Régie du logement, on essaie de trouver des alternatives, d'appeler nous-mêmes parfois les propriétaires pour trouver des solutions parce qu'on commence à dire que ça ne vaut pas la peine d'y aller.*

La représentante d'un organisme de défense de droits émet une réflexion semblable: *On se retrouve souvent à avoir des demandes et ensuite, à être comme le messenger qui annonce la mauvaise nouvelle. Comment tu réussis à travailler sans donner des faux espoirs mais en même temps en mobilisant ton monde?*

- **Consciencs avides**

Plusieurs groupes communautaires remarquent que les gens qu'ils fréquentent n'ont plus confiance dans le système mais que plus leurs conditions de vie se détériorent, plus ils sont conscients des injustices sociales qui s'approfondissent. Une travailleuse dans un organisme famille affirme: *Je crois que les gens sont plus conscients des conditions dans lesquelles on vit. Il n'y a rien de mieux que de les vivre pour comprendre les politiques sociales. C'est au niveau des moyens pour résister... même dans les organismes communautaires, on sait plus quels moyens prendre. On en a pris et ça n'a pas toujours donné des effets.*

Dans le climat d'urgence où s'étiolent les droits sociaux, les groupes communautaires parviendront-ils à ralentir les rouages neufs de la «maudite machine»? Pourront-ils panser les plaies qui commencent déjà à s'infecter? *Toutes les urgences font qu'on a moins de temps pour réfléchir et pour faire les luttes politiques,* soutient une travailleuse dans une ressource pour les femmes victimes d'agressions sexuelles. *C'est important ça aussi. Il ne faut pas qu'on tombe là-dedans car on va perdre notre rôle le plus essentiel: celui de chien de garde.*

Chapitre 8

Qui sont les vrais gagnants de la réforme de la santé?

Si moi, j'ai pu d'argent, si mon voisin a pu d'argent, si mon boss a pu d'argent, si mon gouvernement a pu d'argent, coudons, c'est qui qui l'a?

Yvon Deschamps

Cité dans *Le Bulletin*

Coalition Solidarité Santé

1996

Dans le présent chapitre, nous tenterons de répondre à cette question fondamentale. Se pourrait-il que la réforme de la santé et des services sociaux n'ait pas fait que des perdants? Bien que cette question n'ait pas été soumise formellement aux groupes communautaires montréalais lors de notre démarche, il nous semble plus qu'opportun de tenter d'y répondre dans le présent rapport d'enquête.

Nous n'avons pas la prétention de répondre de façon exhaustive à cette question, nous jugeons essentiel de fournir ici des données glanées lors de notre recherche documentaire et qui nous ont laissé, avouons-le, un arrière-goût amer.

Cinq gagnants sont facilement identifiables: le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, le corps médical, l'industrie pharmaceutique et les compagnies privées.

- *Retrait sournois du gouvernement fédéral*

«Cette année, le Québec a reçu du gouvernement fédéral, 1 milliard 662 millions\$ de moins qu'en 1995 dans le cadre des transferts sociaux.

Le désengagement du fédéral à l'égard des programmes sociaux a commencé sous le gouvernement Mulroney. Au seul chapitre de la santé, la baisse de la contribution du gouvernement fédéral, depuis 10 ans, représente 12% des dépenses du ministère québécois de la Santé et des Services Sociaux.

Entre 1986, le fédéral finançait 42% des dépenses de santé, proportion qui est maintenant baissée à 30%. Pour l'année en cours, il s'agit d'un montant équivalent à deux fois les dépenses dans le réseau des CLSC⁷⁹.

C'est donc dire qu'entre 1995 et 1998, c'est près de 5 milliards de dollars de moins qui sont entrés dans les coffres de l'État québécois, pour la santé et les services sociaux parce que le gouvernement fédéral rognait sur ses transferts aux provinces.

Il n'y a pas eu que les contributions aux provinces qui ont diminué puisque plusieurs groupes nous ont signalé une contribution beaucoup moins généreuse, pour ne pas dire parcimonieuse, du fédéral pour le soutien financier direct aux groupes communautaires.

- *Québec: gagnant et complice!*

En 1994-1995, le budget de la santé et des services sociaux, au Québec, était de 13 milliards 171 millions\$. En 1997-1998, il sera, selon toute vraisemblance, de 12 milliards 616 millions\$⁸⁰. Le retrait du fédéral n'explique pas tout et ne légitime pas tout.

⁷⁹ CLSC Hochelaga et autres, op. cit.

⁸⁰ Gouvernement du Québec, *Livre des crédits*, mars 1998.

Là où le bât blesse principalement, c'est que les dépenses de programmes - programmes sociaux et services publics - pèsent de moins en moins lourd dans les dépenses publiques. Alors qu'en 1992-1993, elles représentaient 22%⁸¹ des dépenses gouvernementales, ce n'est plus aujourd'hui que 18,4%⁸². Ces quelques points d'écart font toute la différence entre la sclérose du filet de solidarité sociale ou son maintien.

Outre l'objectif officiel de déficit zéro, le gouvernement québécois poursuit-il ouvertement un autre objectif, plus néolibéral que social-démocrate celui-là: la réduction de la taille de l'État? Tout nous porte à croire que oui!

Pendant que le réseau de la santé et des services sociaux se gangrène, le ministre des Finances, Bernard Landry utilise ses rares marges de manoeuvre pour soulager le malaise... fiscal des entreprises.

Le parcours vers le sacro-saint déficit zéro serait moins douloureux s'il s'appuyait sur une véritable réforme de la fiscalité et non sur des réductions budgétaires des programmes gouvernementaux. L'analyse des crédits 1998-1999 nous indique clairement que le gouvernement va à contre-sens... du bon sens. Pour l'équité fiscale et la justice sociale, on repassera encore une fois.

Non seulement, le gouvernement est l'initiateur des plus importantes coupures des dernières décennies, il est de surcroît, le complice de ceux qui ont voulu tirer leur épingle du jeu: les médecins, l'industrie pharmaceutique et les compagnies privées.

- *Les médecins, et pourquoi pas le salariat?*

La Banque mondiale, avec laquelle nous sommes rarement d'accord, écrivait en 1993 qu'un gouvernement qui veut encadrer les coûts de son système de santé devrait encadrer le paiement à l'acte⁸³. Effectivement «la rémunération à l'acte engendre une augmentation du volume des actes, incite les médecins à favoriser les actes les plus payants, à poser des actes pouvant être posés par d'autres professionnels, cause des hospitalisations non pertinentes et contribue à faire augmenter la consommation de médicaments et des analyses de laboratoire⁸⁴».

L'incidence de ce mode de rémunération pèse très lourd sur le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Comme le soulignait le Conseil de la santé et du bien-être, les médecins jouent un rôle central dans les services de santé. «Ils sont non seulement les premiers fournisseurs de services mais ils sont les personnes qui exercent la plus grande influence sur l'évolution des dépenses». L'ex-sous-ministre de la Santé, Paul A. Lamarche, estime que «les décisions des consommateurs et des consommatrices

⁸¹ Idem

⁸² Ibidem

⁸³ La Presse, *La Banque mondiale condamne le paiement à l'acte*, 26 juillet 1993.

⁸⁴ CLSC Hochelaga et autres, op. cit.

influencent directement 10% des coûts des services de santé. Le 90% restant est initié par les producteurs de services»⁸⁵.

«Une partie des médecins ne s'impliquent pas suffisamment pour couvrir l'ensemble des besoins de la population d'un territoire. Dans certains territoires, il demeure difficile de pouvoir compter sur un nombre adéquat de médecins pour partager les tâches les plus ingrates de la pratique médicale (...) même s'il existe un nombre suffisant de médecins pour les assumer» ajoute enfin le Conseil.

Alors que les établissements du réseau public accusent un recul financier de 184,3 millions\$ entre 1995 et 1998, le coût de la rémunération des médecins a augmenté de 49,1 millions\$⁸⁶ (26,6%).

Nous sommes très au fait que les médecins sont des entrepreneurs privés payés à même les deniers publics. Mais s'il n'en tenait qu'à la population québécoise, les médecins seraient considérés comme des travailleurs comme les autres dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, un sondage Som/La Presse/Radio-Québec, réalisé en 1995 révèle que 50% des Québécoises et des Québécois préféreraient que les médecins reçoivent un salaire fixe plutôt qu'une rémunération à l'acte. La rémunération à l'acte est favorisée seulement par 28% des répondants.

Dans son rapport publié en mai 1995, le Conseil de la santé et du bien-être recommande que la rémunération à honoraires fixes soit instaurée comme mode de rémunération de base pour la pratique en établissement. Le Forum national va encore plus loin en affirmant qu'un des trois facteurs qui contribuerait à la maîtrise des coûts serait «l'abandon de la rémunération à l'acte des médecins»⁸⁷.

- *Peut-on freiner la voracité de l'industrie pharmaceutique?*

Pendant que le gouvernement sabre dans les budgets des établissements, le coût des médicaments remboursables par la Régie de l'assurance-maladie du Québec progresse de 94,8 millions\$ (51,4%). C'est ce que nous apprend la dernière publication des statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Pourtant, la limitation des dépenses pharmaceutiques est vue comme un moyen efficace de maîtriser les dépenses totales de santé⁸⁸.

Les dépenses pharmaceutiques sont indéniablement en croissance et leur croissance hypothèque le développement des autres ressources de santé et de services sociaux. Selon le Conseil de la santé et du bien-être, la part des dépenses de médicaments est passée de 8% au début des années 1980 à 15% en 1993.

⁸⁵ Lamarche, Paul A., *La démocratisation: un déterminant de la transformation des systèmes sociosanitaires*, 12 février 1994, p.4.

⁸⁶ Idem

⁸⁷ Forum national, op.cit. p.9

⁸⁸ Idem

Cela n'a rien d'étonnant lorsqu'on sait:

que «le prix de 105 des 177 médicaments prescrits les plus utilisés au Canada est supérieur au prix moyen des autres pays occidentaux et pour 42 de ces médicaments, soit 24% des cas, les prix canadiens sont les plus élevés au monde»⁸⁹;

«qu'en 1992, en pleine récession économique, les profits des compagnies pharmaceutiques ont varié entre 11 et 20%, une performance de loin supérieure aux entreprises des autres secteurs»⁹⁰.

L'industrie pharmaceutique ne défend aucunement le droit aux thérapies médicamenteuses, elle «protège les revenus de ses actionnaires, c'est-à-dire ses bénéficiaires»⁹¹.

Enfin, nous pouvons difficilement nous empêcher de constater que les budgets coupés sont les budgets régionalisés alors que ceux en croissance sont ceux qui demeurent centralisés. 78% des budgets amputés aux régions ont été réalloués aux médecins et à l'industrie pharmaceutique via la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

- **Les compagnies privées flairent la bonne affaire**

Les compagnies privées n'ont pas tardé à flairer la bonne affaire. Alors que l'accès à plusieurs services était restreint, des laboratoires privés, des cliniques de physiothérapie, des centres de convalescence, par exemple, ont ouvert leurs portes.

Les assureurs privés en ont profité pour élargir leur couverture et bien entendu, leurs primes. Ils assurent maintenant «les risques» liés à la désassurance de la convalescence en milieu hospitalier. Ils offrent notamment une couverture pour les centres de convalescence privés et pour les services à domicile post-opératoires.

Le régime d'assurance-médicaments leur fournit sur un plateau d'argent de nombreuses citoyennes et citoyens puisque la Loi 33 introduit l'obligation pour une personne déjà assurée de contracter une assurance-médicaments familiale. La majorité des compagnies n'offrent pas d'assurances différenciées, le plan familial incluant de facto le transport en ambulance et les chambres privées ou semi-privées. Il coûte donc plus cher aux individus mais ces derniers ne peuvent choisir de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

⁸⁹ Lauzon, Léo-Paul, *Il est possible de réduire les coûts de soins de santé ... en freinant la voracité des sociétés pharmaceutiques*, Le Devoir, 27 juin 1993.

⁹⁰ Conseil santé, bien-être, op. cit.

⁹¹ Forum national, op.cit.

Tous ces gagnants s'offusquent peu de la situation qui prévaut actuellement dans la santé et les services sociaux: diminution de la qualité et de la quantité des services, restriction de l'accès aux services, particulièrement pour les personnes à faibles revenus. Le RIOCM s'inscrit en faux contre ceux qui considèrent que la santé et les services sociaux ne sont pas un bien public mais une entreprise dans laquelle il est possible de générer des profits pour une minorité au détriment de la majorité.

Conclusion

Mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade.

Le virage ambulatoire a été torpillé et ce n'est plus qu'une fiction, une phrase creuse qui sert de paravent au déploiement d'une politique de rationnement des soins, elle-même imposée par la psychose du déficit zéro pour l'an 2000. (...)

Pour convaincre les investisseurs qu'il a sa place dans le «concert des nations» néolibérales, (...), le gouvernement Bouchard doit rivaliser avec les Mike Harris et Ralph Klein dans sa soumission «aux impératifs du marché» avec pour corollaire, le désengagement de l'État, le culte de «l'efficience», la «performance» à tout prix, etc., sans égard aux coûts sociaux inhérents aux mesures dictées par ce choix idéologique en termes de chômage, de santé (...), d'exclusion ou de désintégration pure et simple du tissu social.

Paul Lévesque, MD ⁹²

Urgentologue à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le virage ambulatoire n'est plus qu'une fiction

⁹² Paul Lévesque était l'urgentologue de garde quand Mme Lacombe est décédée à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à Montréal.

- **Recul du droit à la santé**

Est-ce cela la néo-social-démocratie
dont parlait M. Bouchard?

Nous nous sommes demandés après tous ces témoignages des groupes si tous les virages, ambulatoire, milieu et tous les autres nous menaient quelque part. La tentation a été grande de déduire que nous faisons un *virage en U* qui nous ramenait exactement là où nous étions au début des années 1960. Si tel est le cas, nous avons raté la courbe. Nous allons en ligne droite vers le sacro-saint déficit zéro et vers un plus grand déficit social et démocratique.

Plus les droits sociaux sont bafoués, plus la pauvreté gagne du terrain et plus le droit à la santé et au bien-être tend à devenir virtuel. «La réduction des inégalités sociales est une condition essentielle du progrès», disait pourtant le Conseil de la santé et du bien-être du Québec. La faim, l'isolement social et la détresse psychologique n'ont aucune raison d'être dans une société comme la société québécoise.

Tous ne l'entendent malheureusement pas ainsi. Le bilan social du gouvernement actuel - et celui de ses prédécesseurs - est accablant. La population a eu droit à toutes les variantes sur le même thème: compressions, coupures, restrictions financières, diminution des dépenses publiques, rationalisation, déréglementation. Tous ces mots, et bien d'autres, pour camoufler le fait que dans les parlements, le concept de solidarité sociale est tombé en désuétude. Les lois du marché occupent non seulement le haut du pavé, elles occupent le pavé au complet.

Pendant que les technocrates vérifient si la colonne des dépenses diminue, des milliers de personnes à Montréal se sont appauvries, encore et encore plus. Nous sommes, semble-t-il, en guerre contre le déficit gouvernemental. Des familles courbent de plus en plus l'échine sous le poids des responsabilités qu'on leur a transférées. Les services de soutien ou de maintien à domicile sont plus rationnés aujourd'hui que le sucre au début des années 1940. Les femmes ont, quant à elles, été conscrites...

Nous n'avons sans doute pas bien assimilé le développement social servi à la sauce gouvernementale. Quand développement social rime quotidiennement avec pauvreté, appauvrissement, «workfare» et isolement social, quand le gouvernement est le principal artisan de l'effritement du tissu social, nous avons un sérieux problème.

- **Le beurre et l'argent du beurre**

Comment un gouvernement qui bafoue
les droits sociaux de la population,
peut-il respecter les organisations communautaires et publiques
que cette population s'est données?

Indéniablement, le gouvernement a choisi d'avoir le beurre et l'argent du beurre. Alors qu'il coupe allègrement dans les programmes sociaux, précarisant d'autant les conditions de vie de milliers de citoyennes et de citoyens, il se fait le complice de la privatisation active et passive des services sociaux et de santé. Le filet de sécurité sociale et le système de santé et de services sociaux sont en péril.

Le gouvernement prétend que nous n'avons plus les moyens de nos programmes sociaux et de notre système de santé et de services sociaux. La réponse serait probablement différente si on avait posé la question autrement. Et c'est ainsi que nous la posons: Avons-nous les moyens de nous priver d'un solide filet de sécurité sociale et d'un système de santé public, universel, accessible et gratuit?

- **Reconfiguration ou défiguration?**

Le gouvernement considère la santé et le bien-être de la population comme des marchandises qu'il faut distribuer au moindre coût⁹³.

Après trois ans de réforme, plusieurs centaines de millions\$ en moins, les acquis liés à l'existence d'un réseau public, universel, accessible et gratuit fondent comme neige au soleil. Malgré tout, dans les officines gouvernementales, on continue à nous seriner le discours de la consolidation du réseau. Force est de reconnaître que cette perspective de consolidation est une utopie rassurante mais une utopie quand même.

«Les pressions pour la privatisation des soins vont inévitablement prendre une ampleur de plus en plus considérable et risquent de devenir irrésistibles pour un gouvernement dont le «préjugé favorable» semble désormais acquis aux intégristes du marché⁹⁴».

En effet, le Parti québécois n'a pas résisté. En octobre 1997, lors des Rendez-vous de la santé, le ministre Rochon annonçait une révision -une autre- des services médicalement et socialement requis. Ce qui n'est guère rassurant quand on sait que ces révisions ont systématiquement signifié des désassurances de services et que généralement, elles ont été décidées derrière des portes closes des bureaux gouvernementaux avec ceux qui avaient tiré largement profit de la situation.

Comme le soulignait le Forum national de la santé, «la nécessité de comprimer les dépenses servirait de prétexte à ceux qui n'adhèrent pas aux principes du système de santé⁹⁵». En rétrospective, nous croyons maintenant que le discours sur LE virage n'a été, pour l'essentiel qu'un prétexte pour réduire la couverture publique.

⁹³ CLSC Hochelaga et autres, op. cit

⁹⁴ Lévesque, Paul. op.cit

⁹⁵ Forum national, op. cit.

Voici à quoi ressemble déjà notre système de services sociaux et de santé. Et ce système se consolidera si on n'oppose pas un mur de résistance à la révision du médicalement et du socialement requis.

Services de santé	
Services jugés médicalement requis	Réseau public
Services jugés médicalement requis mais victimes de la privatisation passive	Secteur privé Professionnels-les de la santé en pratique privée
Services jugés non-médicalement requis Privatisation active	Secteur privé

Services sociaux	
Services jugés socialement requis	Réseau public
Services jugés socialement requis mais victimes de la privatisation passive	Entreprises d'économie sociale Ressources privées d'hébergement Ressources intermédiaires d'hébergement
Services jugés non socialement requis mais non marchandables	Groupes communautaires Femmes Familles

L'article 437 de la Loi sur les services sociaux et de santé stipule clairement que:

Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation, s'il n'est pas titulaire d'un permis délivré par le ministre.

Actuellement, il y a une violation de l'article 437 au vu et au su de tous. Nous ne pouvons pas compter sur l'appui gouvernemental pour en assurer le respect, c'est envers et contre lui qu'il nous faudra le réclamer.

- **La régionalisation: une tragi-comédie**

La régionalisation est une tragi-comédie en trois actes qui se jouent simultanément.

Les budgets de l'ensemble des centres hospitaliers (courte durée, longue durée ou de réadaptation) sont en chute libre. Dans les CLSC, la croissance budgétaire est inversement proportionnelle aux nouveaux mandats qu'on leur attribue. C'est le jeu de la grande illusion.

À chaque demande de soutien financier supplémentaire des groupes, le ministre de la Santé et des Services sociaux joue un classique: Ponce Pilate. Les régies demandent quel établissement il faut fermer pour dégager des marges financières. Le débat est perverti.

Les régies régionales jouent la députation. Avant leur création, on nous promettait qu'elle seraient plus près pour mieux représenter la population auprès du gouvernement central. Depuis leur création, on a compris qu'elles représentaient le ministère dans la région. Elles ne questionnent généralement ni la pertinence des coupures ni l'ampleur de celles-ci.

- **L'autonomie des groupes et l'existence d'un réseau public: deux côtés d'une même médaille.**

Les groupes réaffirment leur refus d'être des cataplasmes.

Pendant que les groupes disent non au partenariat tronqué, à la complémentarité obligée, on les a enrôlés insidieusement. Les groupes tendent à être, de fait, une composante à rabais d'un réseau public atrophié.

De toute évidence, les groupes montréalais sont invités à jouer un rôle supplétif au réseau et plus particulièrement, dans le domaine des services sociaux. C'est donc dans le prolongement du mandat des établissements que les groupes sont appelés à intervenir et souvent au détriment de leur mission propre, de leurs mandats et de leurs orientations. En fait, nous observons que l'autonomie réelle des groupes est directement proportionnelle à l'existence de services sociaux et de santé publics de qualité et en quantité suffisante. L'effritement du réseau public constitue aussi une menace à l'intégrité des groupes.

«Le mouvement communautaire a toujours affirmé la primauté et l'importance capitale du rôle de l'État dans des secteurs aussi névralgiques que la santé et l'éducation. Ce même mouvement ne s'est pour autant pas fait prier pour critiquer ce système. Mais la critique même était basée sur une position fondamentale, un a priori: la nécessité de maintenir un système de santé public, gratuit, accessible et universel. (...)

Il n'a donc jamais été question pour les organismes (...) de remplacer le réseau public de santé et de services sociaux»⁹⁶.

Un participant à l'enquête disait que *l'État récupère nos idées et carbure avec*. Il semble en effet que l'État ait utilisé, à ses propres fins, la critique des groupes à l'endroit des services sociaux pour démontrer qu'ailleurs (dans les groupes notamment), il serait possible de faire mieux et autrement mais surtout avec beaucoup moins.

Le tout-au-communautaire ne sera possible qu'en autant que les groupes acceptent de renoncer à leur autonomie, à leur mission, à leurs orientations et à leurs pratiques. Or, au cours de cette enquête, les groupes ont clairement indiqué qu'ils ne vendraient pas leur objectif de justice sociale.

- **Partenaires dans la mise en oeuvre... de la réforme de la sécurité du revenu**

En faisant crouler les groupes sous le poids des services et en les maintenant dans une précarité financière, l'État met en place les conditions objectives pour gommer leurs nombreuses résistances et pour s'assurer qu'ils participeront activement au succès des parcours d'insertion en emploi encensés dans la Réforme de la sécurité du revenu.

Au projet de transformation sociale porté par les organismes communautaires, l'État oppose la gestion de la pauvreté et surtout des pauvres. Alors que l'État s'occupe de la grande industrie, il convie les groupes communautaires à gérer «l'industrie de la misère humaine»⁹⁷.

- **Risque de claustrophobie démocratique**

Le concept de démocratie ne se réduit pas à la délégation du pouvoir à travers un droit de vote mais implique un meilleur contrôle sur sa vie en tant que citoyen-ne à part entière dans la société⁹⁸.

Alors que des experts affirment que «la répartition de la richesse et du pouvoir, c'est aussi la répartition de la santé»⁹⁹, les inégalités sociales s'accroissent et provoquent une fracture sociale. Le déficit démocratique est palpable: pas plus que le revenu, le savoir, ou le pouvoir, la santé n'est partagée de façon égalitaire.

En décrétant à leur insu l'enrôlement des groupes communautaires dans la lutte au déficit, le gouvernement québécois contribue à rétrécir une fois de plus un espace démocratique déjà trop restreint.

⁹⁶ Table provinciale, Coalition des tables régionales, op.cit.

⁹⁷ Lamoureux, Henri, *Le citoyen responsable, L'éthique de l'engagement social*, VLB Éditeur, 1996.

⁹⁸ *Regard sur la culture organisationnelle communautaire*, SAC, 1995

⁹⁹ Forum national, op.cit.

La société civile risque de manquer d'air si l'État oriente les groupes, les récupère ou les utilise à ses propres fins: le contrôle des dépenses et le contrôle social. C'est de la vitalité démocratique du Québec dont il est question ici.

- **Une action autonome à se réapproprier**

Le mouvement communautaire a toujours existé en dehors du système. Il a son identité propre.

L'approche globale qui le caractérise a toujours présupposé que l'action des groupes «ne se réduit pas aux services mais s'inscrit dans une perspective de réappropriation individuelle et collective du pouvoir des personnes sur leur vie. Elle est globale en ce sens qu'elle ne se limite pas à une suite de services mais cherche à intégrer dans un tout l'implication-intervention-mobilisation en vue de la réappropriation par les personnes de leur dignité et de leur pouvoir de citoyens-nes»¹⁰⁰.

Non seulement, les groupes servent de soupape au réseau mais on les invite fortement à s'inscrire dans la logique technocratique de la santé et des services sociaux: programmes-clientèle, gestion par facteurs de risques, programmes d'organisation des services, guichet unique, etc. Logique déviante, à notre point de vue, puisqu'elle préconise de travailler uniquement sur les symptômes des «clients», les causes fondamentales des grands problèmes sociaux ou de santé étant occultées. La pression est forte pour que dorénavant, les groupes travaillent pour les communautés et non avec les communautés. L'éthique de leur engagement social est travestie.

Les groupes refusent de participer à la braderie de leur intégrité, des droits sociaux et des services publics. À la théologie néolibérale, ils opposent le droit à la santé et au bien-être; droit reconnu internationalement, il y a 50 ans.

Leur équilibre, c'est notre déséquilibre!

¹⁰⁰ RIOCM, *Plate-forme commune*, op. cit.